



INSTITUTO DE BIOLOGIA – CEDERJ

ANÁLISE DO CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE BUCAL ENTRE ALUNOS DO
ENSINO MÉDIO E SUA RELAÇÃO COM PANORAMA CLÍNICO NO BAIRRO
SANTO ANTÔNIO EM PARAÍBA DO SUL – RJ.

CARINE DE SOUZA COSTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
POLO UNIVERSITÁRIO DE TRÊS RIOS

2019



INSTITUTO DE BIOLOGIA – CEDERJ

ANÁLISE DO CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE BUCAL ENTRE ALUNOS DO ENSINO MÉDIO E SUA RELAÇÃO COM PANORAMA CLÍNICO NO BAIRRO SANTO ANTÔNIO EM PARAÍBA DO SUL – RJ.

CARINE DE SOUZA COSTA

Monografia apresentada como atividade obrigatória
à integralização de créditos para conclusão do
Curso de Licenciatura em Ciências Biológicas -
Modalidade EAD.
Orientador: Marcelo Ferreira Novelino

ORIENTADOR: Marcelo Ferreira Novelino

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

POLO UNIVERSITÁRIO DE TRÊS RIOS

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

COSTA, Carine de Souza

Análise do conhecimento sobre saúde bucal entre alunos do ensino médio e sua relação com panorama clínico no bairro Santo Antônio em Paraíba do Sul – RJ.

Três Rios, 2019. 75 f.il: 31 cm

Orientador: Marcelo Ferreira Novelino

Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro para obtenção do grau de Licenciada no Curso de Licenciatura em Ciências Biológicas – Modalidade EAD. 2019.

Referências bibliográficas: f.65-67

1. Saúde bucal; Prevenção; Educação.

I. NOVELINO, Marcelo Ferreira

II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Licenciatura em Ciências Biológicas – Modalidade EAD

III. Análise do conhecimento sobre saúde bucal entre alunos do ensino médio e sua relação com panorama clínico no bairro Santo Antônio em Paraíba do Sul – RJ.

Dedico este trabalho a minha família, principalmente a minha mãe Dilma e ao meu irmão Emídio Júnior, por todo apoio e compreensão que tiveram comigo ao longo dessa caminhada, e em especial ao meu pai Emídio e minha avó Dalva, por em vida, terem sempre me incentivado a nunca desistir do meu sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por todo amor e zelo que tem comigo e por ter me capacitado ao longo dessa caminhada acadêmica. A jornada não foi fácil, mas com a graça de Deus consegui superar todos os obstáculos, tendo discernimento para poder lidar com os momentos bons e ruins da graduação.

A minha família, em especial minha mãe Dilma, meu irmão Emídio Júnior e minha madrinha Cristyani, por estarem sempre comigo, torcendo e vibrando por cada conquista adquirida. Por compreenderem meus momentos de ausência e estresse, sei que os dias foram difíceis e que muitas das vezes deixei o desespero falar mais alto, mas mesmo assim, vocês sempre estiveram ao meu lado e nunca me deixaram desistir.

As minhas amigas Adriana, Aline, Cinara e Raísa, que sempre me apoiaram, me incentivaram, me ouviram, nunca me deixaram desistir e principalmente, compreenderam as minhas inúmeras ausências.

A Doutora Luciana Ribas, cirurgiã dentista e amiga, por toda ajuda e carinho que teve comigo na construção de algumas etapas deste trabalho.

A Taís Ferreira, ASB (auxiliar de saúde bucal) da Unidade Básica de Saúde Tertulino de Queiroz, pela ajuda em disponibilizar toda a documentação necessária para a realização deste trabalho.

Aos diretores, alunos e professores que, com muito carinho e boa vontade, se dispuseram a participar da pesquisa realizada.

A diretora do Polo de Três Rios, Ana Paula Rocha, por toda dedicação, amor, carinho, acolhimento e palavras de apoio que sempre teve comigo.

Aos tutores presenciais e a distância do CEDERJ, por todo ensinamento transmitido, toda experiência compartilhada e todo suporte dado ao longo da trajetória acadêmica.

Ao meu orientador Marcelo, por ter aceitado o meu convite, pela confiança depositada e pelo empenho no desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

É na boca que o processo digestivo se inicia. Os dentes são responsáveis por auxiliarem na desintegração física dos alimentos, transformando-os em pedaços menores, enquanto a língua tem a função de auxiliar na mastigação e deglutição do bolo alimentar. A mucosa bucal, o osso maxilar, o osso mandibular e os dentes são locais onde ocorrem vários distúrbios. Por esse motivo a boca é considerada porta de entrada de várias patologias, pois abriga uma grande quantidade de microorganismos, além de ser um ambiente rico em bactérias que compõem a mucosa bucal. O presente trabalho tem como objetivos identificar o conhecimento dos estudantes do ensino médio sobre a importância da saúde bucal, avaliar o material didático utilizado no colégio e analisar a saúde bucal da comunidade através da coleta de dados na UBS no bairro de Santo Antônio, município de Paraíba do Sul, estado do Rio de Janeiro. A análise dos dados foi realizada mediante as respostas do questionário e do quantitativo de encaminhamentos liberados para o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO. Os resultados obtidos demonstram que ainda é grande a falta de informações e conscientização sobre a importância de se manter uma higienização bucal de qualidade. Através de uma abordagem mais detalhada sobre este assunto, é possível amenizar e evitar problemas sérios na cavidade bucal e conseqüentemente em outras áreas do organismo.

Palavras-chave: Saúde bucal; Prevenção; Educação.

SUMÁRIO

1.0 INTRODUÇÃO	10
1.1. SISTEMA DIGESTIVO E SUAS ESTRUTURAS	10
1.2. LESÕES FUNDAMENTAIS	18
1.3. LESÕES DA MUCOSA BUCAL POR AGENTES FÍSICOS, QUÍMICOS E BIOLÓGICOS	18
1.3.1. Físicos	18
1.3.2. Químicos	19
1.3.3. Biológicos	19
1.4. PATOLOGIA ÓSSEA	20
1.5. NEOPLASIAS BENIGNAS DA CAVIDADE BUCAL	21
1.6. LESÕES MALIGNAS E PRÉ-MALIGNAS DA BOCA	22
1.7. TUMORES ODONTOGÊNICOS	22
1.8. PATOLOGIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES	23
1.9. MÉTODOS DE HIGIENE BUCAL	23
1.9.1. TIPOS DE DENTIFRÍCIOS COMERCIALIZADOS	25
1.10. DANOS BIOLÓGICOS CAUSADOS PELA MÁ HIGIENIZAÇÃO BUCAL ...	28
2.0 OBJETIVO	35
2.1. OBJETIVO GERAL	35
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
3.0 MATERIAL E MÉTODOS	36
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO	36
3.1.1. ANÁLISE DOS LIVROS DIDÁTICOS	37
3.1.1.1. LIVROS UTILIZADOS NO COLÉGIO	37
3.1.1.2. LIVROS NÃO UTILIZADOS NO COLÉGIO	37

3.1.2. APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	38
3.1.3. PALESTRA EXPLICATIVA	39
3.1.4. COLETA DE DADOS	39
4.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4.1. AVALIAÇÃO DOS COMPILADOS ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO	41
4.2. AVALIAÇÃO DOS LIVROS DIDÁTICOS	56
4.3. AVALIAÇÃO DOS DADOS DE ENCAMINHAMENTOS PARA O CEO	58
5.0 CONCLUSÃO	63
6.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
7.0 APÊNDICES	68
7.1. APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO ODONTOLÓGICO APLICADO AOS ALUNOS	68
7.2. APÊNDICE II - PALESTRA EXPLICATIVA APLICADA AOS ALUNOS DO ENSINO MÉDIO	71

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Aparelho digestivo	12
FIGURA 2: Cavidade bucal	13
FIGURA 3: Anatomia dental	15
FIGURA 4: Dentição decídua	16
FIGURA 5: Dentição permanente	17
FIGURA 6: Técnica do uso do fio dental	25
FIGURA 7: Estágios da cárie	31
FIGURA 8: Estágios da periodontite	32
FIGURA 9: Endocardite bacteriana	33

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Idade de erupção da dentição decídua. (TORTORA & DERRICKSON, 2017)	16
TABELA 2: Idade de erupção da dentição permanente. (TORTORA & DERRICKSON, 2017)	17
TABELA 3: Composição química dos dentifrícios. (PETRY, 2006)	26
TABELA 4: Quantitativo de encaminhamentos para o CEO	59

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Frequência da escovação dos dentes	41
Gráfico 2: Uso do fio dental na higienização bucal	43
Gráfico 3: Compartilhamento da escova dental	44
Gráfico 4: Frequência da troca da escova dental	45
Gráfico 5: Avaliação da saúde bucal	46
Gráfico 6: Frequência ao dentista	47
Gráfico 7: Sentir dor ao se alimentar	49
Gráfico 8: Exodontia de algum dente	50
Gráfico 9: Sangramento nas gengivas ao escovar os dentes ou espontaneamente	51
Gráfico 10: Ingestão excessiva de açúcar	52
Gráfico 11: Hábito de escovar a língua	53
Gráfico 12: Hábito de usar objetos (palitos, ponta de caneta, pontas de garfo ou faca) para limpar os dentes	54

1.0 INTRODUÇÃO

1.1. SISTEMA DIGESTIVO E SUAS ESTRUTURAS

O aparelho digestivo é composto por dois grupos de órgãos, sendo eles o trato gastrintestinal (GI) e os órgãos acessórios da digestão. O trato gastrintestinal também pode ser chamado de canal alimentar e consiste em um tubo contínuo, que tem seu início na boca e termina no ânus. Esse grupo é formado pelos seguintes órgãos: boca, faringe, esôfago, estômago, intestino delgado e intestino grosso. Este primeiro grupo de órgãos é responsável por conter o alimento desde o momento da ingestão até a digestão e absorção ou eliminação dos nutrientes através do corpo. (TORTORA & DERRICKSON, 2017).

Já o segundo grupo de órgãos, que compõem o sistema digestivo, é formado pelos órgãos acessórios da digestão: dentes, língua, glândulas salivares, fígado, vesícula biliar e pâncreas. Juntos, esses dois grupos exercem a função de transformarem as moléculas grandes dos alimentos em moléculas menores, permitindo assim que elas sejam digeridas e seus nutrientes absorvidos pelas células do corpo humano. O sistema digestivo desempenha 6 (seis) funções básicas, são elas: (TORTORA & DERRICKSON, 2017).

- **Ingestão:** consiste no ato de comer, é o momento em que o alimento é inserido na cavidade bucal;
- **Secreção:** diariamente, as células que compõem as paredes do trato GI e dos órgãos acessórios, secretam cerca de 7 (sete) litros de água, ácidos, tampões e enzimas no lúmen do trato;
- **Mistura e propulsão:** são contrações e relaxamentos realizados pelo músculo liso das paredes do trato GI, com a finalidade de misturarem o alimento juntamente com as secreções digestivas, impulsionando-os ao ânus onde ocorre a sua eliminação. O ato de misturar e mover esse material (alimento + secreções digestivas) ao longo do trato é chamado de motilidade;
- **Digestão:** consiste nos processos mecânicos e químicos que desintegram o alimento que foi ingerido, transformando-o em moléculas menores. A digestão mecânica ocorre através da ação dos dentes, que cortam e moem o alimento,

preparando-o para a deglutição. Em seguida a esse processo, os músculos lisos do intestino grosso e intestino delgado misturam o alimento a fim de auxiliarem ainda mais o processo digestivo. As moléculas alimentares são então, dissolvidas e misturadas com as enzimas digestivas. Já na digestão química, as grandes moléculas de carboidratos, lipídeos, proteínas e ácidos nucleicos, são degradados em moléculas menores através da ação das enzimas digestivas;

- **Absorção:** consiste no absorvimento dos líquidos ingeridos e secretados, íons e pequenas moléculas produzidas na digestão das células epiteliais que revestem o lúmen do trato GI. Essas substâncias que foram absorvidas passam para o líquido intersticial e seguem para o sangue ou linfa, onde percorrem todas as células do corpo humano;
- **Defecação:** é a eliminação de todo material que não foi absorvido pelas células do corpo humano. Esse material consiste em: resíduos, substâncias indigeríveis, bactérias e células descamadas do revestimento do trato GI. A eliminação ocorre no ânus na forma de fezes.

É na boca que o processo digestivo se inicia. O aparelho mastigatório é composto pelos dentes ou órgão dentário, maxila, mandíbula, articulação temporomandibular, músculos da mastigação, músculos cutâneos, língua, glândulas salivares, vasos e nervos. (RITA, 2006). Como supracitado, dentes, língua, glândulas salivares, fígado, vesícula biliar e pâncreas são classificados como órgãos acessórios da digestão. Os dentes são responsáveis por auxiliarem na desintegração física dos alimentos, transformando-os em pedaços menores, enquanto a língua tem a função de auxiliar na mastigação e deglutição do bolo alimentar. Os órgãos acessórios (fígado, vesícula biliar e pâncreas) não entram, em momento nenhum, em contato direto com os alimentos. (TORTORA & DERRICKSON, 2017).

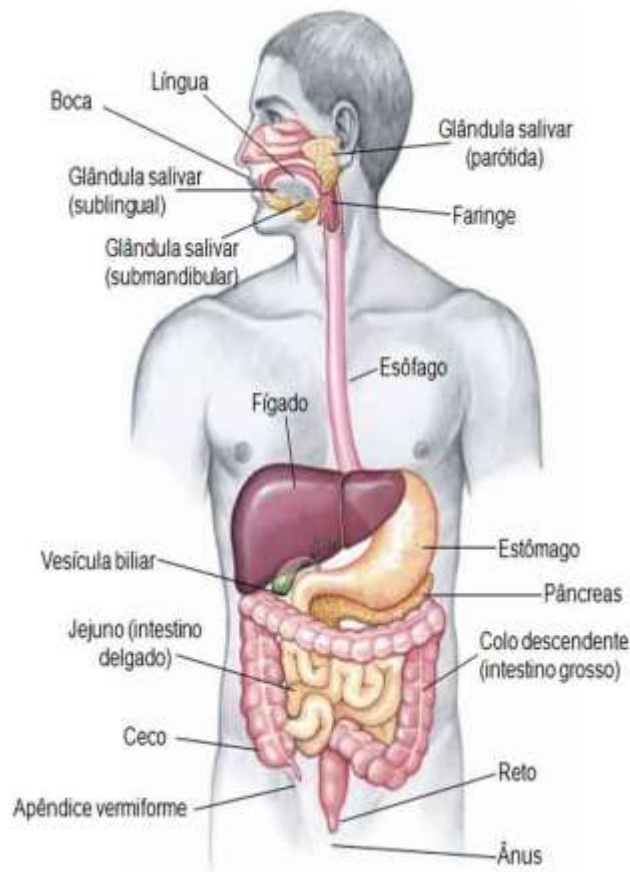


Figura 1: Aparelho digestivo. Fonte: <https://planetabiologia.com/sistema-digestorio-funcao-anatomia-humano-resumo>

- **Boca**

Também chamada de cavidade oral é composta pelas bochechas, palatos duro e mole, além da língua. As bochechas formam as paredes laterais da cavidade oral, já os lábios são estruturas carnudas que envolvem a abertura da boca. Essas duas estruturas são recobertas externamente pela pele e internamente pela mucosa bucal.

No processo de mastigação, os lábios e as bochechas ajudam a manterem o alimento entre os dentes (arcada superior, correspondente ao osso maxilar e arcada inferior, correspondente ao osso mandibular). Outra função dos lábios e das bochechas é auxiliar na oratória.

O palato duro, formado pela maxila e osso palatino, compõe a maior parte da cavidade bucal superior. O restante da cavidade é formado pelo palato mole muscular.

Suspensa a ele está a úvula, que durante a deglutição se move no sentido superior, juntamente com o palato mole, impedindo que alimentos e líquidos entrem na cavidade nasal. A parte posterior do palato mole se abre na parte oral da faringe, por uma estrutura chamada fauces. Atrás dessa abertura estão as tonsilas palatinas. (TORTORA & DERRICKSON, 2017).

- **Língua**

Estrutura que forma o assoalho bucal. É um órgão digestório acessório, composto por músculos esqueléticos recobertos pela mucosa.

Os músculos tem a função de movimentarem e moldarem o alimento durante a mastigação, formando o bolo alimentar. Esse bolo é empurrado para a parte posterior da boca para ser deglutido. Além dessas funções, os músculos também alteram o tamanho e o formato da língua durante a fala. (TORTORA & DERRICKSON, 2017).

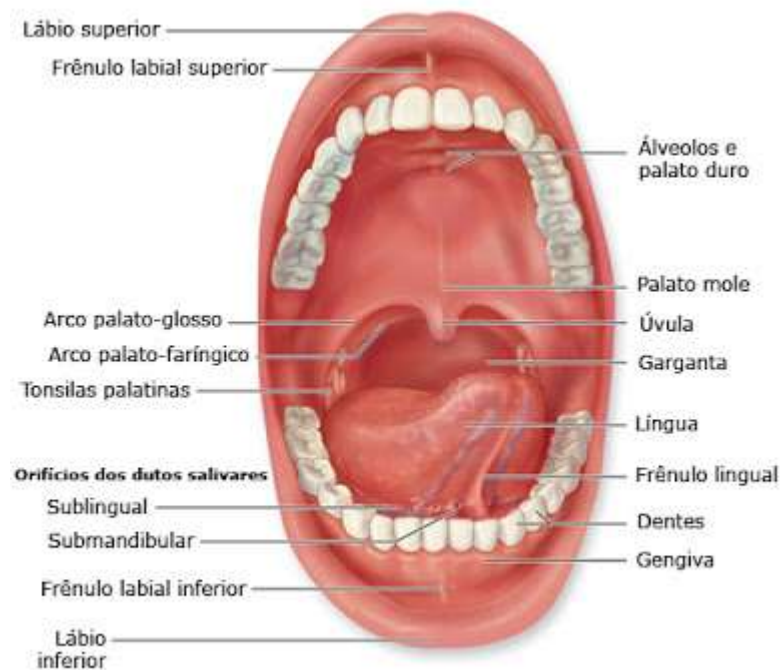


Figura 2: Cavidade bucal. Fonte: <http://clinicadentariamaissorriso.blogspot.com/2015/12/anatomia-da-boca-e-dos-dentes.html>

- **Dentes**

Também chamados de órgão dentário, são estruturas altamente mineralizadas, fixos ao osso alveolar, organizados em duas fileiras que compõem as arcadas superior e inferior. A parte interna é chamada de polpa, constituída de nervos, vasos sanguíneos e linfáticos, células e fibras. Anatomicamente, os dentes se dividem em três partes: coroa, colo e raiz. Morfologicamente, eles se dividem em quatro partes: esmalte, dentina, cimento e polpa. (RITA, 2006).

Coroa: é a parte visível do dente, totalmente recoberta pelo esmalte, sendo responsável pela mastigação. Ela fica acima do osso alveolar e da gengiva. Por auxiliar na mastigação, essa estrutura dentária sofre, ao longo do tempo, desgastes fisiológicos e/ou patológicos. (RITA, 2006).

Colo: região do dente que une o esmalte ao cimento. Essa estrutura não é visível como acontece com a coroa, ela constitui a parte interna do elemento dentário. (RITA, 2006).

Raiz: localizada na parte interna do dente, é responsável pela fixação do órgão dentário ao osso alveolar. Essa fixação é possível devido à presença de fibras existentes no ligamento periodontal. Outra função da raiz é suportar o impacto das forças mastigatórias. Elas podem se apresentar em números variados, podendo ser únicas, duplas ou triplas. Essa classificação é feita de acordo com a nomenclatura dentária, a saber: (RITA, 2006).

- Incisivos, caninos, pré-molares inferiores e segundo pré-molar superior: são dentes unirradiculares, tem 1 (uma) raiz;
- Primeiro pré-molar superior e os molares inferiores: são dentes birradiculares, tem 2 (duas) raízes;
- Molares superiores: são dentes trirradiculares, tem 3 (três) raízes.

A raiz é constituída pela dentina, sendo recoberta pelo cimento e na sua parte interna encontra-se a porção radicular da polpa dental. (RITA, 2006).

Esmalte: é a parte mais mineralizada do dente sendo composto por, aproximadamente, 96% (noventa e seis por cento) de sais minerais e 4% (quatro por cento) de água. (RITA, 2006).

Dentina: região menos mineralizada que o esmalte, também chamada de “esqueleto” do dente e está situada entre a coroa e a raiz. Essa estrutura é formada por canalículos dentários, no qual abriga a cavidade pulpar. (RITA, 2006).

Polpa dental: em sua porção mais externa, a polpa dental possui o mesmo formato que a coroa. Essa estrutura se inicia no forame apical ou ápice radicular, se estendendo por todo o canal radicular e a câmara coronária. Geralmente é composta de tecido embrionário, formada por uma grande massa constituída de vasos sanguíneos, linfáticos e tecido nervoso. A polpa dental tem a função de renovar a dentina devido à presença de células chamadas odontoblastos. (RITA, 2006).

Cemento: estrutura que recobre toda a dentina na sua porção mais inferior. Seu aspecto é semelhante ao osso, tem a função de fixar a raiz do dente ao periodonto. (LOBAS *et al*, 2006).

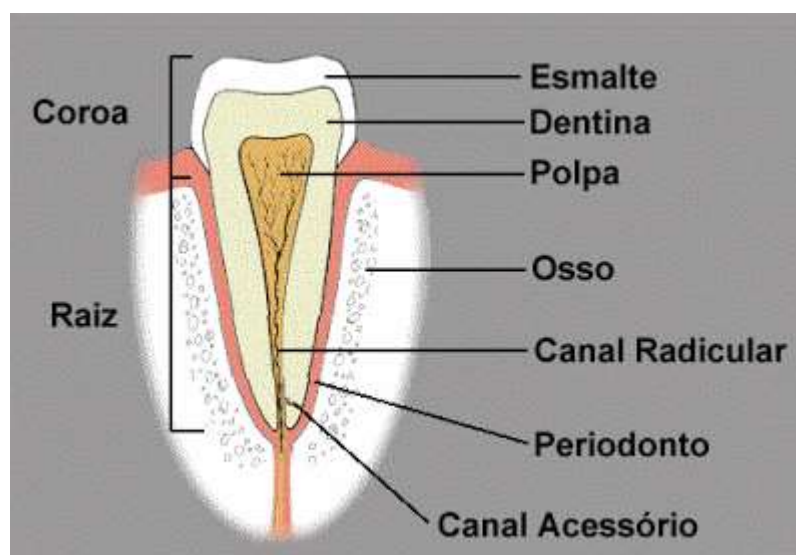


Figura 3: Anatomia dentária. Fonte: <http://rubialesodontologia.blogspot.com/2010/01/anatomia-dos-dentes.html>

O ser humano possui duas dentições, a primeira é a dentição decídua ou dentição de leite e a segunda é a dentição permanente. Cada tipo de dentição tem suas características próprias, são elas:

Dentição decídua: como supracitado, é a primeira dentição do ser humano. Ela se inicia por volta dos 6 (seis) meses de idade e termina por volta dos 6 (seis) e 12 (doze) anos, quando são substituídos pelos dentes permanentes. Esse primeiro conjunto de dentes é composto por 20 (vinte) elementos, os quais recebem a seguinte nomenclatura: Incisivo central, Incisivo lateral, Canino, Primeiro molar e Segundo molar. Os dentes estão dispostos, um ao lado do outro, nas duas arcadas (superior e inferior). Cada elemento erupciona em uma determinada idade, como mostra a tabela abaixo. (TORTORA & DERRICKSON, 2017).

Elementos	Arcada Superior	Arcada Inferior
Incisivo central	8 a 12 meses	6 a 8 meses
Incisivo lateral	12 a 24 meses	12 a 15 meses
Canino	16 a 24 meses	16 a 24 meses
Primeiro molar	12 a 16 meses	12 a 16 meses
Segundo molar	24 a 32 meses	24 a 32 meses

Tabela 1: Idade de erupção da dentição decídua. Fonte: (TORTORA & DERRICKSON, 2017).



Figura 4: Dentição decídua. Fonte: <https://esteticafacialpmc.wordpress.com/odontopediatria>

É importante ressaltar que essa dentição não apresenta os Pré-molares de leite. Os Pré-molares quando erupcionam, já nascem compondo a segunda dentição, a permanente. (TORTORA & DERRICKSON, 2017).

Dentição permanente: ela consiste na segunda dentição do ser humano. Se inicia por volta dos 6 (seis) anos de idade e segue pela vida adulta. Esse segundo conjunto de dentes é composto por 32 (trinta e dois) elementos, os quais recebem a seguinte nomenclatura: Incisivo central, Incisivo lateral, Canino, Primeiro Pré-molar, Segundo Pré-molar, Primeiro molar, Segundo molar e Terceiro molar ou dente siso. Os dentes permanentes, assim como os dentes de leite, também estão dispostos, um ao lado do outro, nas duas arcadas (superior e inferior). Cada elemento erupciona em uma determinada idade, como mostra a tabela abaixo. (TORTORA & DERRICKSON, 2017).

Elementos	Arcada Superior	Arcada Inferior
Incisivo central	7 a 8 anos	7 a 8 anos
Incisivo lateral	8 a 9 anos	7 a 8 anos
Canino	11 a 12 anos	9 a 10 anos
Primeiro Pré-molar	9 a 10 anos	9 a 10 anos
Segundo Pré-molar	10 a 12 anos	11 a 12 anos
Primeiro molar	6 a 7 anos	6 a 7 anos
Segundo molar	12 a 13 anos	11 a 13 anos
Terceiro molar	17 a 21 anos	17 a 21 anos

Tabela 2: Idade de erupção da dentição permanente. Fonte: (TORTORA & DERRICKSON, 2017).



Figura 5: Dentição permanente. Fonte: <http://protesesdentarias.blogspot.com/2011/01/denticoes-existem-duas-denticao-decidua.html>

As funções desempenhadas pelos dentes são: **mastigação** consiste na redução do bolo alimentar em partículas menores; **preensão** juntamente com os incisivos e os lábios, promove a captura do alimento; **incisão** consiste no corte dos alimentos a fim de torná-los menores, facilitando assim a sua deglutição; **dilaceração** é a redução da

substância em partículas menores e menos compactas; **trituração** é a ação de moer os alimentos. (LOBAS *et al*, 2006).

A mucosa bucal, o osso maxilar, o osso mandibular e os dentes são locais onde ocorrem vários distúrbios. E em cada organismo, cada distúrbio que acontece, o corpo humano através do sistema imunológico, reage com uma resposta diferente. Por esse motivo a boca é considerada porta de entrada de várias patologias, pois abriga uma grande quantidade de microorganismos, além de ser um ambiente rico em bactérias que compõem a mucosa bucal. (LOBAS *et al*, 2006; CINTRA, 2015).

Inúmeras são as doenças que podem ocorrer na boca. Elas estão divididas em lesões fundamentais (responsáveis por determinarem as alterações morfológicas básicas, que a mucosa pode sofrer devido aos processos patológicos); lesões da mucosa bucal por agentes físicos, químicos e biológicos; patologia óssea; neoplasias benignas da cavidade bucal; lesões malignas e pré-malignas da boca; tumores odontogênicos; patologia das glândulas salivares; dentre outras. (LOBAS *et al*, 2006).

1.2.LESÕES FUNDAMENTAIS

Segundo ORTEGA (2006) as lesões fundamentais são:

- **Erosão:** depressão da mucosa caracterizada pela perda parcial do epitélio, sem que ocorra a exposição do tecido conjuntivo subjacente;
- **Úlcera:** depressão da mucosa caracterizada pela perda parcial do epitélio, com exposição do tecido conjuntivo subjacente;
- **Bolha:** elevação circunscrita do epitélio com presença de líquido em seu interior, com mais de 3 (três) mm de diâmetro.

1.3. LESÕES DA MUCOSA BUCAL POR AGENTES FÍSICOS, QUÍMICOS E BIOLÓGICOS

1.3.1. Físicos:

Úlcera traumática: lesão mais comum na odontologia, podendo aparecer em qualquer local em decorrência do traumatismo físico. As causas mais comuns são próteses mal adaptadas, uso de escovas dentais inadequadas, manejo inadequado do fio ou fita dental, uso de palitos de dente, ingestão de alimentos duros, mordidas acidentais da mucosa bucal, elementos dentários fraturados com as bordas cortantes e aparelhos ortodônticos. (LIMA *et al*, 2005).

Hiperplasia fibrosa inflamatória: consiste na resposta tecidual a um trauma de baixa intensidade e longa duração, no qual há o desenvolvimento do processo proliferativo não neoplásico do tecido conjuntivo fibroso. A causa mais comum para esse tipo de lesão é a má adaptação dos aparelhos protéticos, além de infecções fúngicas pela má higienização e falta de informação sobre higienização bucal. (MORAES, 2015).

1.3.2. Químicos:

Ácido acetilsalicílico (AAS): o trauma está relacionado com a queimadura causada à mucosa bucal. Muitos pacientes pensam que, ao administrarem esse fármaco sobre o dente dolorido, a dor cessará. Entretanto, essa automedicação não interrompe a dor, causa apenas queimaduras na região. (ORTEGA, 2006).

Tatuagem por amálgama: consiste na presença de manchas escuras ou acinzentadas localizadas próximas às restaurações, gengiva, mucosa alveolar e mucosa jugal. Geralmente são assintomáticas e sem significado patológico. Isso ocorre devido à introdução de amálgama (material restaurador) na mucosa bucal. Essa lesão pode acontecer durante uma restauração, uma exodontia de dentes restaurados com esse material e devido à presença de fragmentos de restaurações já existentes. (PISTÓIA *et al*, 2013).

1.3.3. Biológicos:

Segundo ORTEGA (2006) as lesões da mucosa bucal por agentes biológicos são:

- **Herpes simples:** essa patologia é causada pelo vírus *Herpesvirus hominis* (HVH) que se subdivide em dois tipos, 1 e 2. O HVH-1 é o responsável pelo herpes labial, enquanto que o HVH-2 é responsável pelo herpes genital. A contaminação pelo herpes labial se dá através do contato direto com a região infectada pelo vírus. Embora essa patologia tenha uma manifestação muito severa, somente 1% (um por cento) dos seres humanos infectados pelo vírus desenvolvem a doença. Os outros 99% (noventa e nove por cento) são indivíduos portadores do vírus, mas não manifestam a doença, os sinais ou sintomas clínicos.
- **Tuberculose:** doença causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de Koch). Ela se manifesta em dois estágios, primário e secundário. No estágio primário a manifestação ocorre na boca, sendo considerada bastante rara. É caracterizada pela presença de lesão ulcerada associada à linfadenopatia (alteração no tamanho e consistência dos linfonodos) regional. Já o estágio secundário a doença acomete os pulmões, sendo o tipo mais comum. A contaminação da mucosa bucal acontece através do contato com a secreção (escarro) contaminada ou então por vias hematogênicas (vias sanguíneas). Língua, gengiva e palato são as regiões onde as lesões de tuberculose são, preferencialmente, encontradas.

1.4. PATOLOGIA ÓSSEA

Segundo FERNANDES *et al* (2004) e ORTEGA (2006) as patologias ósseas são:

- **Alveolite ou Osteíte pós-operatória:** consiste em uma inflamação do alvéolo, decorrente da exodontia de elementos dentários. Cerca de 3% (três por cento) desse processo inflamatório acontece em todas as exodontias. A taxa de incidência sobe para 30% (trinta por cento) quando a lesão acontece após a extração dos terceiros molares inferiores, também chamados dente siso. Essa patologia se divide em dois tipos, são eles:
Alveolite seca: o alvéolo se apresenta “seco” devido à ausência de coágulo sanguíneo que se forma após os procedimentos cirúrgicos. Esse

quadro geralmente se instala quando a exodontia é de difícil manobra ou quando ocorre fratura do elemento dentário;

Alveolite purulenta: ocorre geralmente após a alveolite seca, oriunda de um processo inflamatório do alvéolo. Nesse quadro há presença de secreção purulenta, ou seja, com pus.

Seu quadro clínico apresenta dor intensa, halitose (mau hálito) e alteração no paladar. A gengiva também pode apresentar alterações que devem ser consideradas como processo inflamatório e às vezes, o surgimento de linfadenopatia regional.

- **Cisto radicular:** consiste em uma inflamação local oriunda da necrose pulpar devido à evolução da cárie, quando esta não é imediatamente tratada. São encontrados no ápice radicular do elemento atingido. Geralmente esses cistos são assintomáticos, sendo detectados através de uma radiografia periapical do órgão dentário necrosado. Na análise radiográfica é possível observar uma área radiopaca, com lesão radiolúcida bem delimitada que envolve o ápice radicular.

1.5. NEOPLASIAS BENIGNAS DA CAVIDADE BUCAL

Fibroma: é uma lesão papular ou nodular, de superfície lisa, recoberta pela mucosa de coloração normal ou esbranquiçada, sua consistência é fibrosa à palpação e assintomática ao toque. Esse tipo de lesão é comum na cavidade bucal, principalmente nas mucosas jugal, labial e do palato. Consiste na resposta dos tecidos moles a um trauma de baixa intensidade e longa duração, sendo raros os casos considerados uma neoplasia benigna do tecido conjuntivo. Essa neoplasia é causada por mordeduras, hábito de sucção ou pressão do tecido mole contra um diastema. É muito semelhante à hiperplasia fibrosa inflamatória, o que a diferencia é seu conteúdo celular ser maior e mais consistente à palpação. (SES DF, 2018).

Nevo pigmentado: é um tipo de mancha de cor acastanhada, com aparecimento muito comum na pele. Entretanto, na cavidade bucal ela se torna mais rara. Essas manchas podem aparecer de duas formas: pápulas quando possuem menos que 1cm (um

centímetro) de diâmetro e nódulos quando possuem mais que 1cm (um centímetro) de diâmetro. (ORTEGA, 2006).

1.6. LESÕES MALIGNAS E PRÉ-MALIGNAS DA BOCA

Leucoplasia: consiste em uma placa branca de aspecto liso, rugoso ou verrucoso, não removível mesmo após procedimentos como raspagem e remoção do seu agente causador. São possíveis causas dessa patologia, os seguintes fatores predisponentes: fumo, ingestão de álcool, traumatismo local, sífilis, deficiência vitamínica, distúrbios endócrinos, herança genética e exposição excessiva a radiação solar (raios ultravioletas). (MAIA *et al*, 2016).

Alguns autores dizem que, cerca de 1% (um por cento) dessa lesão pode originar carcinomas. Além disso, alguns ainda mencionam a possibilidade dessa doença evoluir para uma lesão maligna. (ORTEGA, 2006).

Carcinoma epidermóide: é a lesão cancerígena mais comum da cavidade bucal. É caracterizada pela presença de uma úlcera com bordas elevadas, tendo sua base endurecida e necrosada na sua parte inferior. Por não apresentar sintomas dolorosos, é um tipo de lesão que necessita de uma maior atenção por parte do dentista. (BRENER *et al*, 2007).

1.7. TUMORES ODONTOGÊNICOS

Segundo ORTEGA (2006) os tumores odontogênicos são:

- **Ameloblastoma:** é um tumor benigno, mas muito destrutivo. Encontra-se envolvido com os dentes não erupcionados, crescendo lenta e silenciosamente. No seu estágio inicial ele não apresenta sinais clínicos. No decorrer da sua evolução, ele pode causar mobilidade e migração do elemento dentário, reabsorção radicular e parestesia labial. Geralmente é encontrado na região posterior da mandíbula, sendo os terceiros molares mais acometidos. Durante uma avaliação radiográfica, esse tumor pode

ser visualizado em imagens semelhantes a “bolhas de sabão” ou “favode-mel”.

- **Odontoma:** é o tumor mais comum encontrado na cavidade bucal, representando 65% (sessenta e cinco por cento) dos tumores odontogênicos. É formado por todos os tecidos que compõem o dente, porém, dispostos de maneira anormal. Estruturas como dentina, esmalte, cemento e polpa são normais, assim como as suas inter-relações. Por esses motivos, a estrutura desse tumor pode ser comparada a morfologia do dente. Seu diagnóstico é feito através de exames radiográficos, no qual o tumor aparece como uma lesão radiopaca, apresentando um número anormal de estruturas parecidas com coras dentárias em desenvolvimento.

1.8. PATOLOGIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES

Mucocele: consiste em uma lesão benigna muito comum na cavidade bucal, oriunda de traumatismo ou obstrução dos ductos das glândulas salivares pequenas. Se caracteriza por apresentar uma lesão nodular circunscrita, indolor, com tamanho variando entre 1mm (um milímetro) a 2mm (dois milímetros). Possui acúmulo de secreção da própria glândula, promovendo o aumento nodular da mucosa lesionada. Sua coloração pode ser esbranquiçada, azulada ou violácea (devido à presença de hemorragia local), é arredondada e bem delimitada. Essa lesão é encontrada, na sua grande maioria, na mucosa jugal próxima ao lábio inferior. (ALBUQUERQUE *et al*, 2015).

Rânula: é uma espécie de uma grande Mucocele, sendo encontrada no assoalho da boca envolvendo a glândula sublingual e submandibular. (ORTEGA, 2006).

1.9. MÉTODOS DE HIGIENE BUCAL

Embora seja um ambiente com presença de bactérias, muitas pessoas não dão a devida importância para a sua adequada higienização – dentes e língua.

Uma limpeza bucal adequada se dá através do uso da escova dental, limpeza interdental (fio ou fita dental) e dentifrícios. A escova pode ser: manual com cabeça pequena e arredondada, cerdas macias multitufo e cabo anatômico.

O tempo de substituição das escovas geralmente depende da condição da escova, a inclinação e o deslocamento das cerdas indicam a necessidade de substituição. Os hábitos de escovação e de armazenagem influenciam na longevidade da escova dental. Em geral, recomenda-se que as escovas sejam trocadas a cada 3 (três) meses, para manter a sua capacidade de limpeza. (PETRY, 2006).

Além da escova manual, a higienização pode ser realizada com escova elétrica ou a pilha. Essas escovas foram desenvolvidas para pacientes com problemas de destreza manual, deficiência motora ou dificuldades de apreensão, por exemplo, pacientes idosos, pacientes com deficiências física e mental. (PETRY, 2006).

Já a escova interdental e unitufo, é indicada para pacientes que apresentam áreas bucais de difícil acesso pelos demais instrumentos higienizadores, áreas de furcas, distais de molares, períodos de erupção dos dentes com fissuras, dentes malposicionados ou girovertidos, além de pacientes que estão em tratamento ortodôntico. Esses são exemplos de áreas nas quais as escovas convencionais não alcançam com facilidade. (PETRY, 2006).

Limpeza interdental (fio ou fita dental) é o dispositivo utilizado para auxiliar a remoção da placa bacteriana, que fica aderida a superfície dos dentes. (STEFFEN *et al*, 2006). No mercado é possível encontrar fio ou fita dental com ou sem sabor, encerado ou não, com ou sem flúor, com ou sem produtos antitártaro. (PETRY, 2006).

Essas características não influenciam na higienização adequada dos dentes, pois o mais importante é a sua correta utilização. Recomenda-se que o fio ou a fita dental seja utilizado sempre após as refeições e principalmente antes de deitar, período em que o fluxo salivar é reduzido. (STEFFEN *et al*, 2006). Entretanto seu uso contínuo, muitas das vezes é negligenciado, fatores como: dificuldade de domínio da técnica, demora no procedimento e possíveis lesões nos tecidos interdentais (gengiva) com sangramento e desconforto, são os principais motivos para que seu uso não seja realizado de modo adequado. (PETRY, 2006).



Figura 6: Técnicas do uso do fio dental. Fonte: <https://www.ecycle.com.br/component/content/article/35-atitude/2002-voce-tem-costume-de-usar-fio-dental-veja-5-bons-motivos-para-usar.html>

Dentifrício ou pasta dental é um dispositivo utilizado, principalmente, para limpar e polir os dentes. Essa eficiência na limpeza do elemento dentário depende do tipo de abrasivo encontrado na composição da pasta. Além dessas funções, pesquisas tem demonstrado que a presença de agentes químicos na sua composição tem apresentado resultados terapêuticos como: a redução da formação (presença de antibacterianos) e calcificação (presença de anticristalizantes) da placa bacteriana, o combate à cárie dentária e o auxílio no combate à halitose. (PETRY, 2006).

A pasta dental é comercializada em diversas formas, como: pasta, pó, líquido e gel, sendo a pasta e o gel os mais populares. Ela também é encontrada com sabores e colorações variados. Além disso, há no mercado pastas específicas para os mais diversos problemas de saúde bucal, como por exemplo: pasta para sensibilidade, para clareamento, pasta infantil, pasta anticárie, pasta antitártaro, pasta antiplaca, dentre outras (PETRY, 2006).

1.9.1. TIPOS DE DENTIFRÍCIOS COMERCIALIZADOS

Segundo PETRY (2006) os tipos de dentifrícios são:

- **Pasta para sensibilidade:** indicada para pacientes que apresentam algum tipo de sensibilidade. Seja ao escovar os dentes ou ao ingerir alimentos e líquidos, quentes ou frios;

- **Pasta para clareamento:** através da ação oxidante do peróxido, a pasta irá “descolar” o elemento dentário, resultando dessa forma, no seu clareamento;
- **Pasta infantil:** é uma pasta que apresenta uma quantidade pequena de flúor na sua composição. É indicada para crianças menores de 5 (cinco) anos de idade que ainda não sabem cuspir. A indicação é feita devido ao risco de desenvolvimento da fluorose, doença causada pela ingestão excessiva de flúor;
- **Pasta anticárie:** é o dentífrico que contém flúor na sua composição. Esse componente é considerado um potente agente cariostático;
- **Pasta antitártaro:** composta por produtos anticristalizantes que interferem no processo de mineralização da placa bacteriana. Por consequência, diminui a formação do cálculo dental ou tártaro;
- **Pasta antiplaca:** dentífrico que contém na sua composição química substâncias antimicrobianas.

A composição do dentífrico varia de acordo com o fabricante, mas basicamente, ele apresenta os seguintes componentes (PETRY, 2006).

Componente	Concentração (%)
Abrasivo	40-50
Umectante	20-30
Aglutinante	20-30
Detergente	1-2
Sabor	1-3
Conservante	1-2
Terapêutico	0,4-1,0

Tabela 3: Composição química dos dentífricos. Fonte: (PETRY, 2006)

Segundo PETRY (2006) os componentes químicos dos dentífricos desempenham as seguintes funções:

- **Abrasivo:** corresponde a cerca de 40-50% do produto final e tem a função de polir os dentes durante o processo de escovação. Sua abrasividade ajuda na redução do manchamento da superfície dentária, sendo contra indicada à pacientes com exposição de raiz. Clinicamente, a abrasão não depende, única e exclusivamente, do abrasivo contido na pasta. Alguns hábitos como a técnica e a intensidade da força empregadas na escovação, também estão relacionados com o melhor funcionamento desse componente;
- **Umectante:** componente utilizado para evitar a perda de água e, o consequente endurecimento da pasta quando exposta ao ar;
- **Aglutinante:** substância com a função de estabilizar o preparo da pasta, impedindo a separação das partes líquidas e sólidas durante o seu armazenamento;
- **Detergente:** possui a função de reduzir a tensão superficial, penetrando e amolecendo os depósitos presentes na superfície, suspendendo os resíduos que foram removidos pela pasta dental. Além disso, ele também auxilia na formação da espuma, tornando a escovação um ato mais agradável;
- **Sabor e aromatizante:** esses dois são os compostos mais importantes do dentífrício. Por proporcionarem sabor e aroma às pastas dentais, eles ajudam na aceitação do produto no mercado;
- **Conservante:** exerce a função de impedir o desenvolvimento bacteriano. Sua presença na composição dos dentífrícios se faz necessária porque alguns umectantes e aglutinantes, por serem orgânicos, são suscetíveis ao desenvolvimento de microrganismos e fungos.

O higienizador lingual ou raspador lingual, como popularmente é conhecido, também consiste em um dispositivo auxiliador para a higienização da cavidade oral. Seu uso deve ser feito sempre após as refeições e se torna importantíssimo porque a língua, assim como os dentes, retém a placa bacteriana, que como supracitado, é a responsável pelas patologias bucais, incluindo o mau hálito ou halitose. A escova dental também pode ser utilizada na higienização da língua. Esses dois dispositivos são eficazes na remoção do biofilme dental (saborra ou camada branca) que fica sobre o dorso lingual. (FERNANDES *et al*, 2004; PETRY, 2006; STEFFEN *et al*, 2006).

Quando a escovação é deficiente, vários problemas de saúde podem ser ocasionados, sejam eles específicos da região bucal como: halitose ou mau hálito, cárie, problema periodontal, dentre outros ou até mesmo problemas graves de saúde como: problemas cardíacos (endocardite bacteriana), problema neurológico (esse tipo de complicação é incomum, mas pode ocorrer devido à comunicação anatômica entre a maxila e as partes mais nobres da cabeça), problemas articulares (as complicações apresentadas na recuperação de lesões musculares e cirurgias ortopédicas estão relacionadas com focos infecciosos, oriundos de doenças periodontais ou tratamentos endodônticos inacabados). (LOBAS *et al*, 2006; TAVARES, 2006; ASSIS, 2013; CINTRA, 2015; CARVALHO, 2017; FURTADO, 2017).

A presença desses focos de infecção dificultam a cicatrização tecidual, comprometendo o rendimento físico dos atletas. (LOBAS *et al*, 2006; TAVARES, 2006; ASSIS, 2013; CINTRA, 2015; CARVALHO, 2017; FURTADO, 2017).

Diante do supracitado e de acordo com o que foi relatado no início da introdução, é na boca que se inicia todo o processo digestivo. (RITA, 2006). Por esse motivo, a boca é considerada porta de entrada para diversas patologias, sejam elas específicas da mucosa bucal ou patologias mais severas que podem ocorrer em qualquer região do corpo humano. (LOBAS *et al*, 2006; TAVARES, 2006; ASSIS, 2013; CINTRA, 2015; CARVALHO, 2017; FURTADO, 2017).

É por esse motivo que uma boa higiene bucal e a visita regular ao cirurgião dentista se faz necessário. Essas medidas preventivas (escovar os dentes após as refeições, usar fio e/ou fita dental, usar cremes dentais com flúor e visitar, preferencialmente a cada 6 (seis) meses, o cirurgião dentista de sua confiança) reduzem a proliferação das bactérias presentes na cavidade oral, e conseqüentemente, reduzem as possíveis patologias bucais assim como os problemas de saúde que acometem o organismo como um todo. É importante ressaltar que a saúde bucal está diretamente ligada ao funcionamento do corpo humano. (LOBAS *et al*, 2006; TAVARES, 2006; ASSIS, 2013; CINTRA, 2015; CARVALHO, 2017; FURTADO, 2017).

1.10. DANOS BIOLÓGICOS CAUSADOS PELA MÁ HIGIENIZAÇÃO BUCAL

Halitose ou mau hálito: consiste em um problema bucal multifatorial, podendo ser por razões fisiológicas (necessitam apenas de orientação), razões patológicas (necessitam de tratamento), razões locais (feridas cirúrgicas, cárie, doença periodontal) ou razões sistêmicas (diabetes, prisão de ventre, uremia – acúmulo de ureia no sangue). (FERNANDES *et al*, 2004).

Entretanto, na maioria dos casos, a halitose está relacionada com o acúmulo de saburra na língua, oriunda da má higienização bucal. Esse problema se divide em duas causas: primária e secundária. (FERNANDES *et al*, 2004).

- Causa primária é provocada por: língua saburrosa, doenças periodontais e gengivais, presença de placa bacteriana e elementos dentários cariados.
- Causa secundária é provocada por: diminuição do fluxo salivar, presença de restos radiculares, impregnação por nicotina, prótese dentária mal higienizada, presença de cálculo ou tártaro em próteses e/ou aparelhos ortodônticos, restaurações mal adaptadas, fístulas (drenagem de abscesso para o interior da boca), pós-operatório, má higienização oral, hemorragia gengival e pericoronarite (inflamação da mucosa que recobre a coroa dental de um elemento semi-impactado).

Além dos fatores supracitados, a halitose também pode ser ocasionada por: sinusites, amigdalites, faringites e suas secreções, desvio de septo nasal, aumento dos cornetos nasais, rinite com secreção purulenta, abscesso pulmonar, tuberculose, bronquite crônica purulenta, ingestão excessiva de bebidas e alimentos muito aromatizados (álcool, cebola, alho, café), diabetes descompensada, avitaminoses (deficiência vitamínica), doenças hepáticas, fome (longo período em jejum), respiração bucal e estresse físico ou psicológico. (FERNANDES *et al*, 2004).

Por ser um problema multifatorial, fica difícil falar sobre uma prevenção específica. Entretanto, algumas medidas podem ajudar a prevenir esse desconforto. As medidas são: escovar os dentes sempre após as refeições, usar diariamente o fio dental, higienizar a língua, evitar fumo e álcool, ingerir pelo menos 2 (dois) litros de água ao longo do dia, visitar o dentista a cada 6 (seis) meses ou ao observar alguma mudança na mucosa bucal, como por exemplo o sangramento espontâneo da gengiva e evitar jejuns superiores a 4 (quatro) horas. (FERNANDES *et al*, 2004).

Cárie: é uma doença infecto-contagiosa causada pela bactéria *Streptococcus mutans* que dissolve e desintegra as camadas do dente (esmalte, dentina e polpa). São vários os fatores que podem desencadear a doença como: presença de bactérias na boca, qualidade da alimentação, tempo de fermentação dos resíduos alimentares, má higienização bucal que favorece o desenvolvimento da placa bacteriana, quantidade e intensidade do fluxo salivar, hereditariedade, dentre outros. A cárie possui os seguintes estágios de desenvolvimento: (FERNANDES *et al*, 2004).

- Placa bacteriana: desenvolve-se após a ingestão de alimentos, principalmente os ricos em açúcares. É caracterizada por uma fina camada transparente que adere ao dente, podendo ser removida com a escovação e o uso diário de fio dental;
- Cárie incipiente: também chamada de mancha branca, condiciona o estágio inicial da doença. Nesse primeiro momento ainda não há cavidade formada, podendo o elemento dentário ser remineralizado sem a necessidade de restauração;
- Cárie de esmalte: estágio um pouco mais avançado, pois o ácido produzido pela metabolização bacteriana produz uma pequena cavidade no esmalte. Entretanto, essa etapa não apresenta dor e pode ser reparada com restauração;
- Cárie de dentina: estágio intermediário da doença, pois nesse momento ela já ultrapassou o esmalte (camada mais dura do dente) e chegou à dentina. Nessa circunstância o paciente começa a sentir dor;
- Infecção pulpar ou abscesso: é o último estágio da doença. Após ter ultrapassado as três etapas supracitadas, a cárie atinge a câmara pulpar do dente. Nesse momento o paciente já sente dor intensa e em alguns casos pode ter formação de abscesso. Nesse estágio da doença é necessário o tratamento endodôntico e posterior restauração.



Figura 7: Estágios da cárie. Fonte: <http://www.dentistasembh.com.br/blog/carie-dentaria/>

Problema periodontal: é uma doença que envolve todo o dente, acometendo o osso alveolar. Sua fase inicial acontece através de uma simples gengivite, que consiste na inflamação da gengiva. Nesse estágio da doença o local fica vermelho, inflamado e pode sangrar durante a higienização bucal. Por ser a fase inicial da doença periodontal, o quadro de gengivite pode ser facilmente revertido com escovação e uso diário do fio dental. Nesse período não há mobilidade e nem perda do elemento dentário. (FERNANDES *et al*, 2004).

Entretanto, quando não tratada de forma adequada, a gengivite evolui para um quadro mais severo, acometendo a parte óssea do dente, nesse estágio tem a ocorrência da periodontite. É nessa fase que há reabsorção do osso alveolar, ocasionando mobilidade do dente e posterior perda do elemento. (FERNANDES *et al*, 2004).

Essa doença apresenta o seguinte quadro clínico: sangramento espontâneo ao simples toque ou durante a mastigação; sulco gengival sofre um aprofundamento anormal, formando uma bolsa, chamada bolsa periodontal; algumas pessoas apresentam halitose devido à presença de secreção purulenta e fermentação dos restos alimentares; mobilidade e perda do elemento dentário devido à absorção óssea, quando chega nesse estágio a reposição do dente só é possível através de prótese parcial ou total; geralmente esse quadro é indolor e por esse motivo, muitos pacientes não dão a devida importância a saúde da gengiva. (FERNANDES *et al*, 2004).



Figura 8: Estágios da periodontite. Fonte: <http://implorthocenter.com.br/periodontia/>

Problemas cardíacos (endocardite bacteriana): consiste em um problema cardíaco, oriundo da presença de bactérias bucais, que durante um procedimento odontológico, caem na corrente sanguínea e se alojam no coração. (FERNANDES *et al*, 2004).

A cavidade bucal abriga uma grande variedade de espécies bacterianas, e algumas delas estão relacionadas à bacteriemia, ou seja, presença de microrganismos na corrente sanguínea. Qualquer quebra na barreira da mucosa oral coloca o ambiente interno do corpo em contato com um elevado grau de contaminação, resultando na penetração de microrganismos no sangue. Algumas doenças sistêmicas tem sua causa relacionada à bacteriemia de origem bucal, dentre elas a endocardite bacteriana, que está classificada como uma das mais sérias. (CINTRA, 2015).

Atualmente, a ocorrência de endocardite tem se manifestado de forma reduzida, apresentando uma incidência de 11 (onze) a 50 (cinquenta) casos por milhão de habitantes. Contudo, suas consequências sistêmicas para pacientes de risco são graves. Esse problema é definido como uma acentuada infecção das válvulas do coração ou das superfícies endoteliais do músculo cardíaco. (CINTRA, 2015).

Pacientes que já apresentam algum problema cardíaco são mais suscetíveis a terem esse tipo de complicação. São considerados pacientes suscetíveis àqueles que apresentam alterações cardíacas, portadores ou candidatos à colocação de válvula cardíaca artificial, pacientes reumáticos, portadores de sopros e lesões cardíacas, com baixa resistência imunológica, diabéticos, e aqueles que são submetidos a tratamentos com corticoides, substâncias imunossupressoras e quimioterápicos. (FERNANDES *et al*, 2004).

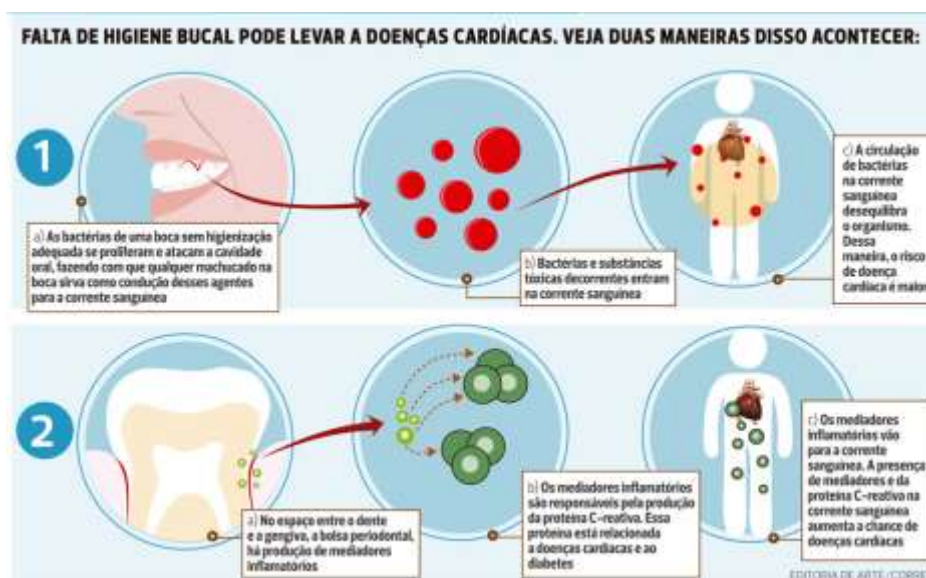


Figura 9: Endocardite bacteriana. Fonte: <https://vidadedentista.com.br/2011/11/endocardite-bacteriana-dente-mata.html>

Problemas neurológicos: como a boca está localizada na cabeça, a disseminação de uma infecção oral para outras áreas é bastante comum. Mais comum ainda ela se torna se o foco infeccioso estiver na maxila, ou seja, na arcada superior. (FURTADO, 2017).

Essa disseminação, nessa região, se torna mais comum porque a maxila tem uma comunicação anatômica com estruturas mais nobres e permeáveis que a mandíbula. (FURTADO, 2017).

Problemas articulares: uma má higienização bucal pode acarretar vários problemas de saúde como supracitado. Problemas articulares também podem ocorrer em atletas, o que acaba atrapalhando o desempenho esportivo dos mesmos. Por esse motivo, viu-se a necessidade de inserir o cirurgião-dentista nas equipes esportivas brasileiras.

Segundo afirmam alguns autores:

O acompanhamento de um cirurgião-dentista no esporte é fundamental, pois além de tratar problemas como a cárie e doenças periodontais, ele atua nessa área podendo contribuir para uma melhor fase de desempenhos dos atletas, pois dores e incômodos podem atrapalhar a concentração dos atletas. (CARVALHO, 2017).

A odontologia esportiva garante uma saúde bucal ao atleta por diagnosticar fatores prejudiciais. O rendimento de um atleta pode diminuir por diversos motivos, como a má oclusão que gera problemas na mastigação prejudicando a absorção dos nutrientes, dor e desconforto que prejudicam o desempenho e a concentração, foco infeccioso na boca que apresenta o comprometimento da saúde dos dentes e de outros órgãos do corpo, espalhando-se por meio da corrente sanguínea, provocando risco para o coração, lesões nas articulações e dificuldade de recuperação em lesões musculares e hábitos viciosos como roer unhas, ranger dentes pode causar uma abrasão e desequilíbrio. (CARVALHO, 2017).

Presença de focos infecciosos, perda dentária ou maloclusões severas, erosão causada por uso indiscriminado de isotônicos, respiração bucal, halitose, desordens temporomandibulares e traumatismo dentário são problemas que prejudicam o desempenho de atleta. De acordo com Dr. Marcelo Lasmar, um dos principais fatores que podem influenciar na recuperação de lesões musculares e cirurgias ortopédicas é a presença de focos infecciosos, de origem periodontal ou endodôntico, que dificulta a cicatrização tecidual. A perda dentária ou maloclusões severas, além de acarretarem problemas de ordem estética, estão relacionadas ao mau aproveitamento alimentar e à deficiência na absorção dos nutrientes. Já o uso de isotônicos pode provocar erosão e abfração dentária, o que acaba interferindo na nutrição, uma vez que o atleta passa a evitar alimentos mais ácidos, quentes e frios. A síndrome do respirador bucal, que deve ser corrigida precocemente na infância ou no início da adolescência, está diretamente relacionada à perda do rendimento físico, já que pode causar sonolência, halitose, menor aproveitamento do oxigênio e dores na musculatura cervical, esclarece Dr. Lasmar. (ASSIS, 2013).

Por ser um assunto muito importante para a saúde pública, e por não obter a devida atenção do ser humano, torna-se necessária a avaliação do conhecimento sobre a saúde bucal da população em geral, bem como traçar metodologias para a disseminação de conhecimento sobre o assunto, podendo assim, levar conscientização sobre o tema.

2.0 OBJETIVO

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar o panorama sobre o tema saúde bucal entre amostras populacionais do bairro Santo Antônio no município de Paraíba do Sul - RJ.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar os conteúdos que compõem os livros didáticos, utilizados pelos alunos do Colégio Estadual Bezerra de Menezes;
- Traçar o perfil sobre hábitos bucais, dos alunos do ensino médio do Colégio Estadual Bezerra de Menezes;
- Realizar levantamento sobre a qualidade da saúde bucal, da comunidade do bairro de Santo Antônio no município de Paraíba do Sul.

3.0 MATERIAL E MÉTODOS

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

O município de Paraíba do Sul está localizado na região Centro Sul Fluminense, no interior do Estado do Rio de Janeiro. Sua extensão territorial faz divisa com o estado de Minas Gerais e com os seguintes municípios: Três Rios, Areal, Comendador Levy Gasparian, Rio das Flores, Paty do Alferes, Petrópolis, Vassouras e Belmiro Braga (MG). Distante à 149Km da capital e com altitude de 275m ao nível do mar, o município tem como bioma característico a Mata Atlântica, o que torna seu clima ameno durante o ano todo, mantendo sua temperatura média anual em torno de 20°C. (PMPS, 2019).

Através dos censos realizados pelo IBGE, entre os anos de 2010 a 2018, foi possível obter os seguintes dados sobre o município de Paraíba do Sul, são eles: (IBGE, 2019).

- Área territorial: 571.118Km²;
- População estimada: 44.045 pessoas;
- Densidade demográfica: 70.77 hab./Km²;
- Escolarização (6 a 14 anos): 98,6%;
- IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal: 0,702;
- Mortalidade infantil: 8,82 óbitos por mil nascidos vivos;
- Receitas realizadas: 113.471 R\$ (x1000);
- Despesas empenhadas: 110.489 R\$ (x1000);
- PIB per capita: 21.056,32 R\$.

O levantamento dos dados foi realizado no Bairro de Santo Antônio. Nessa localidade, a pesquisa foi realizada no Colégio Estadual Bezerra de Menezes e na Unidade Básica de Saúde – UBS Tertulino de Queiroz.

O trabalho realizado no Colégio Estadual Bezerra de Menezes foi dividido em 3 (três) etapas: 1ª análise de livros didáticos com uso de autores diferentes, 2ª aplicação de questionário a todas as séries do Ensino Médio e 3ª realização de palestra explicativa sobre a relação entre a saúde bucal e o funcionamento do corpo.

3.1.1. ANÁLISE DOS LIVROS DIDÁTICOS

Essa etapa foi feita em dois momentos distintos. No primeiro momento, foram analisados os 3 (três) livros utilizados no colégio. Já no segundo momento, foram analisados outros 4 (quatro) livros didáticos que não são utilizados pela equipe escolar, entretanto são literaturas muito usadas em diversas outras instituições de ensino.

Todos os livros foram avaliados minuciosamente, com base em consultas realizadas no Currículo Mínimo – Ciências e Biologia (SEEDUC, 2012) e nos Parâmetros Curriculares Nacionais do Ensino Médio (PORTAL MEC, 2000). Os exemplares analisados foram:

3.1.1.1. LIVROS UTILIZADOS NO COLÉGIO

- I) Ser Protagonista – Biologia – Ensino Médio, 1º ano. Organizadores: Fernando Santiago dos Santos, João Batista Vicentin Aguilar e Maria Martha Argel de Oliveira. 1ª ed. São Paulo: Edições SM, 2010.
- II) Ser Protagonista – Biologia – 2º ano, Ensino Médio/Obra Coletiva, concebida, desenvolvida e produzida por Edições SM; editora responsável Tereza Costa Osorio. – 2ª ed. – São Paulo: Edições SM, 2013. Coleção Ser Protagonista; 2.
- III) Ser Protagonista – Biologia – Ensino Médio, 3º ano. Organizadora Edições SM – obra coletiva concebida, desenvolvida e produzida por edições SM – Editora responsável Tereza Costa Osorio.

3.1.1.2. LIVROS NÃO UTILIZADOS NO COLÉGIO

- IV) Bio – vol. 3 – Sonia Lopes e Sergio Rosso – Editora Saraiva – Componente Curricular Biologia – 3º ano – Ensino Médio – 2ª ed. – São Paulo, 2013.

- V) *Biologia Moderna – Amabis e Martho – José Mariano Amabis e Gilberto Rodrigues Martho – Ed. Moderna – Manual do Professor – 1º ano – 1ª ed. – São Paulo, 2016.*
- VI) *Biologia Moderna – Amabis e Martho – José Mariano Amabis e Gilberto Rodrigues Martho – Ed. Moderna – Manual do Professor – 2º ano – 1ª ed. – São Paulo, 2016.*
- VII) *Biologia Moderna – Amabis e Martho – José Mariano Amabis e Gilberto Rodrigues Martho – Ed. Moderna – Manual do Professor – 3º ano – 1ª ed. – São Paulo, 2016.*

3.1.2. APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O questionário é composto de 12 (doze) questões objetivas (Apêndice I), e teve como finalidade avaliar a faixa etária e o nível de conhecimento dos alunos a respeito da saúde bucal. Sendo essa etapa classificada como quantitativa. Todas as questões foram elaboradas baseadas na literatura THD e ACD – Odontologia de Qualidade (LOBAS *et al*, 2006).

O questionário foi aplicado, nos dias 25/09/2018 e 02/10/2018, a todas as séries do Ensino Médio, totalizando 118 (cento e dezoito) alunos com faixa etária entre 15 a 25 (quinze a vinte e cinco) anos, de ambos os sexos. Desses 118 alunos, 65 (sessenta e cinco) foram usados como grupo controle, ou seja, antes da aplicação do questionário foi realizada uma conversa explicativa, com a finalidade de esclarecer possíveis dúvidas sobre a importância de se manter uma saúde bucal de qualidade. Os 65 (sessenta e cinco) alunos supracitados compõem as seguintes turmas 1001, 2001 e 2003.

Os outros 53 (cinquenta e três) alunos foram usados como grupo teste, ou seja, o questionário foi aplicado sem nenhuma conversa prévia sobre a importância de se manter uma higiene bucal de qualidade. Esses alunos compõem as seguintes turmas 3001, 3002 e 3003. Em todas as turmas, todas as questões foram lidas antes dos alunos responderem.

Justificativas das perguntas: 1 – saber a frequência da higienização bucal, 2 – saber a frequência do uso do fio dental, 3 – saber se compartilham a escova dental, 4 – identificar a periodicidade da troca da escova, 5 – avaliar a saúde bucal, 6 – identificar a

periodicidade ao cirurgião dentista, 7 – analisar episódios de dor ao se alimentarem, 8 – avaliar quantos elementos dentários foram perdidos, 9 – avaliar nível de sangramento gengival, 10 – analisar a qualidade alimentar, 11 – identificar a frequência da higienização lingual, 12 – avaliar outros hábitos de higienização bucal.

3.1.3. PALESTRA EXPLICATIVA

Após aplicação do questionário, foi apresentada uma palestra explicativa a todas as turmas do Ensino Médio. Essa apresentação aconteceu nos dias 09/10/2018 e 10/10/2018, tendo como finalidade mostrar a importância da adequada higienização bucal e os possíveis problemas de saúde oriundos da má higienização, além disso, também foi abordada a relação da saúde bucal com o funcionamento do corpo humano. A palestra teve duração de 20 (vinte) minutos e está disponível no Apêndice II.

3.1.4. COLETA DE DADOS

A coleta de dados na UBS Tertulino de Queiroz foi realizada através de conversas com a equipe odontológica responsável pela unidade. Foi disponibilizada toda a documentação, para fins de análises, dos dados que compõem o e-SUS AB referente ao exercício de 2017. Segundo o Ministério da Saúde e Departamento de Atenção Básica, o e-SUS AB é uma estratégia que busca reestruturar e integrar as informações da Atenção Básica em nível nacional (DAB I, 2019).

Nesse banco de dados foi possível encontrar o quantitativo de pacientes encaminhados para o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, ao longo do ano de 2017. Através dessa análise quantitativa foi permitido avaliar a condição da saúde bucal da comunidade de Santo Antônio visto que, os pacientes são direcionados ao CEO quando necessitam de tratamento de média e alta complexidade, procedimentos esses que não são realizados nas UBSs.

Além dos encaminhamentos, também foi possível ter acesso ao quantitativo dos procedimentos executados na Atenção Básica (UBS). Os procedimentos realizados pela equipe odontológica, dentro das Unidades Básicas de Saúde são: promoção e prevenção

à saúde bucal, prevenção de agravos, realização de diagnósticos, tratamento, acompanhamento e reabilitação da saúde bucal, atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares. A equipe odontológica também coordena e participa de ações coletivas com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar. (DAB II, 2019).

4.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. AVALIAÇÃO DOS COMPILADOS ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO

As respostas foram divididas em dois grupos, controle e teste. O grupo controle é composto por alunos das turmas 1001, 2001 e 2003 totalizando 65 alunos. Já o grupo teste é composto por alunos das turmas 3001, 3002 e 3003 totalizando 53 alunos. O total de alunos que contribuíram para a coleta de dados foi igual a 118.

A partir das respostas dos alunos do Ensino Médio (1ª, 2ª e 3ª séries), ao questionário odontológico que foi aplicado, foram realizadas as seguintes análises:

O gráfico 1, mostra as respostas dos alunos em relação a frequência da escovação dos dentes:

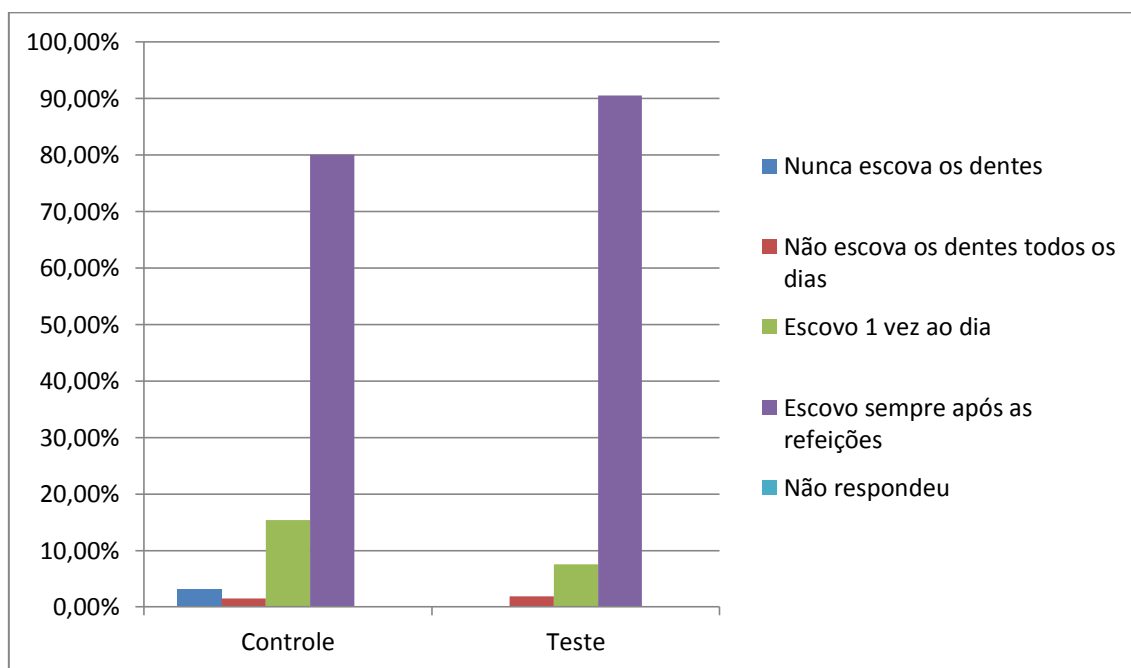


Gráfico 1: Frequência da escovação dos dentes.

No grupo controle 3,08% dos alunos responderam que nunca escovam os dentes; 1,53% dos alunos responderam que não escovam os dentes todos os dias; 15,36% dos alunos responderam que escovam os dentes 1 (uma) vez ao dia e 80% dos alunos responderam que escovam sempre após as refeições.

No grupo teste 1,88% dos alunos responderam que não escovam os dentes todos os dias; 7,54% dos alunos responderam que escovam os dentes 1 (uma) vez ao dia e 90,56% dos alunos responderam que escovam sempre após as refeições.

Mediante os resultados obtidos observa-se que, mesmo após a conversa esclarecedora a respeito da importância de manter uma higiene bucal de qualidade, que antecedeu à aplicação do questionário, 3,08% dos alunos do grupo controle responderam que nunca escovam os dentes, 1,53% dos alunos responderam que não escovam os dentes todos os dias e 15,36% dos alunos responderam que escovam somente 1 (uma) vez ao dia. Essas respostas sugerem que esses alunos não se preocupam com a saúde dos seus dentes e os possíveis malefícios ocasionados pela escovação inadequada. O desinteresse, talvez, possa estar relacionado com a falta de informação mais detalhada sobre esse assunto.

Já no grupo teste, observa-se que 1,88% dos alunos relataram não escovarem os dentes todos os dias e 7,54% dos alunos disseram que escovam somente 1 (uma) vez ao dia. Essas respostas sugerem que, a falta de informação, pode ser o principal motivo para que esses alunos não tenham o hábito de higienizarem os dentes sempre após as refeições. O motivo que leva a esse pensamento é o fato de que no grupo teste, não houve nenhuma conversa explicativa a respeito da importância de se manter uma saúde bucal de qualidade.

O gráfico 2, mostra as respostas dos alunos em relação ao uso do fio dental na higienização bucal:

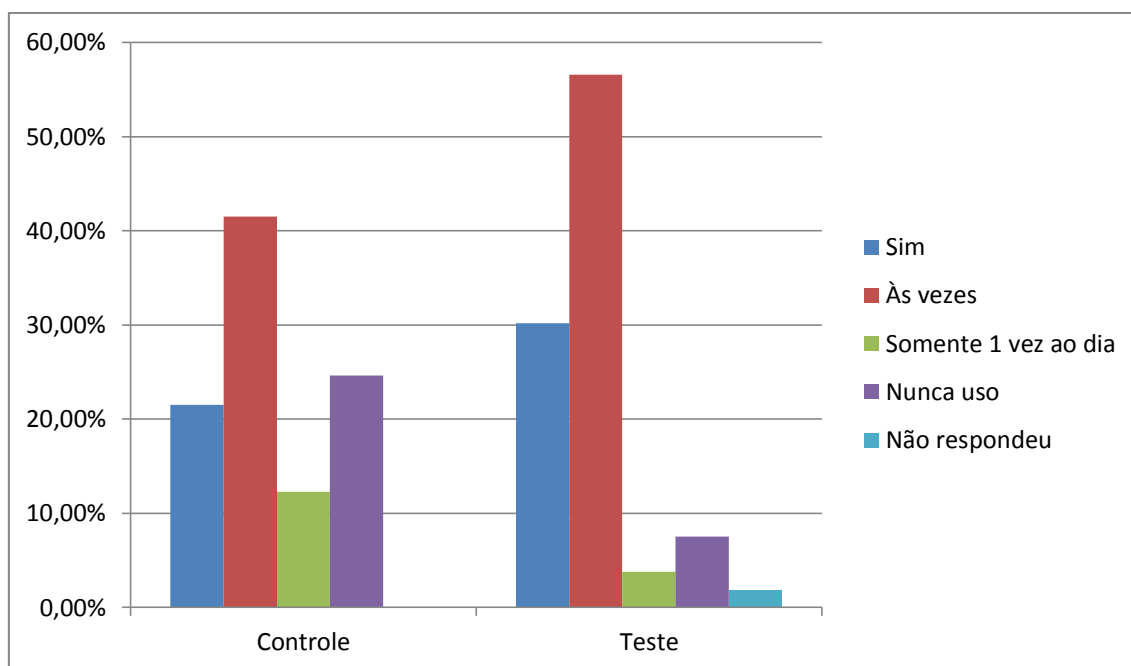


Gráfico 2: Uso do fio dental na higienização bucal.

No grupo controle 21,53% dos alunos responderam que usam o fio dental; 41,53% dos alunos responderam que às vezes usam o fio dental; 12,30% dos alunos responderam que usam o fio dental somente 1 (uma) vez ao dia e 24,61% dos alunos responderam que nunca usam o fio dental.

No grupo teste 30,18% dos alunos responderam que usam o fio dental; 56,60% dos alunos responderam que às vezes usam o fio dental; 3,77% dos alunos responderam que usam o fio dental somente 1 (uma) vez ao dia; 7,54% dos alunos responderam que nunca usam o fio dental e 1,88% dos alunos não responderam a pergunta.

Analisando os dados obtidos acima, observa-se que os alunos do grupo controle possuem um grande desinteresse pela qualidade da saúde bucal, além de não se preocuparem com os possíveis danos à saúde que a má higienização pode acarretar. Essa linha de pensamento é possível baseado na análise das respostas dadas pelos alunos que compõem o grupo teste. Visto que, nesse último grupo, não houve nenhuma intervenção explicativa a respeito da importância de se manter uma escovação dental adequada e mesmo assim, os alunos que compõem esse grupo, apresentaram respostas positivas quando comparadas com o grupo controle. Motivos que podem ser apontados para uma possível justificativa a essa diferença de resultados.

E a segunda justificativa pode estar relacionada com uma afirmação de Petry (2006), onde ele aponta que a resistência para o uso contínuo do fio dental pode ocorrer

devido à dificuldade no manuseio, a demora no procedimento e algumas lesões que podem ocorrer na boca, como o sangramento gengival. Na sua visão, essas são as principais causas para a recusa no uso do fio dental. O gráfico 3, mostra as respostas dos alunos em relação ao compartilhamento da escova dental:

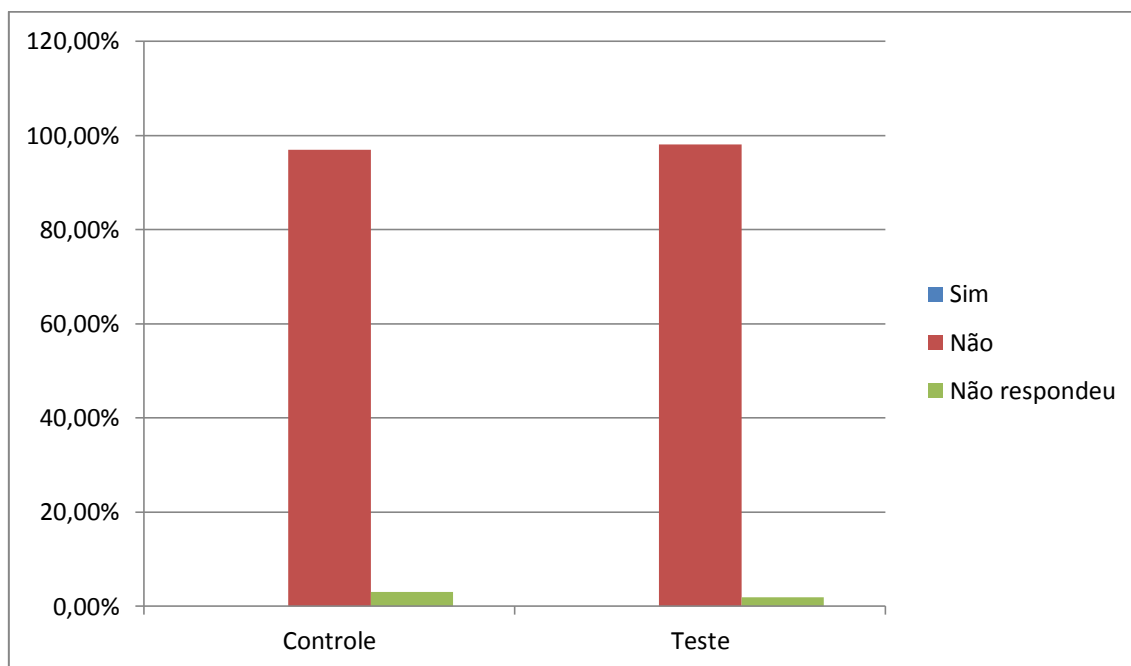


Gráfico 3: Compartilhamento da escova dental.

No grupo controle 96,92% dos alunos responderam que não compartilham a escova dental e 3,07% dos alunos não responderam a pergunta.

No grupo teste 98,11% dos alunos responderam que não compartilham a escova dental e 1,88% dos alunos não responderam a pergunta.

A partir das respostas recebidas, observa-se que nos dois grupos há a conscientização de que a escova de dente não deve ser compartilhada. O resultado obtido no grupo controle, onde 96,92% dos alunos relataram que não compartilham a escova, pode estar relacionado com a conversa que antecedeu à aplicação do questionário, conversa essa que teve como foco esclarecer possíveis dúvidas relacionadas com a escovação dental.

Já no grupo teste, uma possível explicação para o fato de que 98,11% dos alunos responderam que não compartilham a escova, pode estar relacionado com o pensamento de que essa ação é algo que causa a sensação de nojo, repulsa. Observação essa que, é possível baseado no fato de que esses alunos, não tiveram nenhuma orientação prévia sobre esse assunto.

Entretanto, observa-se que nos dois grupos, tiveram alunos que não responderam a pergunta. Sendo 3,07% dos alunos no grupo controle e 1,88% dos alunos no grupo teste. Essa ausência na resposta talvez seja explicada, pelo fato deles compartilharem a escova com outras pessoas, e terem sentido constrangidos com a pergunta realizada preferindo assim, omitirem a verdade.

O gráfico 4, mostra as respostas dos alunos em relação a frequência da troca da escova dental:

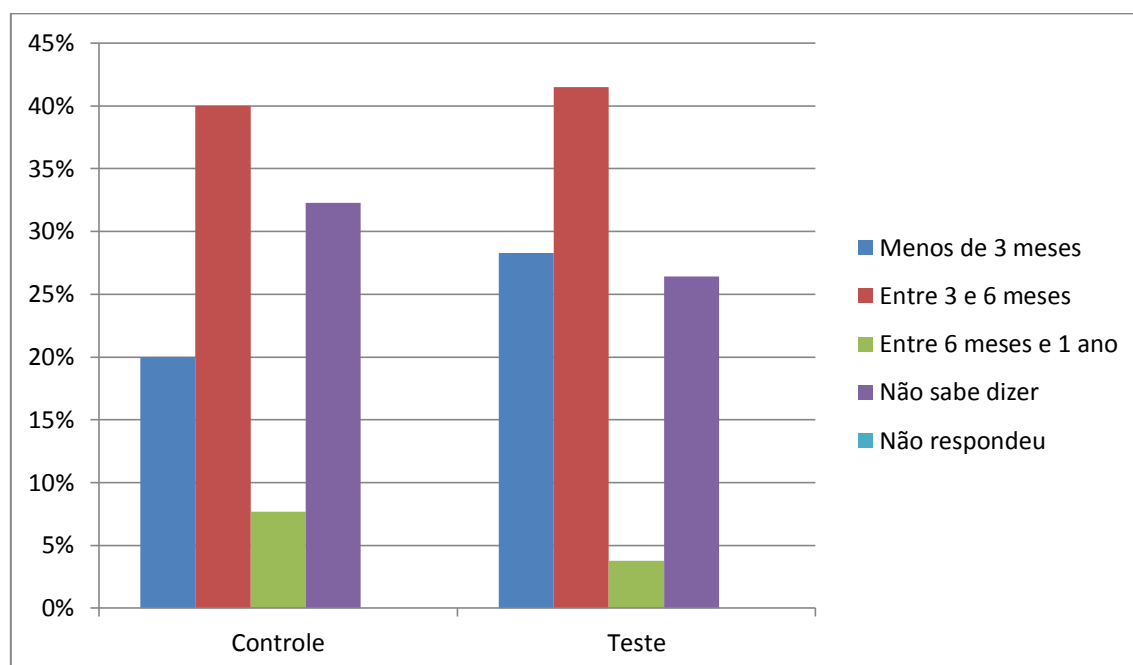


Gráfico 4: Frequência da troca da escova dental.

No grupo controle 20% dos alunos responderam que trocam a escova com menos de 3 (três) meses de uso; 40% dos alunos responderam que trocam a escova entre 3 (três) e 6 (seis) meses; 7,69% dos alunos responderam que trocam a escova entre 6 (seis) meses e 1 (um) ano e 32,30% dos alunos não souberam dizer.

No grupo teste 28,30% dos alunos responderam que trocam a escova com menos de 3 (três) meses de uso; 41,50% dos alunos responderam que trocam a escova entre 3 (três) e 6 (seis) meses; 3,77% dos alunos responderam que trocam a escova entre 6 (seis) meses e 1 (um) ano e 26,41% dos alunos não souberam dizer.

De posse dos resultados obtidos acima, observa-se que os alunos do grupo teste são mais conscientes, quanto à troca da escova de dente, do que os alunos do grupo controle. Essa observação só é possível de ser feita baseada no quantitativo das respostas obtidas nos dois grupos, onde o grupo teste apresenta uma resposta positiva

quando comparada ao resultado apresentado pelo grupo controle. Essa diferença de resultados leva a uma possível conclusão de que a falta de interesse é o principal fator para que o período de troca da escova dental seja negligenciado. Segundo Petry, a escova deve ser trocada a cada 3 (três) meses de uso, para manter sua capacidade de limpeza. (PETRY, 2006).

O gráfico 5, mostra as respostas dos alunos em relação a avaliação da saúde bucal:

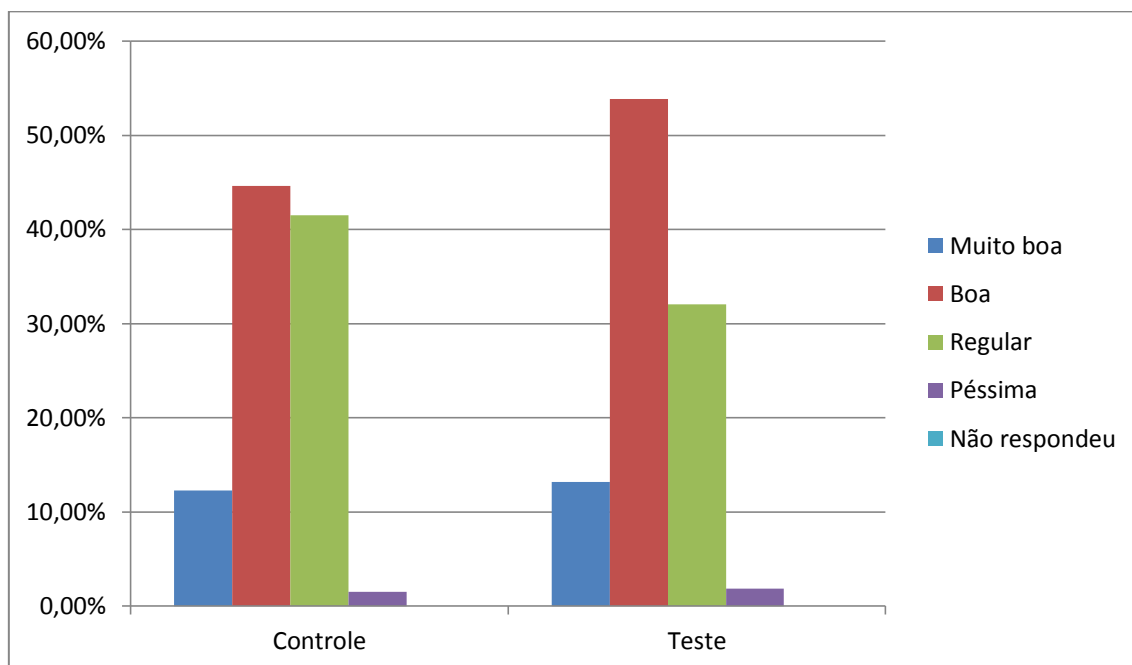


Gráfico 5: Avaliação da saúde bucal.

No grupo controle 12,30% dos alunos classificaram a saúde bucal como muito boa; 44,61% dos alunos classificaram a saúde bucal como boa; 41,53% dos alunos classificaram a saúde bucal como regular e 1,53% dos alunos classificaram a saúde bucal como péssima.

No grupo teste 13,20% dos alunos classificaram a saúde bucal como muito boa; 53,83% dos alunos classificaram a saúde bucal como boa; 32,07% dos alunos classificaram a saúde bucal como regular e 1,88% dos alunos classificaram a saúde bucal como péssima.

Os resultados apontam que os dois grupos conseguem avaliar, de maneira clara e fácil, a qualidade da saúde bucal. Visto que, somente 1,53% dos alunos no grupo controle e 1,88% dos alunos no grupo teste, classificaram a saúde bucal como péssima. Para o grupo controle, há duas possíveis explicações para o quantitativo encontrado. A

primeira pode estar relacionada com a conversa que antecedeu à aplicação do questionário, onde possíveis dúvidas foram esclarecidas. E a segunda explicação pode ter alguma relação com o fato de que, quando a saúde bucal não está adequada, sinais clínicos (mau hálito, sangramento ao escovar os dentes ou espontaneamente, espessa camada de saburra sobre o dorso da língua, grande quantidade de dentes cariados) de fácil percepção são identificados.

Já para o grupo teste, uma possível explicação para os resultados obtidos e a facilidade em classificar a saúde bucal, pode estar relacionada com a presença de sinais clínicos que surgem quando a escovação não é realizada da maneira correta.

O gráfico 6, mostra as respostas dos alunos em relação a frequência ao dentista:

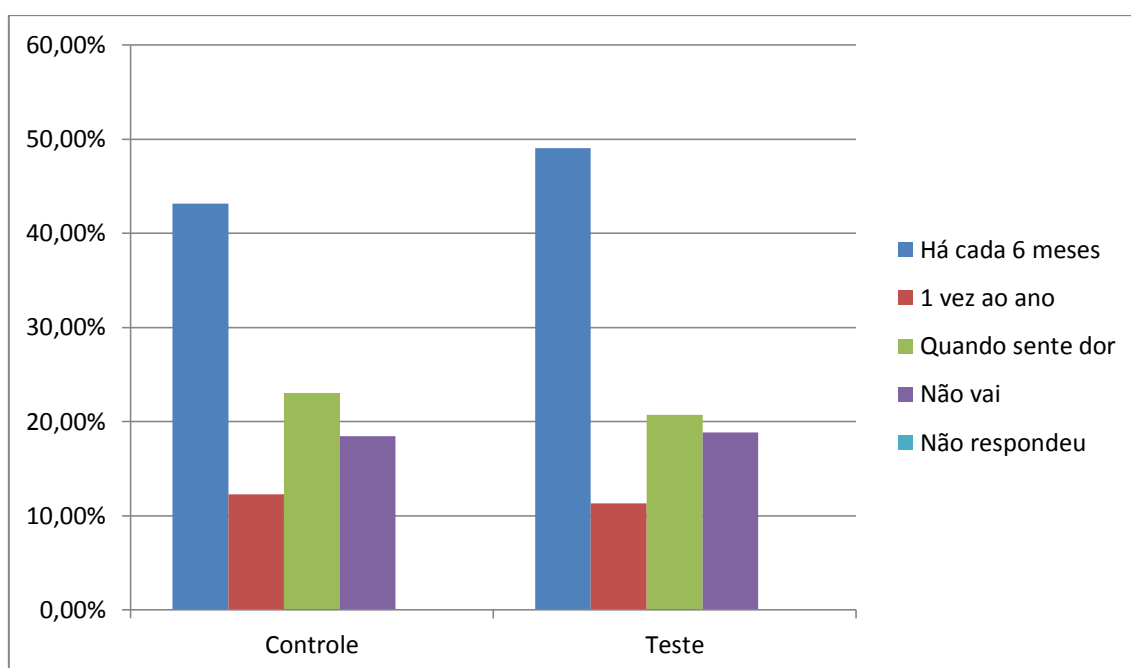


Gráfico 6: Frequência ao dentista.

No grupo controle 46,15% dos alunos responderam que vão ao dentista há cada 6 (seis) meses; 12,30% dos alunos responderam que vão ao dentista 1 (uma) vez ao ano; 23,07% dos alunos responderam que vão ao dentista quando sentem dor e 18,46% dos alunos responderam que não costumam ir ao dentista.

No grupo teste 49,05% dos alunos responderam que vão ao dentista há cada 6 (seis) meses; 11,32% dos alunos responderam que vão ao dentista 1 (uma) vez ao ano;

20,75% dos alunos responderam que vão ao dentista quando sentem dor e 18,86% dos alunos responderam que não costumam ir ao dentista.

A análise dos resultados, obtidos nos grupos acima mostram que mesmo tendo acesso as informações, não são todos os alunos que se preocupam com a periodicidade de irem ao dentista. Isso é observado no grupo controle, onde 23,07% dos alunos responderam que só vão ao dentista quando sentem alguma dor e 18,46% dos alunos responderam que não possuem o hábito de irem ao dentista. Esse quantitativo pode levar ao pensamento de que, os adolescentes só procuram ajuda quando o incômodo é demasiado ou então mesmo com a presença da dor, preferem não procurar atendimento odontológico, caracterizando um total desinteresse pela manutenção da qualidade da saúde bucal.

Já no grupo teste 20,75% dos alunos responderam que só vão ao dentista quando sentem dores, quantitativo inferior ao resultado encontrado no grupo controle. Os alunos que responderam que nunca vão ao dentista correspondem a 18,86%, valor um pouco maior quando comparado com o grupo controle. O fato deles não terem participado de nenhuma conversa explicativa, leva a uma possível conclusão de que esses alunos ainda se preocupam mais com a qualidade da saúde bucal, do que os alunos que compõem o primeiro grupo.

O gráfico 7, mostra as respostas dos alunos em relação a sentirem dores nos dentes e na gengiva ao se alimentarem:

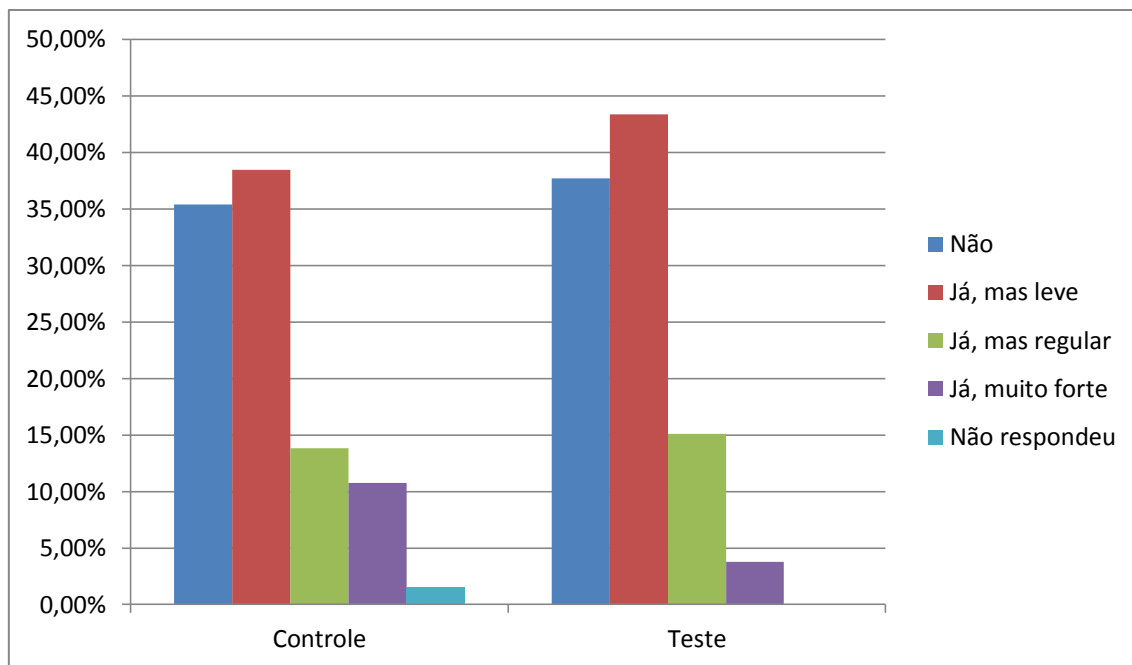


Gráfico 7: Sentir dor ao se alimentar.

No grupo controle 35,38% dos alunos responderam que nunca sentiram dores nos dentes ou na gengiva ao se alimentarem; 38,46% dos alunos responderam que já sentiram dores leves; 13,84% dos alunos responderam que já sentiram dores regulares; 10,76% dos alunos responderam que já sentiram dores muito fortes e 1,53% dos alunos não responderam a pergunta.

No grupo teste 37,73% dos alunos responderam que nunca sentiram dores nos dentes ou na gengiva ao se alimentarem; 43,39% dos alunos responderam que já sentiram dores leves; 15,09% dos alunos responderam que já sentiram dores regulares e 3,77% dos alunos responderam que já sentiram dores muito fortes.

De posse dos resultados observa-se que no grupo controle, 1,53% dos alunos deixaram a resposta em branco. O que leva a uma possível conclusão de que caso esse aluno, tenha tido algum episódio de dor de dente ou na gengiva ao se alimentar, ele não deu a importância necessária ao fato ocorrido.

Já no grupo teste, todos os alunos responderam a pergunta realizada. O que induz a pensar que caso algum aluno tenha apresentado algum caso de dor, esse episódio não foi passado despercebido.

O gráfico 8, mostra as respostas dos alunos em relação a necessidade de extraírem algum dente:

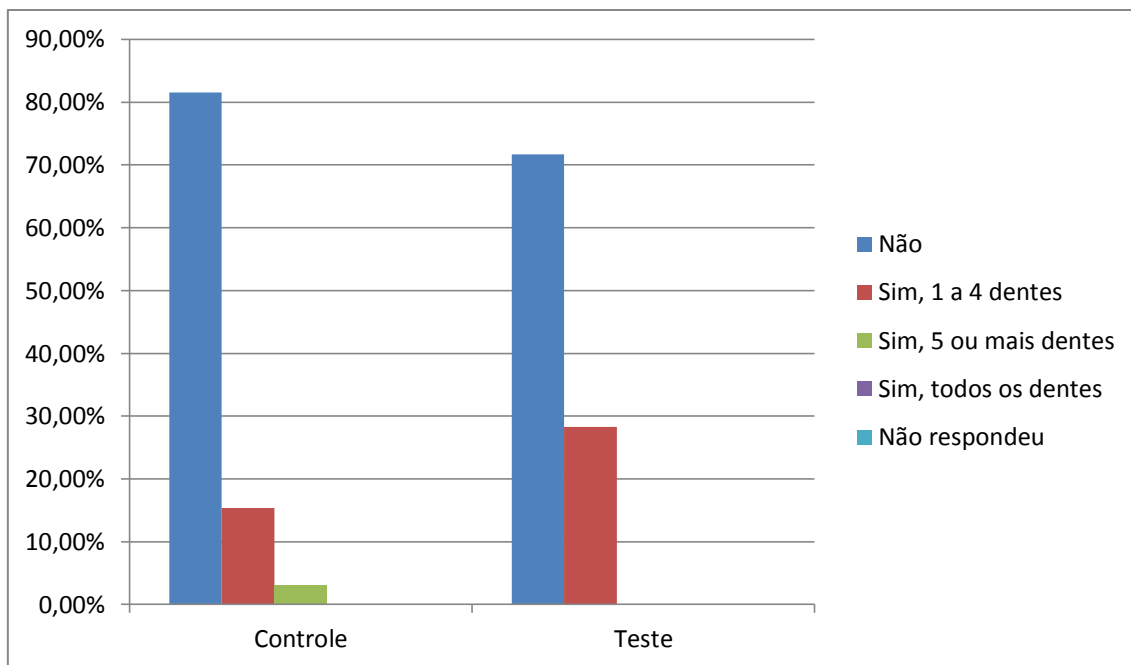


Gráfico 8: Exodontia de algum dente.

No grupo controle 81,53% dos alunos responderam que nunca extraíram nenhum dente; 15,38% dos alunos responderam que já extraíram 1 (um) a 4 (quatro) dentes e 3,07% dos alunos responderam que já extraíram 5 (cinco) ou mais dentes.

No grupo teste 71,69% dos alunos responderam que nunca extraíram nenhum dente e 28,30% dos alunos responderam que já extraíram de 1 (um) a 4 (quatro) dentes.

Os resultados obtidos demonstram que, no grupo controle poucos foram os alunos que já tiveram que extrair 5 (cinco) ou mais elementos dentários. Quantitativo esse que induz a uma possível conclusão de que a extração de um dente é esteticamente mais incômoda do que os problemas causados pela sua ausência, visto que a falta de um elemento dentário pode ocasionar problemas de maloclusão.

Já nos resultados do grupo teste, chama atenção o quantitativo de alunos que já extraíram de 1 (um) a 4 (quatro) elementos dentários. Esses números podem indicar que a extração tenha ocorrido com os dentes siso ou terceiro molar, já que é comum a exodontia desses órgãos dentários.

O gráfico 9, mostra as respostas dos alunos sobre sangramento gengival ao escovarem os dentes ou espontaneamente:

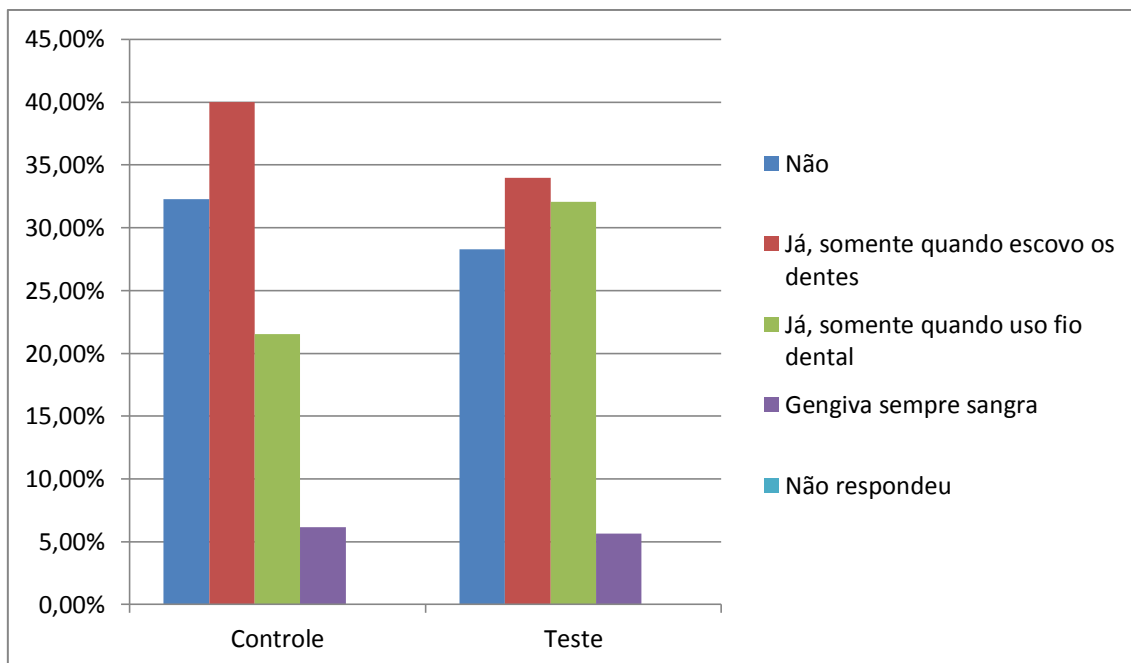


Gráfico 9: Sangramento nas gengivas ao escovar os dentes ou espontaneamente.

No grupo controle 32,30% dos alunos responderam que não apresentam sangramento ao escovarem os dentes ou espontaneamente; 40% dos alunos responderam que as gengivas sangram somente quando escovam; 21,53% dos alunos responderam que as gengivas sangram somente quando usam o fio dental e 6,15% dos alunos responderam que as gengivas sempre sangram.

No grupo teste 28,30% dos alunos responderam que não apresentam sangramento ao escovarem os dentes ou espontaneamente; 33,96% dos alunos responderam que as gengivas sangram somente quando escovam; 32,07% dos alunos responderam que as gengivas sangram somente quando usam o fio dental e 5,66% dos alunos responderam que as gengivas sempre sangram.

Os resultados apresentados pelo grupo controle, onde 40% dos alunos relataram que as gengivas sangram quando escovam os dentes, 21,53% dos alunos responderam que as gengivas sangram quando usam fio dental e 6,15% responderam que o sangramento é espontâneo, levam as seguintes, possíveis, conclusões de que o sangramento durante o ato de escovar os dentes e ao passar o fio dental pode estar relacionado com dois fatores: primeiro com a força excessiva que pode ser empregada durante a higienização e segundo com a falta de cuidado necessário com a saúde bucal. Já os alunos que disseram ter sangramento espontâneo, uma possível causa é o desinteresse em realizar uma eficiente e correta higienização bucal.

Já no grupo teste, o quantitativo apresentado para as respostas referentes ao sangramento gengival quando escovam os dentes, sangramento somente quando usam o fio dental e para o sangramento espontâneo, pode estar relacionado com três fatores sendo o primeiro a força exercida durante a escovação e o uso do fio dental, segundo pela falta de informação a respeito desse tema e por último, uma saúde bucal de inadequada, fator esse que acaba sendo uma consequência da falta de informação.

O gráfico 10, mostra as respostas dos alunos em relação à ingestão excessiva de açúcar:

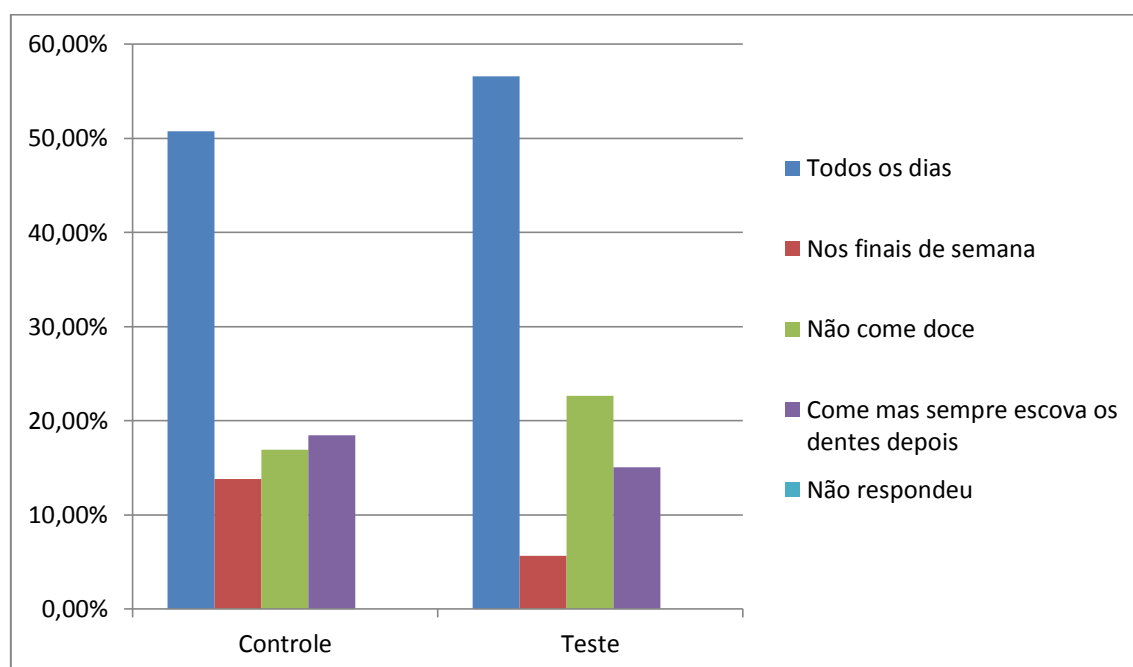


Gráfico 10: Ingestão excessiva de açúcar.

No grupo controle 50,76% dos alunos responderam que ingere muito açúcar todos os dias; 13,84% dos alunos responderam que ingere doce só nos finais de semana; 16,92% dos alunos responderam que não come doce e 18,46% dos alunos responderam que ingere muito doce, mas sempre escovam os dentes depois.

No grupo teste 56,60% dos alunos responderam que ingere muito açúcar todos os dias; 5,66% dos alunos responderam que ingere doce só nos finais de semana, 22,64% dos alunos responderam que não come doce e 15,09% dos alunos responderam que ingere muito doce, mas sempre escovam os dentes depois.

Os dados obtidos revelam que mesmo diante das informações passadas, relativas ao consumo excessivo de doces, grande foi o quantitativo de alunos, que no grupo controle, responderam ingerir uma quantidade grande de doces todos os dias. Número

esse muito superior aos alunos que responderam que ingerir muito doce, mas sempre escovam os dentes. Essa diferença de quantitativo mostra que, mesmo estando cientes dos possíveis problemas que a ingestão excessiva de doces, pode ocasionar os alunos não demonstram nenhuma preocupação com sua saúde bucal.

Já no grupo teste, observa-se que a grande maioria dos alunos respondeu que ingere muito doce diariamente. Esse resultado pode ser explicado pelo fato desses alunos não terem participado da conversa explicativa e por não terem o acesso necessário às informações sobre esse tema.

O gráfico 11, mostra as respostas dos alunos em relação ao hábito de escovarem a língua:

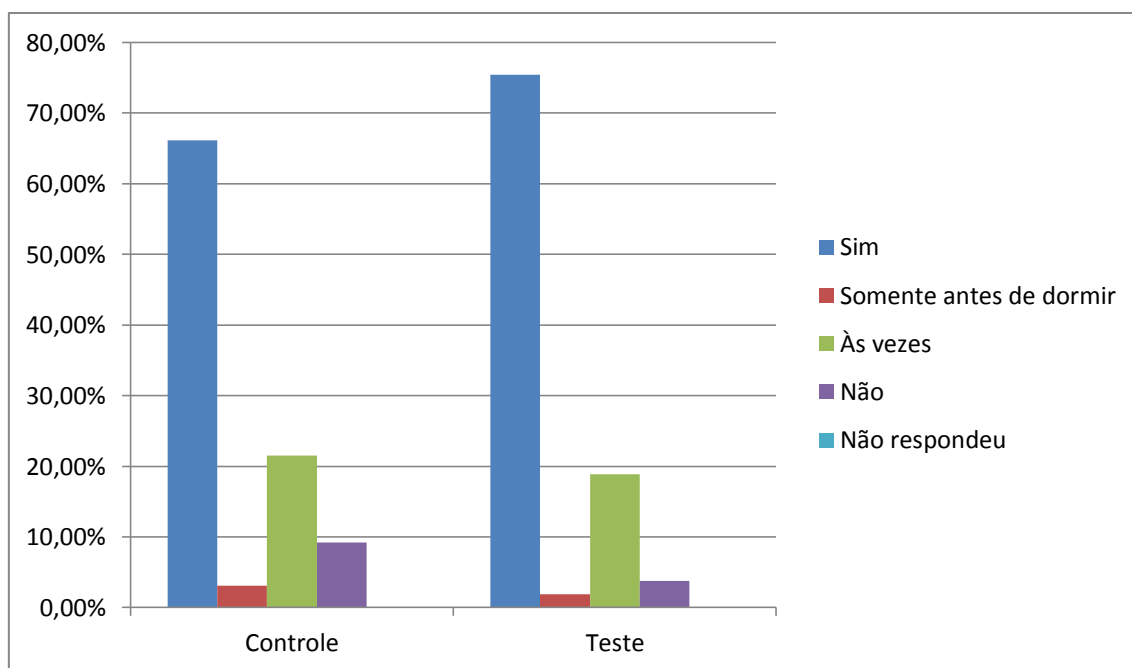


Gráfico 11: Hábito de escovar a língua.

No grupo controle 66,15% dos alunos responderam que possuem o hábito de escovarem a língua; 3,07% dos alunos responderam que escovam a língua somente antes de dormir; 21,53% dos alunos responderam que às vezes escovam a língua e 9,23% dos alunos responderam que não possuem o hábito de escovarem a língua.

No grupo teste 75,47% dos alunos responderam que possuem o hábito de escovarem a língua; 1,88% dos alunos responderam que escovam somente antes de dormir; 18,86% dos alunos responderam que às vezes escovam a língua e 3,77% dos alunos responderam que não possuem o hábito de escovarem a língua.

Nos dados apresentados por esse gráfico, chama a atenção a grande quantidade de alunos que possuem o hábito de escovarem a língua, tanto no grupo controle como no grupo teste. Embora nos dois grupos tenham respostas sobre a pouca frequência ou a ausência desse hábito, a maior parte dos alunos apresentam a consciência de que a língua também deve ser higienizada. Para o grupo controle, uma possível explicação é a conversa esclarecedora que eles tiveram antes de responderem o questionário.

Já no grupo teste, uma possível explicação é o mau hálito presente na cavidade bucal e a camada branca que fica depositada no dorso da língua. Dois fatores que causam grande desconforto, principalmente entre os adolescentes.

O gráfico 12, mostra as respostas dos alunos em relação ao hábito de usarem objetos para limparem os dentes:

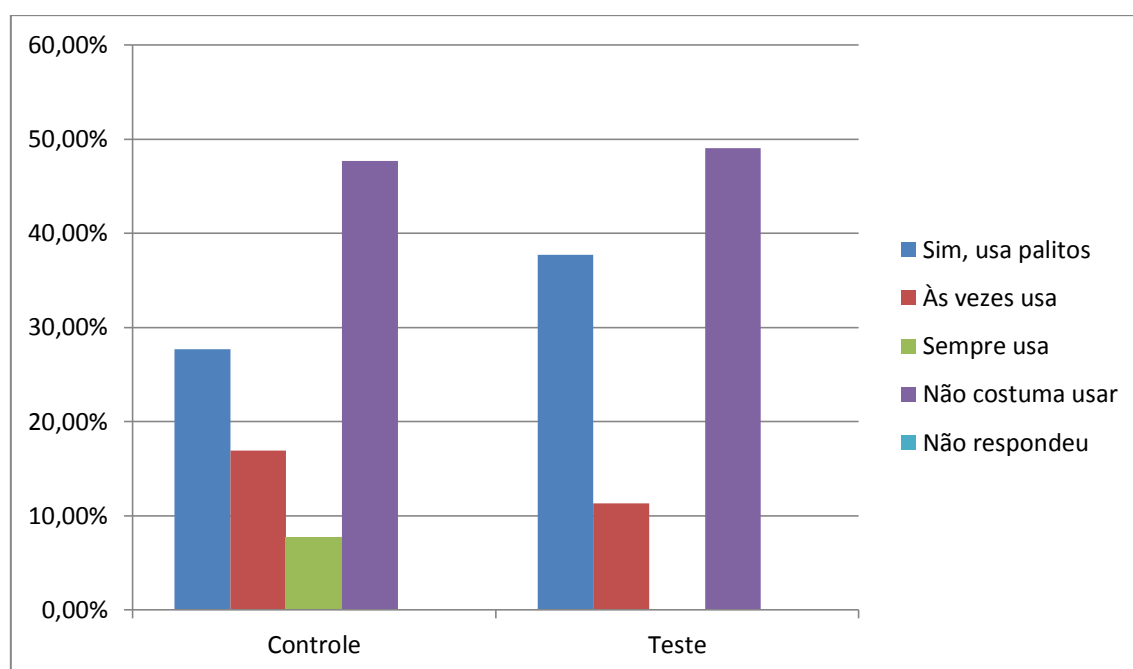


Gráfico 12: Hábito de usar objetos (palitos, ponta de caneta, pontas de garfo ou faca) para limpar os dentes.

No grupo controle 27,69% dos alunos responderam que usam palitos para limparem os dentes; 16,92% dos alunos responderam que às vezes usam objetos para limparem os dentes; 7,69% dos alunos responderam que sempre usam objetos para limparem os dentes e 47,69% dos alunos responderam que não possuem o hábito de usarem objetos para limparem os dentes.

No grupo teste 37,73% dos alunos responderam que usam palitos para limparem os dentes; 11,32% dos alunos responderam que às vezes usam objetos para limparem os

dentos e 49,05% dos alunos responderam que não possuem o hábito de usarem objetos para limparem os dentes.

Embora o grupo teste tenha apresentado uma quantidade expressiva de alunos que relataram usarem palitos para limpar os dentes, observa-se nos dois gráficos que a grande maioria dos alunos respondeu não possuírem esse hábito. No grupo controle esse índice pode ser interpretado por dois motivos, primeiro devido à conversa esclarecedora onde esse tema foi abordado e segundo porque em algum momento da vida, os alunos podem ter tido alguma experiência desagradável (cortes na gengiva ao usarem palitos, tampas de caneta dentre outros objetos) ao limpar os dentes com objetos diferentes à escova dental e o fio dental. O segundo motivo supracitado, pode ser uma possível explicação para as respostas obtidas pelos alunos do grupo teste.

Analisando os dados obtidos no questionário odontológico, cuja as respostas são dos alunos do Ensino Médio (1ª, 2ª e 3ª séries) do Colégio Estadual Bezerra de Menezes, tem-se que dos 118 (cento e dezoito) alunos que participaram da coleta de dados, 40 (quarenta) alunos deixaram algumas perguntas sem respostas, esse quantitativo corresponde à 33,9%.

Foram 4 (quatro) questões que ficaram sem as respostas dos alunos supracitados, são elas:

Questão 02 - Você usa fio dental para fazer a higienização bucal?

() Sim () Às vezes () Somente 1 vez ao dia () Nunca uso

Questão 03 – Você compartilha sua escova dental? Se sim, com quantas pessoas?

Resposta.:

Questão 04 – Com que frequência você troca sua escova dental por uma nova?

() Com menos de 3 meses () Entre 3 meses e menos de 6 meses

() Entre 6 meses e menos de 1 ano () Não sei dizer

Questão 07 - Você já sentiu, no dente ou na gengiva, alguma dor ao se alimentar?

() Não () Já, mas leve () Já, mas regular () Já, muito forte

Os 40 (quarenta) alunos que não responderam as perguntas supracitadas estão distribuídos da seguinte maneira:

- Turma 1001 composta por 27 (vinte e sete) alunos, nos quais 2 (dois) alunos não responderam a questão 03 e 10 (dez) alunos não responderam a questão 04;

- Turma 2001 composta por 19 (dezenove) alunos, nos quais 4 (quatro) alunos não responderam a questão 04;
- Turma 2003 composta por 19 (dezenove) alunos, nos quais 7 (sete) alunos não responderam a questão 04 e 1 (um) aluno não respondeu a questão 07;
- Turma 3001 composta por 16 (dezesesseis) alunos, nos quais 6 (seis) alunos não responderam a questão 04;
- Turma 3002 composta por 25 (vinte e cinco) alunos, nos quais 1 (um) aluno não respondeu a questão 03 e 4 (quatro) alunos não responderam a questão 04;
- Turma 3003 composta por 12 (doze) alunos, nos quais 1 (um) aluno não respondeu a questão 02 e 4 (quatro) alunos não responderam a questão 04.

Ao observar respostas em branco, dos 65 (sessenta e cinco) alunos que compõem o grupo controle, leva a duas possíveis conclusões: a primeira de que esses alunos não tiveram interesse em responder as questões apresentadas e a segunda de que eles não possuem o conhecimento necessário sobre a importância da higienização bucal.

As mesmas conclusões podem ser obtidas para o quantitativo em branco das respostas dos 53 (cinquenta e três) alunos que compõem o grupo teste. Apesar desses alunos, terem sido usados para teste, antes da aplicação do questionário, todas as questões foram lidas e explicadas, para que possíveis dúvidas de interpretação fossem esclarecidas.

A questão 03, que fala sobre o compartilhamento da escova dental, chama atenção o fato de 3 (três) alunos não terem respondido. Por ser uma questão muito objetiva, de fácil compreensão, sugere que os alunos possuem o hábito de compartilharem a escova dental e por motivos de constrangimento, optaram por não responderem a pergunta que foi realizada.

O hábito de compartilhar escova dental é muito comum na sociedade, muitas pessoas não possuem o conhecimento sobre os riscos que correm ao dividirem a mesma escova de dente. Compartilhar escova dental pode favorecer o desenvolvimento de várias doenças infecciosas. (ABO, 2019).

4.2. AVALIAÇÃO DOS LIVROS DIDÁTICOS

Para essa etapa do trabalho foram avaliados os seguintes livros didáticos, sendo os livros I, II e III os exemplares utilizados no colégio e os demais livros, IV ao VII, os exemplares não usados no colégio:

- I) Ser Protagonista – Biologia – Ensino Médio, 1º ano. Organizadores: Fernando Santiago dos Santos, João Batista Vicentin Aguilar e Maria Martha Argel de Oliveira. 1ª ed. São Paulo: Edições SM, 2010.
- II) Ser Protagonista – Biologia – 2º ano, Ensino Médio/Obra Coletiva, concebida, desenvolvida e produzida por Edições SM; editora responsável Tereza Costa Osorio. – 2ª ed. – São Paulo: Edições SM, 2013. Coleção Ser Protagonista; 2.
- III) Ser Protagonista – Biologia – Ensino Médio, 3º ano. Organizadora Edições SM – obra coletiva concebida, desenvolvida e produzida por edições SM – Editora responsável Tereza Costa Osorio.
- IV) Bio – vol. 3 – Sonia Lopes e Sergio Rosso – Editora Saraiva – Componente Curricular Biologia – 3º ano – Ensino Médio – 2ª ed. – São Paulo, 2013.
- V) Biologia Moderna – Amabis e Martho – José Mariano Amabis e Gilberto Rodrigues Martho – Ed. Moderna – Manual do Professor – 1º ano – 1ª ed. – São Paulo, 2016.
- VI) Biologia Moderna – Amabis e Martho – José Mariano Amabis e Gilberto Rodrigues Martho – Ed. Moderna – Manual do Professor – 2º ano – 1ª ed. – São Paulo, 2016.
- VII) Biologia Moderna – Amabis e Martho – José Mariano Amabis e Gilberto Rodrigues Martho – Ed. Moderna – Manual do Professor – 3º ano – 1ª ed. – São Paulo, 2016.

Cada livro foi avaliado minuciosamente e através dessa análise foi possível observar que somente o livro, Biologia Moderna – Amabis e Martho – José Mariano Amabis e Gilberto Rodrigues Martho – Ed. Moderna – Manual do Professor – 2º ano – 1ª ed. – São Paulo, 2016. Apresenta em seu Capítulo 10 – Nutrição, respiração, circulação e excreção, subcapítulo 10.1 Nutrição humana, itens Digestão na boca e deglutição, p.202 e Digestão no estômago, p.203 uma ilustração da estrutura dentária a cavidade bucal.

Um fator, que pode explicar, a ocorrência das respostas em branco está relacionada com o material didático utilizado pelo colégio. Em análises realizadas, foi possível observar que somente o exemplar supracitado, mencionou a estrutura dentária e a cavidade bucal. Entretanto, nenhuma abordagem foi feita sobre a higienização dos dentes e a relação com o funcionamento do corpo.

A falta de informação a respeito da importância de se manter uma higienização bucal de qualidade é a principal responsável pelos índices de problemas específicos da cavidade oral assim como problemas mais sérios que podem comprometer o funcionamento correto do corpo humano.

Não mencionar a relação existente entre a saúde bucal e o funcionamento do corpo humano em livros de ensino médio pode ter influenciado nos resultados encontrados. Por ser um material que aborda capítulos sobre corpo humano e ser utilizado com adolescentes, à abordagem sobre a importância de se manter uma higienização bucal de qualidade, se faz muito necessária para a conscientização e disseminação desse assunto por parte dos alunos. Visto que esse seria outro meio de propagar, até mesmo para outras parcelas da sociedade, a importância de se manter uma correta e constante higienização bucal.

4.3. AVALIAÇÃO DOS DADOS DE ENCAMINHAMENTOS PARA O CEO

A tabela abaixo representa o quantitativo de pacientes que foram encaminhados, ao longo do exercício de 2017, pela Unidade Básica de Saúde – UBS Tertulino de Queiroz, para o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, local onde são realizados procedimentos de média e alta complexidade.

ENCAMINHAMENTOS PARA O CEO EM 2017	
Especialidades	Quantidade
Atendimento a pacientes com necessidades especiais	3
Cirurgia BMF (extração de siso)	65
Endodontia	26
Estomatologia	4
Odontopediatria	8
Ortodontia/Ortopedia	12
Periodontia	8
Prótese dentária	28
Radiologia	51
Outros (psicólogo, cardiologista, ATM)	3

Tabela 4: Quantitativo de encaminhamentos para o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas).

- Atendimento a pacientes com necessidades: especialidade responsável pelo atendimento a pacientes com deficiência física, mental e intelectual;
- Cirurgia BMF (extração de siso): especialidade responsável por cirurgias de difícil manobra;
- Endodontia: especialidade responsável pelo tratamento do canal radicular;
- Estomatologia: especialidade responsável pelo estudo da anatomia bucal e todas as suas alterações;
- Odontopediatria: especialidade responsável pelo tratamento em crianças;
- Ortodontia / Ortopedia: especialidade responsável pela correção dos dentes e dos ossos maxilares;
- Periodontia: especialidade responsável pelo estudo e tratamento das doenças do periodonto (osso alveolar);
- Prótese dentária: especialidade responsável pela reabilitação oral;
- Radiologia: especialidade responsável pelo registro fotográfico da cavidade bucal;
- Outros (ATM): especialidade responsável pelo tratamento das disfunções da articulação temporomandibular.

De acordo com a tabela acima, os encaminhamentos liberados aos pacientes, no decorrer do ano de 2017, ocorreu da seguinte maneira:

- 3 (três) pacientes foram encaminhados para especialidade de Pacientes com necessidades especiais, sendo 1 (um) paciente no mês de Outubro e 2 (dois) pacientes no mês de Dezembro;
- 65 (sessenta e cinco) pacientes foram encaminhados para a especialidade Cirurgia BMF (extração de siso), sendo 1 (um) paciente no mês de Março, 4 (quatro) pacientes no mês de Abril, 4 (quatro) pacientes no mês de Maio, 8 (oito) pacientes no mês de Junho, 6 (seis) pacientes no mês de Julho, 8 (oito) pacientes no mês de Agosto, 11 (onze) pacientes no mês de Setembro, 8 (oito) pacientes no mês de Outubro, 11 (onze) pacientes no mês de Novembro e 4 (quatro) pacientes no mês de Dezembro;
- 26 (vinte e seis) pacientes foram encaminhados para a especialidade Endodontia, sendo 2 (dois) pacientes no mês de Março, 2 (dois) pacientes no mês de Abril, 3 (três) pacientes no mês de Maio, 5 (cinco) pacientes no mês de Junho, 2 (dois) pacientes no mês de Julho, 6 (seis) pacientes no mês de Agosto, 1 (um) paciente no mês de Setembro, 3 (três) pacientes no mês de Outubro, 1 (um) paciente no mês de Novembro e 1 (um) paciente no mês de Dezembro;
- 4 (quatro) pacientes foram encaminhados para a especialidade Estomatologia, sendo 3 (três) pacientes no mês de Junho e 1 (um) paciente no mês de Outubro;
- 8 (oito) pacientes foram encaminhados para a especialidade Odontopediatria, sendo 1 (um) paciente no mês de Julho, 2 (dois) pacientes no mês de Setembro, 2 (dois) pacientes no mês de Outubro, 1 (um) paciente no mês de Novembro e 2 (dois) pacientes no mês de Dezembro;
- 12 (doze) pacientes foram encaminhados para a especialidade Ortodontia / Ortopedia, sendo 3 (três) pacientes no mês de Abril, 2 (dois) pacientes no mês de Maio, 1 (um) paciente no mês de Junho, 1 (um) paciente no mês de Julho, 3 (três) pacientes no mês de Agosto, 1 (um) paciente no mês de Setembro e 1 (um) paciente no mês de Outubro;
- 8 (oito) pacientes foram encaminhados para a especialidade Periodontia, sendo 1 (um) paciente no mês de Março, 1 (um) paciente no mês de Abril, 2 (dois) pacientes no mês de Maio e 4 (quatro) pacientes no mês de Agosto;
- 28 (vinte e oito) pacientes foram encaminhados para a especialidade Prótese dentária, sendo 6 (seis) pacientes no mês de Maio, 2 (dois) pacientes no mês de Junho, 1 (um) paciente no mês de Julho, 5 (cinco) pacientes no mês de Agosto, 4

(quatro) pacientes no mês de Setembro, 3 (três) pacientes no mês de Outubro e 7 (sete) pacientes no mês de Novembro;

- 51 (cinquenta e um) pacientes foram encaminhados para a especialidade Radiologia, sendo 9 (nove) pacientes no mês de Março, 7 (sete) pacientes no mês de Abril, 6 (seis) pacientes no mês de Maio, 4 (quatro) pacientes no mês de Junho, 6 (seis) pacientes no mês de Julho, 8 (oito) pacientes no mês de Agosto, 7 (sete) pacientes no mês de Setembro, 1 (um) paciente no mês de Outubro, 1 (um) paciente no mês de Novembro e 2 (dois) pacientes no mês de Dezembro;
- 3 (três) pacientes foram encaminhados para a especialidade Outros, sendo 1 (um) paciente no mês de Janeiro, 1 (um) paciente no mês de Setembro e 1 (um) paciente no mês de Dezembro.

Os Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs são estabelecimentos de saúde classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Eles estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes atendimentos:

- Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção de câncer de boca;
- Periodontia especializada;
- Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- Endodontia;
- Atendimento a portadores de necessidades especiais.

O tratamento oferecido no CEO é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica – UBS, e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, esses procedimentos são realizados pelas equipes de saúde bucal. Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas em casos mais complexos. (BRASIL, 2018).

Quando a escovação é deficiente, vários problemas de saúde podem ser ocasionados, sejam eles específicos da região bucal como: halitose ou mau hálito, cárie, problema periodontal, dentre outros ou até mesmo problemas graves de saúde como: problemas cardíacos (endocardite bacteriana), problema neurológico (esse tipo de complicação é incomum, mas pode ocorrer devido à comunicação anatômica entre a maxila e as partes mais nobres da cabeça), problemas articulares (as complicações

apresentadas na recuperação de lesões musculares e cirurgias ortopédicas estão relacionadas com focos infecciosos, oriundos de doenças periodontais ou tratamentos endodônticos inacabados). (LOBAS *et al*, 2006; TAVARES, 2006; ASSIS, 2013; CINTRA, 2015; CARVALHO, 2017; FURTADO, 2017).

Sendo assim e analisando o quantitativo de pacientes encaminhados, pela UBS – Tertulino de Queiroz, para o Centro de Especialidades Odontológicas, é possível observar que os maiores problemas de saúde bucal encontrados na comunidade de Santo Antônio estão, possivelmente, relacionados com a má higienização bucal. Visto que, uma higienização inadequada pode resultar em problemas mais sérios que necessitam de tratamento especializado.

Essa observação é possível porque as especialidades que apresentaram o maior quantitativo de pacientes encaminhados, ao longo de 2017, foram Radiologia com 51 (cinquenta e um) encaminhamentos liberados, confecção de Prótese dentária com 28 (vinte e oito) encaminhamentos liberados e Endodontia com 26 (vinte e seis) encaminhamentos liberados.

5.0 CONCLUSÃO

Mediante os dados obtidos após aplicação do questionário odontológico, aos alunos do Ensino Médio (1^a, 2^a e 3^a séries), do Colégio Estadual Bezerra de Menezes, conclui-se que a falta de informação a respeito da importância de se manter uma higienização bucal de qualidade é a principal responsável pelos índices de problemas específicos da cavidade bucal assim como problemas mais sérios que podem comprometer o funcionamento correto do corpo humano.

Através dos resultados apresentados, percebe-se que há uma necessidade em se abordar com mais detalhes e frequência o assunto saúde bucal, assim como a sua relação com o correto funcionamento do organismo. Abordagem essa que pode ser realizada em parceria com a equipe odontológica, responsável pela comunidade do bairro de Santo Antônio, local onde está situado o Colégio Estadual Bezerra de Menezes.

Realizar essa parceria se torna fundamental porque os livros didáticos utilizados no colégio não apresentam nenhum capítulo que mencione esse tema. Ter um capítulo que mencionasse essa relação é de extrema necessidade para a conscientização e disseminação desse assunto por parte dos alunos. Visto que seria um outro meio de propagar, até mesmo para outras parcelas da sociedade, a importância de se manter uma correta e constante higienização bucal.

Levar esse assunto para além do ambiente escolar também se faz necessário porque, mediante os dados coletados do e-SUS AB 2017, que consiste em um banco de dados com todas as informações a respeito de ações realizadas na UBS, incluindo o quantitativo de encaminhamentos liberados aos pacientes da comunidade de Santo Antônio para o CEO, foi possível perceber que as especialidades que receberam o maior quantitativo de encaminhamentos foram Radiologia, Prótese dentária e Endodontia, respectivamente. Quantitativo esse que corrobora com a ideia de que a realização de uma adequada higiene bucal previne e/ou evita problemas específicos da cavidade bucal assim como futuramente, problemas mais severos que podem atingir várias áreas do corpo humano.

A relação que existe entre a saúde bucal e o funcionamento do corpo humano é um tema que pode e deve ser levantado em toda a sociedade. Essa abordagem pode ser

realizada em diversos espaços físicos tais como sala de espera da UBS, salão paroquial, associação de moradores, praças públicas, centros culturais e ambiente escolar.

A redução dos índices de problemas bucais na comunidade de Santo Antônio, assim como a diminuição do quantitativo de encaminhamentos liberados para o CEO, pela equipe de saúde bucal da UBS – Tertulino de Queiroz, só será possível se o colégio passar a abordar de forma mais detalhada, o tema saúde bucal. Além disso, outra ferramenta para prevenir futuros problemas da cavidade oral é adotar materiais didáticos e metodologias onde esse assunto seja apresentado e discutido.

A escola pode ser considerada um excelente meio de propagação desse tema, pois é um ambiente formador de opiniões. Disseminar esse assunto faz com que problemas sérios de saúde sejam amenizados e evitados.

6.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABO, Associação Brasileira de Odontologia. Disponível em: <<https://www.abo.org.br/noticia/8-erros-que-cometemos-na-hora-de-conservar-e-guardar-a-escova-de-dentes>> Acesso em: 10 de fevereiro de 2019.

ALBUQUERQUE, Ana Carolina Lyra *et al.* Diagnóstico e Tratamento de Mucocele Labial: Relato de Caso. 2015. Disponível em: <<http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeficiencia/index.php/RSC-UFCG/article/viewFile/217/148>> Acesso em: 08 de fevereiro de 2019.

ASSIS, Cintia de. Os rumos da Odontologia do Esporte no Brasil. 2013, p.160. Disponível em: <revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/download/501/383> Acesso em: 22 de março de 2018.

BRASIL. Brasil Sorridente. Disponível em:

<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=cidades_bs>> Acesso em: 06 de abril de 2018.

BRENER, Sylvie *et al.* Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. 2007, p.63. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_53/v01/pdf/revisao4.pdf> Acesso em: 08 de fevereiro de 2019.

CARVALHO, Juliana Meira Vieira de. Odontologia esportiva: a saúde bucal voltada para atletas. 2017. Disponível em: <<http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2254/Juliana%20Meira%20Vieira%20de%20Carvalho%20-%20Odontologia%20esportiva%20a%20sa%C3%BAde%20bucal%20voltada%20para%20atletas.pdf?sequence=1>> Acesso em: 23 de março de 2018.

CINTRA, Juliana Nascimento. O risco de Endocardite Bacteriana no Tratamento Endodôntico. 2015, p.169. Disponível em: <<<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/735/693>>> Acesso em: 22 de março de 2018.

DAB I, Departamento de Atenção Básica e-SUS AB. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/o_que_e_esus_ab.php> Acesso em: 10 de fevereiro de 2019.

DAB II, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=cirurgiao_dentista> Acesso em: 10 de fevereiro de 2019.

FERNANDES, Marcelo Ramos; FERNANDES, Marcio Ramos; FERNANDES, Roberto Ramos. Guia Completo da Saúde Bucal. vols.1 e 2. Grupo Saúde e Vida. São Paulo, 2004.

FURTADO, Thyago. Especialista explica infecção de Renata Banhara. Disponível em: <<https://revistaquem.globo.com/QUEM-News/noticia/2017/04/especialista-explica-infeccao-de-renata-banhara-que-intrigou-leitores.html>> Acesso em 25 de março de 2018.

IBGE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/paraiba-do-sul.html?>> Acesso em: 09 de fevereiro de 2019.

LIMA, Antônio Adilson Soares de *et al.* Tratamento das ulcerações traumáticas bucais causadas por aparelhos ortodôntico. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dpress/v10n5/a05v10n5.pdf>> Acesso em: 08 de fevereiro de 2019.

LOBAS, Cristiane F. Saes *et al.* THD e ACD – Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário – Odontologia de Qualidade. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2006.

MAIA, Haline Cunha de Medeiros *et al.* Lesões orais potencialmente malignas: correlações clínico – patológicas. 2016, p.35 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v14n1/pt_1679-4508-eins-14-1-0035.pdf> Acesso em: 08 de fevereiro de 2019.

MORAES, Lucas Paulus. HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA RELACIONADA AO USO DE PRÓTESE. 2015. Disponível em: <<http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1487/Lucas%20Paulus%20Moraes%20-%20Hiperplasia%20fibrosa%20inflam%20relacionada%20ao%20uso%20de%20pr%C3%B3tese.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 08 de fevereiro de 2019.

ORTEGA, Karem López. THD e ACD – Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário – Odontologia de Qualidade. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2006. p. 75-92.

PETRY, Paulo C. THD e ACD – Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário – Odontologia de Qualidade. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2006. p. 193-202.

PISTÒIA, Alexandre Dorneles; PISTÒIA, Gustavo Dorneles; NETO, Marcos Martins. 2013. p.436 Tatuagem por amálgama. Disponível: <file:///C:/Users/pc/Downloads/RGO-2013-3462.pdf> Acesso em: 08 de fevereiro de 2019.

PMPS, Prefeitura Municipal de Paraíba do Sul. Disponível em: <<http://paraibadosul.rj.gov.br/acidade/dados-gerais>> Acesso em: 09 de fevereiro de 2019.

Portal MEC. Parâmetros Curriculares Nacionais 2000. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/blegais.pdf>> Acesso em: 07 de novembro de 2018.

RITA, Márcia Monteiro. THD e ACD – Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário – Odontologia de Qualidade. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2006. p. 47-65.

SEEDUC Currículo Mínimo, 2012. Disponível em: <http://www.rj.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=5b6fba01-8dfe-4d56-a93a-47f941cfeddb&groupId=91317> Acesso em: 07 de novembro de 2018.

SES DF, Secretaria do Estado de Saúde DF – Estomatologia. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/6.-Estomatologia.pdf>> Acesso em: 08 de fevereiro de 2019.

STEFFEN, Jeanne Carla *et al.* THD e ACD – Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário – Odontologia de Qualidade. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2006. p. 413-424.

TAVARES, Denise Mendonça. Endodontia: a polpa, suas Alterações e Tratamento. In: TAVARES, Denise Mendonça (Org.) Guia Curricular do Curso de Técnico em Higiene Dental. Botafogo – RJ, 2006.

TORTORA, Gerard J.; DERRICKSON, Bryan. Corpo Humano – Fundamentos de Anatomia e Fisiologia – 10ª edição. ed. Artmed. 2017. p. 477-483.

7.0 APÊNDICES

7.1. APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO ODONTOLÓGICO APLICADO AOS ALUNOS



Questionário Odontológico

Turma:

Idade:

Data:

Questão 01 – Com que frequência você escova os dentes?

- Nunca escovo os dentes
- Não escovo os dentes todos os dias
- Escovo 1 vez ao dia
- Escovo sempre após as refeições

Questão 02 – Você usa fio dental para fazer a higienização bucal?

- Sim
- Às vezes
- Somente 1 vez ao dia
- Nunca uso

Questão 03 – Você compartilha sua escova dental? Se sim, com quantas pessoas?

Resposta.:

Questão 04 – Com que frequência você troca sua escova dental por uma nova?

- Com menos de 3 meses
- Entre 3 meses e menos de 6 meses
- Entre 6 meses e menos de 1 ano
- Não sei dizer

Questão 05 – Em geral, como você avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)?

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Péssima

Questão 06 – Com que frequência você vai ao dentista?

- Há cada 6 meses
- 1 vez ao ano
- Somente quando sinto dor
- Não costuma ir ao dentista

Questão 07 - Você já sentiu, no dente ou na gengiva, alguma dor ao se alimentar?

- Não
- Já, mas leve
- Já, mas regular
- Já, muito forte

Questão 08 – Você já precisou arrancar algum dente?

- Não
- Sim, de 1 a 4 dentes
- Sim, 5 ou mais dentes
- Sim, todos os dentes

Questão 09 – Já percebeu sangramento nas gengivas, ao escovar os dentes ou espontaneamente?

- Não
- Já, somente quando escovo os dentes
- Já, somente quando uso fio dental
- Minha gengiva sempre sai sangue

Questão 10 – Você come muito açúcar?

- Sim, todos os dias
- Somente nos finais de semana
- Não tenho o costume de comer doce
- Sim, mas sempre escovo os dentes depois

Questão 11 – Você tem o hábito de escovar a língua?

- Sim
- Somente antes de dormir
- Às vezes
- Não

Questão 12 – Você tem o hábito de usar objetos (palitos, ponta de caneta, pontas de garfo ou faca) para limpar os dentes?

- Sim, uso palitos
- Às vezes tenho esse hábito
- Sempre uso um desses objetos
- Não costumo usar

7.2. APÊNDICE II - PALESTRA EXPLICATIVA APLICADA AOS ALUNOS DO ENSINO MÉDIO



RELAÇÃO ENTRE SAÚDE BUCAL E FUNCIONAMENTO DO CORPO HUMANO.

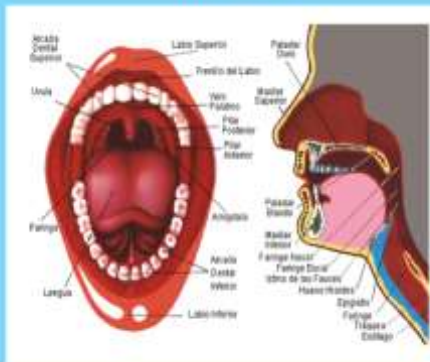
Carine de Souza Costa –
Graduanda em Licenciatura em Ciências Biológicas
Pela UFRJ/CEDERJ

A boca é considerada porta de entrada de várias patologias, sendo um ambiente rico em bactérias que compõem a mucosa bucal.

Embora seja um ambiente com presença de bactérias, muitas pessoas não dão a devida importância para a sua adequada higienização – dentes e língua.

Por ser um local de fácil acesso as diversas patologias, muitas doenças que acometem o corpo humano estão associadas a má higienização bucal.

CONHECENDO A ANATOMIA BUCAL



CONHECENDO A ANATOMIA BUCAL



CONHECENDO ANATOMIA DENTAL



POR QUÊ CUIDAR DOS DENTES?



Saúde



Boa aparência



Relacionamento social



Boa digestão



Boa pronúncia

PROBLEMAS DE SAÚDE CAUSADOS PELA MÁ HIGIENIZAÇÃO BUCAL...

PLACA BACTERIANA OU BIOFILME



- O que significa?

É o acúmulo de restos alimentares que juntamente com a ação das bactérias, aderem à superfície dental, formando uma camada fina e transparente. Na foto foi usado o evidenciador de placa bacteriana para a detecção dos locais onde a higienização está inadequada.

PLACA BACTERIANA OU BIOFILME



GENGIVITE



- O que significa?

É o estágio inicial da doença periodontal. Acometendo somente os tecidos moles da mucosa bucal, ou seja, gengiva.

- Quais os sintomas?

Pacientes acometidos por essa doença apresentam sangramento, na maioria das vezes espontâneo; inchaço no rebordo gengival; mau cheiro; produção de secreção purulenta; pus; dificuldades na mastigação; exportação de microrganismos para o restante do corpo e em casos mais severos, ocorre a perda do elemento dentário.

GENGIVITE



CÁLCULO DENTÁRIO OU TÁRTARO



- O que significa?

Consiste em uma massa rígida e cristalizada, sendo impossível a sua remoção somente com a escovação. Composto por diversos minerais (fosfato de cálcio, água, matéria orgânica, sais minerais, entre outros elementos) possui coloração variando de amarelo ao marrom, em pacientes fumantes ele adquire coloração negra.

CÁLCULO DENTÁRIO OU TÁRTARO



PERIODONTITE



- O que significa?

Infeção que envolve o periodonto (osso dental) evoluindo para a degeneração do osso dessa região. Na maioria das vezes o quadro é indolor.

- Quais os sintomas?

Sangramento intenso espontâneo ou durante a mastigação; rebordo gengival anormal, formando a bolsa periodontal; mau cheiro; presença de pus; perda do elemento dentário devido a perda óssea; indolor.

PERIODONTITE



CÁRIE



- O que significa?

É a dissolução e desintegração do esmalte e da dentina dos elementos dentários pela ação das bactérias acidificantes juntamente com seus produtos.

- Quais as causas?

A cárie é uma doença infeccio-contagiosa que possui vários fatores desencadeantes, entre eles: presença de bactérias; alimentação rica em açúcares; ausência de escovação; grande tempo sem escovar os dentes; escovação inadequada.

CÁRIE



CURIOSIDADE...

A LÍNGUA DO BOIO



Um veterinário examinando a boca de um boi. A língua do boio é muito grande e serve para ajudar a mastigar e a lidar com alimentos duros.

CURIOSIDADE



Uma criança segurando um dente recém-caído. É comum as crianças perderem dentes de leite entre os 5 e os 7 anos de idade.

A LÍNGUA DO BOIO



Detalhe da língua do boio, mostrando sua estrutura e tamanho.

ENDODONTIA OU TRATAMENTO DE CANAL



- O que significa?
É a área odontológica responsável pela prevenção e cura das doenças que acometem a polpa dentária. Quando o tratamento não é concluído, pode acontecer infecções de baixa complexidade e com longa duração evoluindo para complicações mais severas. Essas últimas podem apresentar dor aguda com rápida evolução para a formação de abscessos (excesso de pus).

PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL

Endocardite Bacteriana



FAZ DE HIGIENE BUCAL, PODE LEVAR A DOENÇAS CRÔNICAS. VEJA DUAS MANEIRAS DISSO ACONTECER:

- 1** A infecção de uma boca não higienizada pode se espalhar diretamente para o coração. Isso ocorre com maior frequência em pessoas com problemas cardíacos pré-existentes.
- 2** A infecção de uma boca não higienizada pode se espalhar para o coração através da corrente sanguínea. Isso ocorre com maior frequência em pessoas com problemas cardíacos pré-existentes.



- O que significa?
Endocardite bacteriana é uma doença infecciosa provocada por bactérias da boca, que durante o procedimento odontológico, entram na corrente sanguínea, e se alojam no coração quando o mesmo já apresenta algum problema de saúde. São mais propensos a terem essa doença os pacientes acometidos de algum problema cardíaco, portadores ou pacientes com indicação de colocação de válvula cardíaca.

ODONTOLOGIA DESPORTIVA



Presença de focos infecciosos, perda dentária ou maloclusão severa, erosto causado por uso indiscriminado de cocaína, respiração bucal, halitose, doenças temporomandibulares e traumatismo dentário são problemas que prejudicam o desempenho de atletas. De acordo com Dr. Marcelo Lorenz, um dos principais fatores que podem influenciar na recuperação de lesões musculares e cirurgias ortopédicas é a presença de focos infecciosos, de origem periodontal ou endodôntico, que dificultam a cicatrização tecidual.

"A perda dentária ou maloclusão severa, além de acarretar problemas de ordem estética, estão relacionadas ao mau aproveitamento alimentar e à deficiência na absorção dos nutrientes. Já o uso de máscaras pode provocar erosto e abração dentária, o que acaba interferindo na nutrição, uma vez que o atleta passa a evitar alimentos mais ácidos, quentes e fibros. A síndrome do respiro bucal, que deve ser corrigida precocemente na infância ou no início da adolescência, está diretamente relacionada à perda do rendimento físico, já que pode causar sinusite, halitose, mau aproveitamento do oxigênio e dor na musculatura cervical", esclarece Dr. Lorenz.

(Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 70, n. 2, p. 180-4 jul-dez 2017)

É PRECISO PREVENIR !



ESCOVAÇÃO



FIO DENTAL



VISITA AO DENTISTA



RASPADOR LINGUAL



FLUOR GEL



ALIMENTAÇÃO BALANCEADA



TÉCNICAS DE ESCOVAÇÃO



DICAS IMPORTANTES

- Visite regularmente o dentista, de preferência a cada 6 meses;
- Troque a escova dental a cada 3 (três) meses;
- Use escovas com a cabeça pequena e cerdas macias;
- Evite alimentos ricos em açúcares e corantes;
- Evite bebidas alcoólicas e fumo;
- Qualquer mudança observada na mucosa bucal, procure seu dentista;
- Tenha o hábito de escovar sempre os dentes, principalmente à noite;
- Não esqueça de escovar a língua;
- Evite o uso de objetos para limpar os dentes;
- Nunca se esqueça, seu dentista é seu melhor amigo!!

