

INÊS MARIA TEIXEIRA

**A ABORDAGEM ODONTOLÓGICA DO USUÁRIO COM
NECESSIDADES ESPECIAIS**

FORMIGA/ MINAS GERAIS

2011

INÊS MARIA TEIXEIRA

**A ABORDAGEM ODONTOLÓGICA DO USUÁRIO COM
NECESSIDADES ESPECIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização e em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Rafaela da Silveira Pinto.

FORMIGA/ MINAS GERAIS

2011

INÊS MARIA TEIXEIRA

**A ABORDAGEM ODONTOLÓGICA DO USUÁRIO COM
NECESSIDADES ESPECIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização e em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Rafaela da Silveira Pinto.

Banca Examinadora

Prof.: Rafaela da Silveira Pinto

Prof.: Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

Aprovada em Belo Horizonte 10/12/2011.

RESUMO

Em odontologia, é considerado Usuário com Necessidades Especiais (UNE), todo indivíduo que apresente um limite acentuado no que se refere aos padrões de “normalidade” para o ser humano, que o impossibilite ou que demande uma abordagem diferenciada para se beneficiar da assistência odontológica convencional. O UNE deve receber um bom cuidado preventivo odontológico a fim de minimizar ou eliminar a necessidade de tratamentos odontológicos ao longo de sua vida. A prevenção deve ser base de qualquer plano de tratamento, mas no UNE a atenção a esse item deve ser ainda maior. As dificuldades para o atendimento, que vão desde a saúde geral até as dificuldades de realização dos procedimentos técnicos, justificam a priorização deste aspecto. A principal estratégia para a abordagem preventiva do UNE é o processo de educação por meio do qual a aquisição do conhecimento permitirá mudanças de comportamento tanto em relação às doenças quanto em relação aos fatores de risco. Pessoas que se encontram total ou parcialmente impedidas de exercerem suas atividades de vida diárias e os cuidados básicos de saúde necessitam do apoio da família e/ou cuidador para terem garantidos os cuidados com a higiene bucal. O enfoque familiar é muito importante na atenção dessa parcela da população, a partir do entendimento de como a família lida com a situação.

Palavras chaves: Usuário com Necessidades Especiais, higiene bucal, abordagem preventiva, enfoque familiar.

ABSTRACT

In dentistry, it is considered User with Special Needs (UNE), any person who presents a sharp boundary with regard to standards of "normal" for humans, which makes it impossible or requiring a different approach to benefit from dental care conventional one. The UNE should receive a good preventive dental care to minimize or eliminate the need for dental treatment throughout his life. Prevention should be the basis of any treatment plan, but in the UNE attention to this item should be even greater. The difficulties in attendance, ranging from general health to the difficulties of carrying out the technical procedures, justify the prioritization of this issue. The main strategy for addressing UNE preventive education is the process by which the acquisition of knowledge will change behavior in relation to disease and in relation to risk factors. People who are totally or partially prevented from performing their activities of daily living and basic health care need the support of family and / or caregiver to have secured the care of oral hygiene. The family is very important to focus attention on this segment of the population, from an understanding of how the family deals with the situation.

Keywords: User with special needs, oral hygiene, preventive approach, focus on family.

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

- ANEO – Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas
- APS – Atenção Primária à Saúde
- CD – Cirurgiões Dentistas
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários
- EPS – Educação Permanente em Saúde
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- FFA – Flúor Fosfato Acidulado
- LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- NESCON - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
- PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
- PPM - Partes por milhão
- SCIELO - Scientific Eletronic Library Online
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UNE – Usuário com Necessidades Especiais
- US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
JUSTIFICATIVA	10
OBJETIVOS	11
METODOLOGIA	12
SEÇÃO 1 - O USUÁRIO COM NECESSIDADES ESPECIAIS	13
1.1 A SAÚDE BUCAL DO UNE	13
1.2 OS DETERMINANTES DA SAÚDE BUCAL	13
SEÇÃO 2 – A EDUCAÇÃO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE	14
2.1 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO	14
2.2 CONTROLE DA CÁRIE E INFLUÊNCIAS NUTRICIONAIS E DIETÉTICAS	14
2.3 CONTROLE DE PLACA	16
2.4 USO RACIONAL DO FLÚOR	17
2.4.1 Bochechos com flúor	18
2.4.2 Dentifrícios fluoretados	18
2.4.3 Aplicações tópicas de flúor por profissionais	18
2.5 Controle preventivo periódico profissional	19
SEÇÃO 3 – A ABORDAGEM FAMILIAR	20
3.1 FAMÍLIA E PREVENÇÃO	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22

INTRODUÇÃO

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, (CONASS, 2004), a Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo, envolvendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação às populações de territórios processo, das quais assume responsabilidade. Para Starfield (2002), a Atenção Primária deve ser a porta de entrada do usuário para o sistema de serviços de saúde e responsável pela resolução da maioria dos problemas de saúde bucal da população, fazendo-se apenas os encaminhamentos necessários para a atenção especializada.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) veio como forma de organização, melhoria e fortalecimento da Atenção Primária buscando a reorientação do modelo assistencial com a implantação de equipes multiprofissionais para abordagem familiar em áreas delimitadas, segundo os princípios do SUS. O processo de trabalho da ESF é uma prestação de serviços em saúde de alta complexidade que exige um processo contínuo, coletivo e institucional de reflexão sobre nossas ações e resultados (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

Pelo Decreto nº 1744 de 08 de dezembro de 1995, no capítulo I, Art.2º inciso II, os Usuários com Necessidades Especiais (UNE), são aquelas pessoas que apresentam incapacidade para a vida independente e para o trabalho em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênita ou adquirida, estando, portanto, impedidas de realizar as atividades de vida diária e de trabalhar.

Sabe-se que 10% da população mundial é constituída por pessoas com necessidades especiais, sendo que 50% destes apresentam retardo mental, 20% deficiência física, 15% deficiência auditiva, 5% deficiência visual e 10% alterações múltiplas (World Health Organization-WHO, 2001).

Embora o termo Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais seja extremamente inespecífico, ele é abrangente por comportar vários grupos de patologias e condições que fazem com que um paciente necessite de atendimento diferenciado, por apresentar alterações mentais, físicas, orgânicas, sociais e/ou comportamentais, (II ANEO, 2001). Para fins de assistência odontológica, o UNE é todo aquele indivíduo que apresenta um limite tão acentuado no que se refere aos padrões de “normalidade” para o ser humano, que o impossibilite ou demande uma abordagem diferenciada para se beneficiar da assistência odontológica convencional (MINAS GERAIS, 2007).

A Unidade de Saúde (US) de referência na atenção primária deve ser a porta de entrada para a atenção do UNE. O profissional da US deve sempre considerar como sua competência prestar a atenção a essa clientela, principalmente no aspecto preventivo e educativo (MINAS GERAIS, 2007).

Muitos UNE por terem a higienização deficiente ou por usarem medicações que causem alterações no meio bucal apresentam maior prevalência de doenças bucais com alto índice de cárie, doença periodontal e maior número de dentes perdidos. Assim é importante educar e motivar não só o UNE, mas também seus responsáveis e/ou cuidadores. A negligência quanto à realização da higiene bucal se deve ao desconhecimento e à falta de treinamento técnico, associado a pouca colaboração que o

paciente pode oferecer. O atendimento ao UNE, necessita ser qualificado, exigindo uma abordagem psicossocial e orgânica dirigida também ao núcleo familiar (MATOS SILVARES, 2002).

As condições relacionadas ao usuário com paralisia cerebral, deficiência mental ou Síndrome de Down, dentre outras tornam alguns problemas bucais mais freqüentes ou até mais graves como a má higiene bucal, doença periodontal, cárie, lesões traumáticas nos dentes, má oclusão, alterações na articulação temporomandibular e bruxismo. Por isso, demandam variadas formas de intervenção odontológica. A dificuldade para higienização devido aos movimentos involuntários, cerramento da boca e aumento do reflexo de engasgar, a dieta pastosa e/ou rica em carboidrato, o uso freqüente de medicamentos adocicados ou que promovem a diminuição do fluxo salivar torna os UNE mais suscetíveis às doenças bucais (MINAS GERAIS, 2007).

O atendimento odontológico precoce é de suma importância, desde o nascimento, com vistas à promoção da saúde bucal. No entanto, essa abordagem torna-se mais difícil diante de uma criança com necessidades especiais, seja pelo impacto emocional vivido pela família, seja pelos cuidados por ela requisitados e/ou por outras necessidades terapêuticas prioritárias. Segundo Kinirons e McCabe (1995), o nível educacional da mãe exerce influência na atividade de cárie de seus filhos que, quanto mais baixo, maior será a incidência de cárie. Os pais são importantes na modelagem do comportamento dos filhos. Isso ocorre, através da educação, atitudes, relacionamento e atenção dispensada (BÖNECKER, GUEDES-PINTO, DUARTE, 1995).

O contato do profissional com a família do UNE permite a compreensão das características particulares da cultura na qual estão inseridos. O conhecimento dos valores, saberes, atitudes educativas possibilita o saber de suas expectativas, medos e necessidades. De acordo com Marinho (2002), esta é uma abordagem terapêutica efetiva que facilita a comunicação e que apresenta bons resultados no tratamento do comportamento infantil do UNE, bem como no estabelecimento de uma relação de confiança e amizade, com a finalidade de que o tratamento e as orientações sobre prevenção manutenção da saúde bucal transcorram de forma satisfatória.

As estratégias para a abordagem familiar do UNE como: os grupos educacionais, treino de pais no manejo de contingências, treino familiar em resolução de problemas, desenvolvimento de habilidades de interação e outras são pertinentes como recursos às orientações fornecidas a fim de garantir o sucesso na prevenção odontológica (CAMPOS, 1994).

JUSTIFICATIVA

Miller (1965) já mencionava a responsabilidade do dentista em prover atendimento odontológico a todas as pessoas, inclusive aquelas comprometidas física ou mentalmente. A odontologia mostra um grande desenvolvimento tecnológico em relação às técnicas e materiais, porém mostra uma inadequação à formação do cirurgião dentista com conhecimento científico de patologias e manejo do UNE. O currículo do curso de graduação das faculdades de Odontologia do Brasil, falha na abordagem generalista da saúde do UNE. Como, na maioria dos casos, não se tem no curso de graduação a oportunidade de conhecer esses pacientes, a maior parte dos cirurgiões dentistas (CD) prefere não atendê-los em âmbito privado e/ou público. Quando o CD nega tratamento ao UNE, frequentemente eles são encaminhados a Centros de Referência, localizados em outra cidade, tornando o acesso mais difícil. O profissional que pretende intervir nesses indivíduos, geralmente não tem treinamento e procuram suprir essas falhas curriculares, estudando sozinhos.

A formação acadêmica dos profissionais de saúde bucal mostra o despreparo para o trabalho em equipe, para o olhar interdisciplinar e para a promoção de saúde. Os profissionais da ESF precisam ser motivados para a reflexão e redirecionamento de suas práticas investindo na educação permanente no monitoramento e na avaliação das ações por eles desenvolvidas.

A abordagem para a saúde bucal do UNE deve ser considerada antes da erupção do primeiro dente, para que sejam incorporados aos cuidados diários os procedimentos que priorizem a prevenção, minimizando ou eliminando a necessidade de tratamentos odontológicos ao longo da vida.

A prevenção deve ser base de qualquer plano de tratamento, mas no UNE ela deve ser redobrada. As dificuldades para o atendimento, que vão desde a saúde geral até as dificuldades da realização de perfeitos procedimentos técnicos, justificam a priorização deste aspecto.

OBJETIVOS

Realizar uma revisão bibliográfica narrativa sobre o tema proposto, visando:

- Discutir a importância da prevenção como estratégia para a promoção da saúde do UNE.
- Avaliar os efeitos das práticas de promoção à saúde na qualidade de vida do UNE.
- Melhorar a prática diária do trabalho pelo aprimoramento dos conhecimentos.

METODOLOGIA

Este estudo teve como metodologia a busca de informações nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE, SCIELO e BBO.

A complementação da pesquisa bibliográfica foi feita através de consultas a livros texto, Linha Guia de Atenção em Saúde Bucal, apostilas do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e biblioteca do NESCON.

O período de desenvolvimento do estudo foi de março a junho de 2011.

Os descritores usados para a busca de artigos foram: odontologia, saúde bucal, promoção de saúde, educação em odontologia, higiene bucal, abordagem familiar e Usuários com Necessidades Especiais.

SEÇÃO 1 – O USUÁRIO COM NECESSIDADES ESPECIAIS

1.1 A SAÚDE BUCAL DO UNE

As enfermidades mais comuns na cavidade bucal dos UNE são a cárie e a doença periodontal. A precariedade da higiene bucal juntamente com a falta de informações para esses usuários especiais com comprometimento intelectual e motor são fatores altamente agravantes para a saúde bucal.

Assim é de suma importância educar e motivar não só o paciente, mas também seus responsáveis e/ou cuidadores. Frequentemente sua negligência quanto à realização da higiene bucal se deve principalmente à falta de treino técnico, associado a pouca colaboração que o paciente pode oferecer (TESINI e FENTON, 1994).

Segundo Pope e Curzon (1991) e Santos (1999), a incidência de cárie dentária no paciente infantil com encefalopatia deve-se principalmente à nutrição inadequada e retenção de resíduos alimentares na cavidade bucal, em função de uma higiene bucal deficiente e do comprometimento muscular, incluindo inabilidade da língua e da diminuição do fluxo salivar devido à redução dos estímulos mastigatórios. A presença de outros fatores, como hipoplasia de esmalte, também predispõe ao aparecimento da cárie.

1.2 DETERMINANTES DA SAÚDE BUCAL

Os fatores que interferem na saúde /doença do UNE, de acordo com o paradigma da promoção de saúde são: biológico, estilo de vida, ambiente (econômico, social e cultural) e: acesso aos serviços de qualidade. Uma dieta cariogênica ou escovação inadequada por vezes não são fatores suficientes para definir a doença cárie. O estilo de vida, padrões comportamentais individuais e coletivos, o acesso, os serviços, o ambiente, renda e educação são fatores que influenciam as manifestações patológicas.

SEÇÃO 2- A EDUCAÇÃO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE

2.1 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

O atendimento ao UNE deve ser feito prioritariamente na atenção primária. As práticas para garantir os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) como a universalidade e acesso têm o acolhimento e a visita domiciliar como tecnologias para abordagem ao UNE e como estratégia a construção de um modelo baseado na priorização do planejamento das ações de promoção e prevenção (VASCONCELOS et al, 2009).

De acordo com Tesini e Fenton (1994), o protocolo de prevenção para o UNE envolve três áreas: a educação do paciente e treinamento dos responsáveis; a integração dos cuidados da saúde bucal nas atividades de vida diárias e o cuidado preventivo periódico do profissional.

A criação de protocolos para a elaboração de programas preventivos, também sugerida por Glassman et al.: (2003), deve englobar: controle e orientação do risco cariogênico da dieta; controle profissional e caseiro da placa bacteriana; uso racional do flúor e controle profissional periódico.

2.2 CONTROLE DA CÁRIE E INFLUÊNCIAS NUTRICIONAIS E DIETÉTICAS

O fator dieta como um dos principais fatores causais da cárie dentária, importante nos UNE que têm dificuldade de se alimentarem com alimentos sólidos e usam os pastosos e líquidos sendo que o mais apropriado e prático é o leite. A situação fica mais grave quando o açúcar foi adicionado a esse alimento, pelos pais dos usuários, como forma de confortá-los emocionalmente.

A alimentação desbalanceada e sem os nutrientes necessários para a formação e desenvolvimento da estrutura dental, principalmente em crianças pequenas resultará em dentes fracos pobremente mineralizados e mais sujeitos ao aparecimento de lesões cáries. Este fato é agravado nos usuários especiais, pois a maioria deles apresenta dificuldades para deglutir e se alimentarem. A alimentação pastosa ou liquefeita em geral altamente cariogênica é oferecida pelos pais e/ou responsáveis que dificilmente conseguem realizar neles uma adequada higienização buco dental.

A mastigação deve ser incentivada com a introdução de alimentos sólidos. A papinha deve ser preparada passando os legumes e verduras por uma peneira fina.

Um programa para avaliação e controle do risco cariogênico da dieta, deve seguir as seguintes etapas: informações básicas dadas ao paciente, à família ou aos cuidadores; análise do diário alimentar; avaliação personalizada da dieta; seleção de estratégias de mudanças e avaliação dos resultados (VIGNEHSA et al., 1991).

O diário alimentar visa reduzir o potencial cariogênico da dieta, encontrar alternativas alimentares, fazer modificações realistas e ter consciência da dificuldade de o adulto modificar seu hábito de sabor doce (MEDEIROS, 1993).

Segundo a *American Academy of Pediatric Dentistry* (1996-1997), a pirâmide alimentar deve ser utilizada como guia dietético com porcentagens para a ingestão de cada grupo de alimentos. A base da pirâmide é composta por alimentos energéticos (50 a 60%), como pães, cereais, arroz e tubérculos; seguidos de reguladores (30%) constituídos por vegetais, verduras e frutas, fontes de minerais, vitaminas e fibras, auxiliando na digestão e absorção de nutrientes, aumentando a resistência à infecção e promovendo o bom funcionamento dos intestinos; a seguir, vem os construtores (15%), compostos por carnes, aves, peixes, ovos, leite e derivados, que constroem e renovam células, conservando a pele, músculos, sangue e órgãos. No topo estão os alimentos energéticos extras (5%), ricos em óleos, gorduras e doces, que devem ser ingeridos com moderação. Fornecem alta dose de energia, sendo que a gordura participa do transporte para vitaminas lipossolúveis A, D, E e K. Em excesso, o açúcar pode levar à cárie e à obesidade e as gorduras, à obesidade e a doenças cardiovasculares.

Deve-se incentivar uma dieta saudável, enfatizando a pirâmide alimentar, obtendo a maioria das calorias de alimentos nutritivos, consumindo cálcio suficiente e diminuindo o consumo de doces e outros alimentos de baixo valor nutritivo (TINANOFF e PALMER, 2000).

Tanto a sacarose como frutose e glicose produzem ácidos rapidamente. A sequência e o tempo de alimentação influenciam na acidogenicidade da placa. Restringindo-se os carboidratos às refeições principais, diminui-se a frequência dos ataques acidogênicos.

Quanto aos cuidados com o bebê, o aleitamento materno exclusivo é recomendado até os 6 meses de vida. O ato da sucção fortalece a musculatura perioral e prepara o indivíduo para a fonação (desenvolvimento da fala). A limpeza da boca e dos dentes do bebê se faz necessária após as mamadas. É fundamental que as mães sejam instruídas em relação à mamadeira e ao bico ortodôntico, que estimula o reflexo da deglutição evitando posturas e hábitos desfavoráveis à oclusão. O açúcar ou similares não devem ser adicionados ao conteúdo da mamadeira (LONG et al., 1993).

A transição da amamentação exclusiva para as variedades de alimentos no primeiro ano de vida é um importante momento para influências positivas nos hábitos alimentares. Passar da mamadeira para o copo e não deixar o bebê muito tempo com ele prevenirá o aparecimento da cárie (TINANOFF e PALMER, 2000). A consistência ideal dos alimentos deve ser pastosa e consistente, visando o estabelecimento do padrão de mastigação. A sequência na dureza dos alimentos deve aumentar com a erupção dos dentes, podendo começar com os alimentos passados na peneira, depois esmagados com o garfo e a seguir picados, respeitando as crianças com dificuldades mastigatórias e de deglutição. A nutrição inadequada no primeiro ano de vida pode resultar em hipoplasias de esmalte e conseqüente aumento de cáries.

Por volta dos 4 a 5 anos de idade, os padrões regulares de refeições ficam estabelecidos. Os alimentos de consistência pegajosa devem ser evitados, bem como os que contêm sacarose que é o açúcar mais cariogênico. O consumo do açúcar não deve ser proibido, mas sua ingestão controlada, de forma a utilizá-lo de modo inteligente

(GUSTAFSSON, 1954). O consumo dos redutores de apetite como bolachas, refrigerantes e salgadinhos também devem ser evitados.

2.3 CONTROLE DE PLACA

O controle da placa é a medida mais direta e abrangente de controle e prevenção da cárie dentária e doenças periodontais. Ele se direciona para a causa determinante dessas doenças: a microflora patogênica que coloniza as superfícies dos dentes formando a placa dental (BRETZ *et al.*, 2000).

A escovação dental é o meio mecânico mais difundido para o controle não profissional da placa, porém ela se restringe às superfícies livres dos dentes tendo acesso limitado às superfícies interproximais havendo, portanto a necessidade do uso de fio ou fita dental, além de soluções antissépticas bucais.

Um limitado número de crianças e adultos com deficiência mental e um grande número de deficientes físicos são bastante capazes de aprender um padrão adequado de controle da placa. Esses indivíduos, bem como seus cuidadores, têm que passar por um processo educativo e serem constantemente orientados para a prevenção de doenças bucais. Dentro de um programa preventivo, a motivação é essencial nas orientações para o controle caseiro de placa através da escovação associada ao uso do fio dental. Uma forma de motivação é realizar o mapa de higiene bucal e mostrar através dos dados numéricos obtidos com índices de placa e sangramento gengival a necessidade de redução desses valores para a manutenção da saúde bucal. O índice de placa é feito após a evidenciação das superfícies dentais, usando-se o evidenciador em solução.

A limpeza profissional dos dentes tem por objetivo eliminar a placa da superfície dental, devendo ser realizada com taças de borracha e escova de Robbinson com pedra pomes e água ou pastas profiláticas não oleosas e fio dental nas proximais e complementada com aplicação tópica de flúor (SCHIMIDT, 1998).

Após o início da erupção dos dentes, a limpeza da boca e dos dentes deve ser feita após cada ingestão de alimentos, com uma dedeira de látex ou escovas apropriadas para bebês. O dentífrício ainda não deve ser introduzido, pois se ingerido poderá causar fluorose nos dentes permanentes em formação. Somente com a erupção do primeiro molar decíduo, pode-se introduzir o dentífrício na escovação da noite.

A posição de escovação poderá ser com a criança com a cabeça no colo do responsável de forma que se consiga a visão, direta das superfícies escovadas ou na posição em que a criança fica em pé, de costas, com a cabeça apoiada nos braços da mãe, que com os dedos da mão esquerda afasta os lábios e bochecha e com a direita realizará a escovação, com visão direta da área em que está escovando. Outra posição recomendada é a de *knee-knee* (joelho com joelho) em que dois adultos sentam-se de frente, com os joelhos encostados e a criança apoiada nos dois colos. Esta posição contém os movimentos da criança, favorecendo a higienização. Outra forma seria segurar a criança no colo na posição de amamentação (MARTINS *et al.*, 1998).

Até os três anos de idade a escovação dos dentes da criança deve ser feita por um adulto. Segundo Unkel *et al.*(1995), a remoção de placa mais eficiente só é alcançada por volta dos 10 anos. A técnica recomendada é a realizada com movimentos circulares amplos. Nas superfícies oclusais são realizados movimentos anteroposteriores. A introdução do fio

dental já é necessária, devendo-se orientar os pais e/ou responsáveis de como e porque fazê-lo. Esse é um importante fator para obtenção de boa saúde bucal, com ênfase para o UNE.

Por volta dos 5 a 6 anos de idade ocorre a erupção dos primeiros molares permanentes. Nesta fase, a motivação através da evidenciação de placa bacteriana é de suma importância (ARAÚJO *et al.*, 2002).

Nos estágios iniciais de dentição mista a criança pode realizar as escovações dos dentes durante o dia, dependendo da sua coordenação motora. Mas, no período da noite, ainda deverá ser realizada por um adulto, incluindo o uso do fio dental (RODRIGUES *et al.* 1997 *apud* LASCALA, 1997 p. 81-102).

A adolescência, apesar da melhor coordenação motora do UNE, é uma fase em que ele negligencia os hábitos gerais de higiene, sendo necessário o reforço periódico e a motivação associada à supervisão dos pais, responsáveis ou cuidadores, em relação ao uso do fio dental e escovação, sobretudo devido ao aumento na prevalência da doença periodontal.

Quanto aos portadores de aparelhos ortodônticos, deve-se alertar sobre a necessidade de uma higiene bucal extremamente cuidadosa, visando à prevenção de cáries e de doenças periodontais. A escova unitufo e/ou interdental ao redor dos braquetes assim como o uso de passadores de fio são preconizados.

O cuidado com higiene bucal nos UNE adultos são semelhantes aos descritos para adolescentes e vão depender da capacidade mental e coordenação motora, porém com a supervisão, realização ou complementação sendo feitas por um adulto responsável.

Para os UNE com destreza manual diminuída, força para segurar a escova reduzida ou deformidade na mão, Dickinson e Millwood (1999), propuseram a adaptação de silicone de moldagem com a finalidade de tornar o cabo da escova sob medida para cada indivíduo.

Com relação à doença periodontal, o uso de anticonvulsivantes associado à presença de placa bacteriana pode levar ao crescimento gengival desordenado denominado "hiperplasia gengival dilatínica". Sem dúvida, o controle do biofilme, a eliminação de resíduos alimentares, de cálculos dentais e uma orientação de higiene bucal eficaz é o tratamento de escolha (FOURNIOL FILHO, 1998).

2.4 USO RACIONAL DO FLÚOR

O uso do flúor tem uma participação importante na prevenção e controle da cárie dentária. A presença constante do íon flúor na saliva, na placa bacteriana e nos fluidos gengivais, constitui o principal fator na prevenção da cárie. Quando usado topicamente, seu mecanismo de ação está associado à inibição da desmineralização, ao incremento da remineralização e à inibição do crescimento bacteriano (FEATHERSTONE, 2000).

2.4.1 Bochechos com Flúor

Sua indicação no UNE deve ser feita com muito critério e fica limitada, por ser uma técnica para indivíduos com idade superior a 6 anos, que podem bochechar, com segurança e expectorar sem ingestão.

As soluções mais utilizadas são as de fluoreto de sódio a 0,2% para bochechos semanais ou quinzenais ou a 0,05%, para diários. Essas soluções são consideradas seguras e efetivas na redução da incidência de cárie dentária.

2.4.2 Dentifrícios Fluoretados

O uso terapêutico dos dentifrícios determinou um declínio significativo na incidência de cárie (CURY, 1982).

Segundo Villena e Correa (1998), a maioria dos dentifrícios convencionais contém de 1000 a 1100 ppm de flúor. Outros dentifrícios considerados de alta concentração apresentam de 1450 a 1500 ppm de flúor e seu uso deve ser feito com cuidado e em crianças acima de 7 anos, sendo recomendado para pacientes de alto risco. Portanto é importante orientar os pacientes quanto ao uso correto e quantidades, reduzindo assim o risco de sobredosagem de flúor, que pode levar à fluorose dental.

É preconizada a técnica transversal, que indica a colocação do dentifrício no sentido transversal da cabeça da escova com uma quantidade equivalente a 1/3 das cerdas preenchidas.

2.4.3 Aplicações Tópicas de Flúor por Profissionais

As soluções de fluoreto de sódio a 1 ou 2%, fluoreto estanhoso a 8 ou 10% fluorofosfato acidulado (FFA) a 1,23% em pH 3,0 ou 3,6 para aplicação tópica são as mais utilizadas, porém não recomendadas para pessoas com distúrbios neuropsicomotores. Nestas situações, o verniz com flúor representa uma alternativa viável e segura, pois apesar da alta concentração do íon flúor (22600 ppm), é considerado seguro e de baixa toxicidade. Esse fato é atribuído à sua rápida aderência ao esmalte, dissolução lenta na cavidade bucal, lenta liberação do íon flúor e à pequena quantidade requerida para a aplicação tópica (VILLENNA e CORREA, 1998).

Weintraub (2003) considera como vantagens do verniz com flúor a rapidez e facilidade de aplicação, não necessidade de profilaxia e por exigir pouco equipamento. Pela lenta liberação de flúor, os vernizes são recomendados, não só na prevenção da cárie, mas também na remineralização de lesões de manchas brancas, em que é feita uma aplicação semanal por 4 semanas.

Teixeira *et al.* (2002) verificaram que a aplicação de verniz com flúor em usuários com paralisia cerebral, na faixa etária de 8 a 18 anos, foi efetivo na prevenção da cárie dentária e na remineralização de mancha branca ativa.

A aplicação de vernizes com flúor e clorexidina associados, é efetivo na redução dos estreptococos do grupo mutans sendo também um método útil, rápido e seguro para o controle e manejo de cáries radiculares em idosos e outros grupos de alto risco, incluindo pessoas com doença de Parkinson e com xerostomia (BRAILSFORD *et al.*, 2002).

2.5 CONTROLE PREVENTIVO PERIÓDICO PROFISSIONAL

O intervalo mensal, trimestral ou semestral da consulta odontológica é baseado no risco e/ou atividade da doença cárie ou periodontal e depende do protocolo de prevenção adotado pelo profissional.

Glassman *et al.* (2003) relataram um protocolo para prevenção eficaz efetiva e ampla de doença cárie e periodontal nos UNE. Ele abrange como cuidados fundamentais: dentifrícios fluoretados, remoção efetiva de placa bacteriana, usando escova manual ou mecânica e fio dental, água fluoretada, dieta saudável com redução na ingestão de carboidratos fermentáveis, especialmente entre as refeições e controle profissional regular incluindo selantes e aplicação tópica de flúor. Para algumas pessoas a remoção de placa deve ser feita usando somente uma escova molhada. Os autores sugeriram como protocolo primário de prevenção o uso de xilitol (como substituto do açúcar ou na forma de chicletes com supervisão visando um aumento no fluxo salivar) e o verniz co flúor (uma aplicação semanal durante 3 semanas com intervalos semestrais ou anuais). Na presença de muitas superfícies oclusais de risco, deve-se avaliar a aplicação de selantes de fossas e fissuras, bem como frente a altos níveis de *streptococcus mutans*, deve-se considerar o uso da clorexidina.

SEÇÃO 3 - A ABORDAGEM FAMILIAR

3.1 FAMÍLIA E PREVENÇÃO

Vivemos atualmente uma grande mudança no sistema de saúde onde o enfoque biomédico e disciplinar tradicional estão sendo alterados para novas formas de atuação e a conduta profissional passa a ser mais coletiva, enfocando a família e suas relações e não o indivíduo isolado com seus problemas. Nesta perspectiva as ações educativas ganham nova relevância e com isto evidencia-se a importância dos processos de comunicação entre os profissionais de saúde e a população atendida, pois ela passa a ser a principal estratégia do processo educativo.

A orientação sobre saúde bucal à família do UNE com deficiência física e mental é essencial devido à alta incidência da doença cárie e periodontal e pela dificuldade na realização do tratamento odontológico. A aplicação de medidas preventivas com motivação, orientação e treino da família é de suma importância na redução dos principais problemas de saúde bucal do UNE.

A superação de um determinado modelo de odontologia (clássico ou hegemônico) e a mudança para outro (saúde bucal coletiva) encontra na família excelente parceria para a participação popular, viabilizando a multidimensionalidade de ações, a melhoria das condições de vida e a promoção da saúde que todos precisam.

De acordo com a atual Política Nacional de Atenção Básica, equipes de saúde da família devem desenvolver a “prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade” (BRASIL, 2006). Esta abordagem valoriza diferenças nas realidades, nas formas de convívio e de interação, e nas subjetividades das famílias.

O núcleo familiar é considerado uma unidade social essencial para promover bem estar físico e emocional. Assume um papel importante na promoção da saúde e controle de doenças, influenciando conceitos e comportamentos ligados à saúde. Influências familiares podem determinar respostas afetivas, cognitivas e comportamentais de seus membros frente a estratégias de promoção de saúde bucal e geral.

O “Ciclo de Vida Familiar” caracteriza os movimentos e transformações que ocorrem ao longo da história familiar, apresentando padrões de relativa previsibilidade, constituindo-se em estágios de desenvolvimento e exigindo adaptação e ajustamento de seus membros (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), compreender e incorporar o Ciclo de Vida Familiar na construção de estratégias de cuidado em saúde significa considerar o impacto da família na saúde e doença de seus membros, entendendo melhor o momento e o contexto da vida familiar (MOYSÉS e GROISMAN, 2007). Equipes de saúde devem estar capacitadas a atuar sobre os determinantes e condicionantes, intimamente relacionados com o complexo saúde-indivíduo-família-comunidade, centrados em uma concepção epidemiológica e social da realidade familiar (DEL CIAMPO *et al.*, 2006

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação e a motivação são os melhores recursos para se conseguir a mudança e o estabelecimento de hábitos mais saudáveis e aquisição de atitudes práticas para a prevenção de doenças bucais no UNE.

A educação e motivação da família do UNE bem como a participação efetiva deles nos procedimentos de prevenção de doenças são de fundamental importância.

Qualquer que seja a técnica de educação e motivação empregada, esta deve ser de fácil compreensão e sempre direcionada ao público alvo, envolvendo os seus interesses e os recursos locais.

Independentemente da evolução do paciente, a família e o cuidador, precisam estar seguros de que estão contribuindo da melhor maneira possível. Contudo, é preciso uma reflexão diária dos indivíduos envolvidos na prática assistencial para que a chama da humanização permaneça sempre acesa no compromisso de estar contribuindo e proporcionando uma melhor qualidade de vida ao UNE dentro de sua patologia.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD) Reference manual 1996-1977. **Ped dent** 1997; 6 (Sp Issue), p. 24-998.

ARAÚJO, A. M. P. G.; NASPITZ, G. M. C. C.; CHELOTTI, A. C. S. Effect of Cervitec on mutans streptococci in plaque and on caries formation on occlusal fissures of erupting permanent molars. **Caries Res** 2002; 36:373-76.

BÖNECKER, M.J.A.; GUEDES-PINTO, A.C.; DUARTE, D. Abordagem odontopediátrica integral na clínica de bebês. **Rev Assoc Paul Cir Dent** 1995, jul./ago. 49(4): 307-310.

BRAILSFORD, S. R. *et al.* The effects of the combination of chlorhexidine/thymol-and fluorid-containing varnishes on the severity of root caries lesions in frail institutionalized elderly people. **J Dent** 2002; 30:319-24.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica: Ministério da Saúde**, v.4. 2006.

BRETZ, W. A. *et al.* Clorexidine varnishes prevent gingivitis in adolescents. **J Dent Child** 2000, Nov/Dec. 67(6): 399-402.

CAMPOS, M. M. Educar e cuidar: questões sobre o perfil do profissional de educação infantil. In: Ministério da Educação e do Desporto (BR). Secretaria de EDUCAÇÃO Fundamental. **Por uma política de formação do profissional de educação infantil**. Brasília: COEDI/MEC; 1994. P.32-42.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários. **Atenção Primária**, seminário para a estruturação de consensos. Série documenta, caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília, n. 2, 2004.

CURY, J. A. Dentifrícios fluoretados no Brasil. **RGO** 1982; 37(2): 139-42.

DEL CIAMPO, L. A. *et al.* **O Programa de Saúde da Família e a Puericultura Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.739-743. 2006.

DICKINSON, C.; MILLWOOD, J. Toothbrush handle adaptation using silicone impression putty. **Dent Update** 1999; 26:288-9.

FEATHERSTONE, J. D. The science and the practice of caries prevention. **J Amer Dent Assoc** 2000; 131(2):887-99.

FOURNIOL FILHO, A. **Pacientes especiais e a Odontologia**. São Paulo: Ed. Santos. 1. ed., p. 472, 1998.

GLASSMAN, P. *et al.* Practical protocols for the prevention of dental disease in community settings for people with special needs: the protocols. **SCP Spec Care Dent**, 23(5): 160-64, 2003.

GUSTAFSSON, B. E. The Vipeholm dental caries study. **Acta Odontol Scand** 1954. 11:207-31.

KINIRONS, M.; MCCABE, M. Familial and maternal factor affecting the dental health and dental attendance of preschool children. **Community Dent Health** 1995 Dec.; 12(4):226-9.

LEGISLAÇÃO **Decreto 1.744 de 08/12/1995**, publicado no Diário Oficial da União em 06 de dezembro de 1996.

LONG, S. M. Cárie dentária: Transmissibilidade. **Rev Odontopediatr** 1993 jan./ mar; 2(1): 35-43.

MARTINS, A. L. C.; TESSLER, A. P. C.; CORREA, M. S. N. P.; Controle mecânico e químico da placa bacteriana. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na Primeira Infância**. 1998. São Paulo: Santos. Cap. XXII, p.271-78.

MARINHO, M. L. A intervenção clínica comportamental com famílias. In: MATOS SILVARES, E. F. de (Org.) **Estudos de Casos em Psicologia Clínica Comportamental Infantil**. Vol. I. São Paulo: Papyrus, 2002.

MATOS SILVARES, E.F. de (Org.) **Estudos de Casos em Psicologia Clínica Comportamental Infantil**. Vol. I. São Paulo: Papyrus, 2002.

MEDEIROS, U. V. Atenção odontológica para bebês. **Rev Paul Odontol** 1993 nov./dez. XV(6): 23-34.

MILLER, S.L. Dental care for mentally retarded-a challenge to the profession. **J Public Health Dent**, v.25, n.3, 1965.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. 2. ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 290 p.

MOYSÉS, S. J.; GROISMAN, S. **Políticas públicas de saúde no Brasil e a Estratégia de Saúde da Família**. In: LUBIANA, N. F. (Ed.). PRO-ODONTO/ Prevenção. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2007. Ciclo I p.1-47.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA-FILHO, A. D. **Saúde Bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca**. In: S. J. MOYSÉS (Ed.). **Os dizeres da boca em Curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2002. P.133-161.

POPE, J. E. C.; CURZON, M. E. J. The dental status of cerebral palsied children. **Pediatr Dent** 1991 may / june; 13(3): 156-62.

RODRIGUES, C. R. M. V. et al. Aspectos Preventivos em Odontopediatria. In: LASCALA, N. T. **Prevenção na clínica odontológica: Promoção de Saúde Bucal**. 1997. São Paulo: Artes Médicas. P.81-102.

SANTOS, M. T. B. R. Estudo da importância das variáveis clínicas, microbiológicas e salivares de crianças portadoras de paralisia cerebral e de crianças normais na etiopatogenia da cárie dental. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina. 1999.

SÃO PAULO, Assembléia Preparatória do Estado. **II Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas – ANEO**. Proposta para reconhecimento da especialidade de Odontologia para pacientes especiais, junho de 2001.

SCHIMIDT, M. G. Pacientes Especiais. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na Primeira Infância**. 1998. São Paulo: Ed. Santos. Cap. XLIV, p.646-63.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, R. T. S. *et al.* Efeitos do verniz com flúor Duraphat, na prevenção da cárie em pacientes com paralisia cerebral. **Rev. Assoc Paul Cir. Dent** 2002 jan. /fev.; 56(1): 57-61.

TESINI, D. A.; FENTON, S. J. Oral health needs of persons with physical or mental disabilities. **Dent Clin North Amer** 1994; 38(3):483-97.

TINANOFF, N.; PALMER, C. A. Dietary determinants of dental caries and dietary recommendations for preschool children. **J Public Health** 2000 summer; 60(3):197-206.

UNKEL, J. H. *et al.* Toothbrush ability is related to age in children. **J Dent Child** 1995 Sept. /Oct.; 62(5):346-8.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Práticas educativas em atenção básica à saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Unidade didática I: organização do processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde. Módulo 4. Belo Horizonte: Ed. UFMG; NESCON/UFMG, 2009.

VIGNEHSA, H. *et al.* Dental health of disabled children in Singapore. **Aust Dent J**, 1991 Apr.; 35(2):151-56. 3.

VILLENA, R. S.; CORREA, M. S. N. P. Flúor- Aplicação tópica. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na Primeira Infância**. 1998. São Paulo: Ed. Santos. Cap.XXV. p.316-42.

WEINTRAUB, J. A. Fluoride varnish for caries: comparisons with other preventive agents and recommendations for a community-based protocol. **SCD Spec Care Dent** 2003; 23(5):180-85.

WORLD HEALTH ORGANIZATION REPORT, 2001 Health systems: Improving Performance.

