



KARLA LOURDES CHAVIRA DE HOYOS

**“Análise da educação para a Saúde Oral em
crianças Especiais”**

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

5º Ano

Orientador: Dr. João Baptista

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

KARLA LOURDES CHAVIRA DE HOYOS, estudante do CURSO DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA (MIMD) do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste **Relatório de Estágio**.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador: Dr. João Baptista

Gandra, 25 Junho de 2018

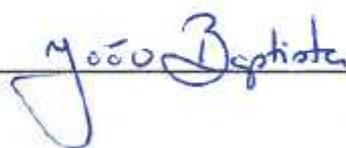


Karla Lourdes Chavira De Hoyos

ACEITAÇÃO DO ORIENTADOR

Eu, **João Baptista**, com a categoria profissional de Professor Auxiliar Convidado do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado “**Análise da educação para a Saúde Oral em crianças Especiais**”, da Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, **Karla Lourdes Chavira De Hoyos**, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 25 Junho de 2018



O Orientador

Agradecimentos

Quero mencionar primeiro a o meu Anjo no céu, ainda lembro-me quando comecei esta carreira universitária como ele se sentia orgulhoso de que sua irmã ia ser dentista, eu sei que desde o céu ele sempre me abençoou para conseguir tudo isto.

Quero agradecer eternamente aos meus pais, porque eu sei tudo o esforço que eles fizeram pela minha carreira universitária desde o início, até o impossível, todo o amor deles.

Ao meu namorado, obrigada por toda a sua ajuda, esforços, toda a paciência e amor que ele me deu para que eu pudesse concluir este grande sonho.

Ao meu tutor por toda a sua ajuda e atenção, para que esta tese fosse o melhor possível.

“La discapacidad no debería ser un obstáculo para el éxito”

Professeur Stephen W Hawking



Resumo

Atualmente as crianças de educação especial, segundo a Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC) estão a aumentar de ano para ano.

Quando se investigam estas crianças, evidencia-se onde não se estão a utilizar estratégias pedagógicas válidas para promover a Saúde Oral. Sendo assim, traduz-se em estados de saúde oral altamente deteriorados.

A educação especial abarca a identificação, avaliação e programas especiais para crianças, adolescentes ou adultos cujas dificuldades ou desvantagem para aprender exigem ajuda adicional para atingir o seu pleno desenvolvimento educativo.

As dificuldades das crianças especiais abarcam desde: disfunções físicas, motoras, alterações visuais, auditivas ou da linguagem, transtornos de aprendizagem, emocionais, incapacidades de origem genética ou problemas médicos ou de saúde, portanto as competências elaboradas para a educação à saúde oral em crianças especiais não devem conter apenas conteúdos que aparecem nas Escolas comuns.

Palavras-chave: Crianças incapacitadas. Educação especial. Patologia dental. Saúde oral. Incapacidades especiais.

Abstract

According to the General Direction of statistics of the Education and Science (DGEEC), children with special education needs increase year by year. By getting deeper into the analysis of this group, it is noticeable that most professionals are not applying optimized pedagogic strategies, which leads to heavily deteriorated oral states.

The special education covers the identification, evaluation and special programs for children, teenage or adults whose difficulties or disadvantage to learn demand additional help to reach his full educational development.

Difficulties of this group compound physical and motor dysfunctions; visual, auditory and language alterations; learning and emotional disorders; genetic or medical health problems, among others. Therefore, the competences and contents elaborated for the education of the oral health in special children should have a deeper sensibility and go further than standard contents that can be found in common Schools.

Key-words: Disabled children. Special education. Dental pathology. Oral health. Special disabilities.

Índice Geral

CAPITULO I

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	3
3. MATERIAIS E MÉTODOS	4
4. DESENVOLVIMENTO	5
4.1 FATORES DE RISCO DAS DOENÇAS ORAIS EM CRIANÇAS COM SHCN.....	5
4.2 PATOLOGIAS ORAIS PREVALENTES.....	6
4.3 INFLUÊNCIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS PAIS COM OS CUIDADOS ORAIS DAS CRIANÇAS	9
4.3.1 Crianças com SHNC dependentes de outras pessoas.....	10
4.4 INCONVENIENTES PARA SER ATENDIDOS	11
4.5 ACESSO AO MÉDICO DENTISTA.....	13
4.6 ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS E DE TRATAMENTO	14
5. DISCUSSÃO	16
6. CONCLUSÃO	18
7. BIBLIOGRAFIA	19
8. ANEXOS	22

CAPITULO II

ESTÁGIOS	23
RELATÓRIO DE ESTÁGIOS ANO LETIVO 2017/2018.....	23
1. ESTÁGIO EM CLÍNICA GERAL DENTÁRIA.....	23
2. ESTÁGIO HOSPITALAR.....	24
3. ESTÁGIO EM SAÚDE ORAL COMUNITÁRIA	24

CAPITULO I

1. Introdução

Uma criança com incapacidades, segundo a American Health Association (AHA) é uma criança que, por distintas razões, não pode fazer uso de suas capacidades físicas, mentais ou sociais, ou explicado de outra maneira, que não pode jogar, aprender ou fazer coisas que outras crianças de sua idade podem fazer. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as pessoas com incapacidades compreendem 10% da população nos países desenvolvidos e 12% nos países em desenvolvimento.(1)

Mais de mil milhões (15%) da população Mundial vivem em tudo o mundo com algum tipo de incapacidade, das quais aproximadamente 200 milhões experimentam dificuldades consideráveis no seu funcionamento. Cerca de 95 milhões (5.1%) destas pessoas são crianças, as quais 13 milhões (0.7%) apresentam uma incapacidade grave. No futuro, a incapacidade vai ser um motivo de preocupação ainda maior pois a prevalência está a aumentar de ano para ano.(2)

Dados demográficos de 2017/2018 mostram que o número de crianças e alunos da população portuguesa com Necessidades Especiais de Educação (NEE) aumentou 7% relativo ao ano letivo 2016/2017. Aproximadamente existem em Portugal 88.023 crianças com NEE, sendo 54.932 (62,41%) homens e 33.031 (37,59%) mulheres, dos quais apenas 984 (1%) assistem a instituições de Educação Especial.(3)

A Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) define as necessidades especiais de atenção médica (Special Health Care Needs, SHCN por suas siglas em inglês) como "qualquer incapacidade física, do desenvolvimento, mental, sensorial, comportamental, cognitiva ou emocional ou condição limitante que exija tratamento médico, intervenção de cuidados de saúde e / ou utilização de serviços ou programas especializados." (4) Estas afecções podem ser de desenvolvimento, congénitas ou adquiridas por alguma doença, traumatismo ou ambiental ou podem impor limitações nas atividades diárias de automanutenção ou limitações significativas vitais. Se requer conhecimentos especializados para a atenção médica de pessoas com necessidades especiais, assim como

uma maior conscientização e atenção, medidas flexíveis e de adaptação devem ser aplicadas, além daquelas consideradas rotineiras. (5)

Estes pacientes podem-se classificar segundo as afecções que apresentam em 4 grupos: Grupo I, doenças crônicas degenerativas, como cardiopatias, diabetes, nefropatias, discrasias sanguíneas, epilepsia, entre outras; Grupo II, doenças que apresentam deficiências motoras por exemplo pacientes paraplégicos, tetraplégicos, hemiplégicos e outros; Grupo III, doenças que provocam deficiência sensorial como cegueira, surdez, surdo-mudez; Grupo IV, pacientes com transtorno mental segundo a sua classificação, atraso mental educável, moderável, severo e profundo.(6)

As crianças em situação de incapacidade segundo a AAPD têm maior risco de desenvolvimento de lesões de cárie e de contrair doenças orais, devido a que eles usam com frequência medicamentos açucarados e um alto consumo de alimentos cariogênicos, associado à redução da autoclise devido a alterações na função salivar. Além disso, apresentam um baixo nível de higiene oral pois dependem de um cuidador para realizá-lo.(7)

As pessoas com incapacidades constituem uma comunidade com necessidades sentidas e com necessidades de orientação de saúde oral, prevenção, aconselhamento sobre a dieta, medidas preventivas adequadas e adaptadas para este grupo vulnerável desde tenra idade.(8)

2. Objetivos

Neste trabalho pretendo avaliar e promover à equipa de Medicina dentária (Médico Dentista, assistentes, higienistas dentários, protésicos) e à comunidade educativa (Professores, administrativos, pais e alunos) a inquietude e a necessidade de trabalhar em promoção de acções a favor da educação à saúde oral, neste caso orientado aos grupos de risco, como são as crianças de educação especial, como um conjunto vulnerável.

Conhecer se existem diferenças estatisticamente significativas entre a saúde oral das crianças com necessidades especiais comparadas com as crianças normoreativas. Saber se a qualidade de vida da mãe de uma criança incapacitada pode interferir na sua saúde oral.

3. Materiais e Métodos

Atendendo o objetivo desta dissertação, foram procurados artigos (em espanhol, inglês e português), nos motores de busca NCBI (Pubmed), SciELO, Google académico, com as palavras-chave: Disabled children, Special education, Dental pathology, Oral health, Special disabilities, Oral health education in children with disability, Oral pathologies in children with disabilities, Dental care for children with disabilities, Crianças incapacitadas, Educação especial, Patologia dental, Saúde oral, Incapacidades especiais, Niños de educación especial, Patologías orales prevalentes en niños discapacitados e no site da “The American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD)”, “2017-18 Definitions, Oral Health Policies, and Recommendations”.

Também foram procurados dados estatísticos oficiais sobre a quantidade de crianças com necessidades especiais de educação em Portugal no site da Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC).

4. Desenvolvimento

4.1 Fatores de risco das doenças orais em crianças com SHCN

As crianças com SHCN podem ter ao longo da sua vida um maior risco de doenças orais. Estas doenças orais podem ter um impacto devastador e direto na sua saúde e qualidade de vida das pessoas com problemas ou condições de saúde sistêmicas. Os doentes imunocomprometidos ou doenças cardíacas associadas com endocardite podem ser especialmente vulneráveis aos efeitos das doenças orais.(5)

A susceptibilidade nestes pacientes de contrair doenças orais está dada por diferentes fatores de risco: educação sanitária deficiente, má higiene oral, dieta cariogénica e hábitos deformantes. Todos eles podem-se modificar com uma boa educação sanitária.(9,10)

Podem definir-se crianças medicamente incapacitadas no âmbito da Medicina Dentária, aquelas cujo estado médico é tal que a saúde geral pode correr maior risco se sofrerem uma doença oral ou se precisam de um tratamento dentário de rotina. Por isto é vitalmente importante a sua saúde oral. Os tratamentos dentários e as doenças orais apresentam diversos problemas nestas crianças. Primeiro, a sépsis como consequência da cárie dentária ou infecção dos tecidos gengivais ou periodontais pode constituir um risco. Segundo, os tratamentos endodônticos ou conservadores podem implicar um risco importante, e terceiro, qualquer cirurgia pode trazer problemas.(6)

Muitas crianças incapacitadas precisam de usar rotineiramente medicamentos que podem interferir na manutenção da sua saúde oral. Muitos destes xaropes contêm altas concentrações de açúcar porque as indústrias farmacêuticas acreditam que estes tornam-se mais agradáveis de tomar pelas crianças. Alguns medicamentos como os anticonvulsivos também interferem na hiperplasia gengival e no fluxo salivar o qual facilita a formação de placa bacteriana. Por isso são consideradas como um grupo de alto risco para as patologias orais como a doença periodontal e cárie.(11)

Nas crianças com deficiência mental, o tratamento dentário é difícil e além de apresentarem numerosos problemas de saúde oral por ter uma dieta mole, a cárie dentária aumenta, e o estado periodontal torna-se deficitário. Resumindo, os problemas orais são mais severos

pelas anomalias dentárias que eles apresentam. A maioria dos autores confirmam que a prevalência e severidade destas afecções orais são maiores que as das crianças normais.(12,13)

É habitual observar-se que os hábitos de higiene oral são deficitários não se cumprindo o propósito de controlo de placa bacteriana, verificando-se a presença de tártaro em idades precoces, doença periodontal, índice elevado de cárie, maloclusões, halitose, hipertrofias gengivais (provocadas também pelo uso de hidantoínas – medicação habitual nestas patologias – anticonvulsivantes) e conseqüentemente, em ultima fase pacientes parcialmente ou totalmente desdentados. (6,13)

4.2 Patologias Oraís prevalentes

A ingestão frequente de açúcares, alimentação mole, a presença de defeitos no esmalte, uso crónico de medicamentos, inabilidade em realizar a própria higiene oral, movimentos inadequados dos músculos mastigatórios e da língua, alterações no fluxo salivar e a dificuldade na manutenção da higiene oral são fatores de risco que contribuem para a maior prevalência de doenças bucais nesta população. (14,15) Conseqüentemente a todos estes fatores, são agravantes a que os pacientes especiais, de uma maneira geral, estão expostos aumentando a prevalência e gravidade das doenças cárie e doença periodontal, levando ao comprometimento de sua saúde oral. (16)

Em estudos sobre a prevalência da cárie dentária, verifica-se um maior CPOD (Dentes cariados, perdidos e obturados) em crianças com necessidades especiais do que em crianças normais, devido, principalmente, à dificuldade de manutenção de uma higiene bucal satisfatória. Este fato está associado à adição de açúcares nas formulações pediátricas que visam melhorar o sabor do produto (antibióticos e xaropes). Tem-se comparado a prevalência de cárie em crianças que utilizam cronicamente medicação via oral com aquelas que não a utilizam e verifica-se que as crianças que ingerem a medicação apresentam maiores índices de CPOD e que a severidade das lesões progridem com o aumento do tempo de utilização dos medicamentos.(17)

Além da cárie e doença periodontal, outros dos principais problemas de saúde oral destas crianças são as maloclusões. A AAPD define as incapacidades dentárias como uma condição em que a cárie, doença periodontal e os traumatismos dento-alveolares, ou outras condições orais sem tratamento dentário adequado podem limitar o desenvolvimento da criança e suas atividades da vida diária.

Nas maloclusões, a prevalência de classe II e III é maior que nas crianças normais, sendo que a classe I é menos frequente. Nas crianças com deficiência mental a mordida aberta anterior é mais frequente, seguido de apinhamento inferior.(13)

É difícil definir o conceito saúde oral pois envolve processos complexos como aspetos biológicos, sociais, de género, históricos, tecnológicos e económicos assim como valores individuais. Os bebés e crianças com incapacidades encontram-se em vulnerabilidade de saúde oral.(8)

As radiografias são meios auxiliares de diagnóstico e servem de ajuda na atenção da saúde oral de crianças e adolescentes com necessidades especiais de atenção médica. Usam-se para monitorizar e diagnosticar doenças orais, avaliar traumas dento-alveolares, assim como seguir o desenvolvimento dentofacial e progressos das terapias. No momento do exame radiográfico inicial não deve ser baseado na idade do paciente, se não nas circunstâncias individuais de cada criança. Porque os efeitos da exposição à radiação se acumulam com o tempo, devemos fazer todos os esforços para minimizar a exposição do paciente. São importantes as boas práticas de radiologia para minimizar ou eliminar a radiação desnecessária nas imagens diagnósticas dentárias.(18)

É comum observar altas prevalências de cárie, doença periodontal, hipertrofias gengivais por origem medicamentosa, exodontias sistémicas em vez de tratamentos conservadores por não colaboração em ambulatório, intervenções sob anestesia geral e consequentemente pacientes desdentados parcial o totalmente e a não utilização de próteses por se supor que seja um risco em pacientes com deficiência mental severa, paralisias cerebrais, epilepsia mal controlada. Existe uma maior incidência de oclusões traumáticas e bruxismo frequente, com abrasões e hipersensibilidade dentária. Dentro desta variedade de patologias dentárias que existem nestas crianças especiais, a doença

periodontal é o problema mais importante a nível estomatológico. Além da placa bacteriana, está influenciada por muitos outros fatores sistêmicos e locais.(6)

Muitos autores coincidem em que a prevalência e severidade destes problemas são elevadas e ocasionam maiores transtornos que nas crianças normais.(10)

Algumas características das doenças orais em crianças especiais são: Pacientes com atraso mental apresentam alterações morfológicas tais como anomalias dentárias do padrão eruptivo como hipoplasias de esmalte ou erupções atrasadas e palato alto com hipoplasia maxilar; Pacientes com paralisia cerebral podem apresentar traumatismos, bruxismo e hábitos como interposição lingual, deglutição atípica ou respiração bucal; Pacientes com incapacidades sensoriais (cegueira, surdez) apresentam alterações do desenvolvimento de dentes, como lesões hipoplásicas; Pacientes com nefropatias (alterações fisiológicas e metabólicas que acompanham a doença renal) têm manifestações orais como aumento da concentração de amoníaco o que produz manifestação de sabor desagradável metálico ou salgado, alterações na coloração das gengivas e mucosas orais, glossite devido à anemia perniciosa, hemorragias gengivais espontâneas, alterações na ATM e edemas intraorais; Pacientes transplantados apresentam mucosite, hipossalivação, infecções por vírus do herpes simples e zóster; Pacientes com patologias cardiovasculares que por estarem a tomar medicamentos que interferem com tratamento dentário ou provocar alterações foro dentário como os nitratos, betabloqueantes, aspirinas, antiagregantes; Pacientes diabéticos, alterações na resposta dos tecidos periodontais, à placa bacteriana, o que predispõe a padecer doenças periodontais mais graves com perda de tecido de suporte. As crianças e adolescentes insulíndependentes apresentam maior inflamação gengival.(6)

A patologia oral prevalente em crianças com necessidades especiais é muito variada. Além de isso determinou-se que a cárie, maloclusões, queilite e hábitos orais prejudiciais como o bruxismo, são as patologias que afetam na generalidade das pessoas com incapacidades.(19)

4.3 Influência da qualidade de vida dos pais com os cuidados orais das crianças

O nascimento de um bebê traz consigo mudanças importantes na vida de um casal e principalmente se é uma criança incapacitada. Os pais de crianças com condições mentais ou físicas que originam preocupações especiais deixam de lado os cuidados de higiene oral num plano secundário por causa de suas necessidades mais urgentes e sérias. A sobrecarga causada pelo cuidado de um filho incapacitado pode afetar a qualidade de vida e aumentar o stress nas mães.

O cuidado das crianças especiais precisa da participação completa da mãe e pai para satisfazer todas as necessidades especiais de seu filho. Estas mães e pais precisam de renunciar à sua vida social e/ou profissional para o cuidado completo de seu filho.(11)

A presença de doenças crônicas como hipotireoidismo, defeitos cardíacos, desordens imunológicas podem influenciar nos diferentes aspectos da vida dos cuidadores das crianças especiais, levando-os ao cansaço, sobrecarga, isolamento e stress. Sintomas de ansiedade e depressão são relatados em cuidadores de crianças com deficiência intelectual. Na maioria dos casos é a mãe quem assume o papel principal de cuidador por tanto são as mais vulneráveis dentro do núcleo familiar. Apresentam sobrecarga física, emocional e financeira, além de restrições nas actividades sociais e de lazer. (20)

Estudos tem demonstrado que a maioria dos pais e crianças especiais não têm uma informação higienio-sanitária oral satisfatória. Muitos poucos pais se sentem preparados para orientar sobre cuidados de saúde oral a prestar aos seus filhos.(9) Os pais são o fator mais importante na educação de uma pessoa com incapacidades. Os profissionais da saúde devem saber como influenciar estas crianças para enfatizar o apoio, a atenção e o amor de seus pais para conseguir um maior desenvolvimento. Deve-se transmitir a estes pais as mensagens de saúde que queremos fazer chegar às crianças e obter confiança em que eles podem ser receptivos a estos ensinamentos.(12)

Fatores culturais e socioeconómicos afetam também a ocorrência de doenças orais tal como capacidade familiar económica baixa e sobretudo o número de pessoas na família. Por vezes a mãe precisa dividir sua atenção com outras pessoas ou mesmo se sentir solitária, além de cuidar de uma criança deficiente, o que pode reduzir seu tempo e, conseqüentemente,

cuidar da saúde oral da criança. Devido à atenção intensa dedicada aos seus filhos especialmente em casos em que a incapacidade torna as crianças completamente dependentes, as mães destas crianças incapacitadas têm menos tempo livre, mudanças na vida profissional além do sentimento de isolamento, que pode interferir na sua vida pessoal e em relações sociais e torná-las mais stressadas do que mães de crianças saudáveis. Estudos mostram que grupos de crianças cujas mães relatam piores condições sociais apresentam maior índice de cárie.(11)

4.3.1 Crianças com SHNC dependentes de outras pessoas

Uma das principais barreiras é o conhecimento limitado dos cuidadores sobre a importância da saúde oral. Percepções comuns de que a saúde oral não é prioridade é evidente porque as famílias com crianças com SHNC estão sobrecarregadas. Nestas famílias que têm crianças com afecções que ameaçam a sua vida, o cuidado dentário não está na lista de prioridades para se preocupar, especialmente quando estão jovens e os dentes erupcionam crendo que estão bem. Inquéritos demonstram que muitos pais tem medo ao Médico Dentista, principalmente por terem tido alguma má experiência.(21)

O cuidado diário de crianças com incapacidades, devido a suas necessidades especiais de cuidado, é diferente das crianças com capacidades normais, que podem geralmente controlar a sua própria saúde oral, a contrário das crianças especiais que podem ser total ou parcialmente dependentes de outra pessoa para realizar atividades de cuidado diário. A má saúde oral tem um impacto negativo em nutrição, digestão, a capacidade de mastigar e disfrutar a comida, a fala e formas faciais. Consequentemente, os adultos com incapacidades tem maior prevalência e gravidade de doenças orais comparados com a população geral.(1)

Por vezes, os familiares questionam se o atendimento médico dentário vale a pena. O profissional deve elevar a estima da família e procurar melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Por isso, a maior parte dos esforços devem se dirigir a educar a estas crianças e nessa área devem participar não só os trabalhadores da saúde como também os pais e

educadores. Os pais são o fator mais importante na educação de crianças com alguma incapacidade pois são o elemento primordial para o seu desenvolvimento.(12)

Muitos pais não tem habilidades para fazer a higiene oral em crianças não cooperativas. De facto, o Médico Dentista não está entre os primeiros profissionais de saúde que os pais procuram, já que acham que as visitas ao Médico Dentista podem ser incómodas e causar mais dor a seus filhos. Desconhecem sobre a saúde oral em geral, não levam a consultas periódicas médico dentárias, demonstram ignorância sobre temas de saúde oral mais complexos e que competem às crianças com incapacidades e não valorizam a saúde da dentição temporária.(8,11)

4.4 Inconvenientes para ser atendidos

Os pacientes com SHNC apresentam uma infinidade de barreiras para o acesso ao atendimento médico dentário. Estas barreiras podem ser ambientais, que incluem dificuldades para encontrar uma clínica dentária perto de casa que aceite um seguro dentário e que seja capaz de satisfazer as necessidades únicas de pacientes especiais, ou não ambientais, que se centram no paciente, que geralmente têm medo do Médico Dentista, mostram reflexos defensivos e não cooperantes, além da condição médica geral destes pacientes que podem complicar o tratamento dentário ou que o paciente tenha necessidades de atenção médica mais urgentes que a atenção dentária.(22)

A disponibilidade de odontopediatras que atendem especificamente crianças com necessidades especiais é limitada. As barreiras que criam obstáculos nos esforços para melhorar a saúde oral de crianças com SHNC incluem a falta de pessoal das organizações para ajudar a estas crianças a encontrar um odontopediatra qualificado e a baixa procura de serviços de saúde oral por parte dos pais.(21)

O tratamento dentário de crianças especiais é difícil de realizar e por vezes é rejeitado por Médicos Dentistas devido aos transtornos comportamentais destes pacientes. O profissional de saúde deve mostrar-lhes um interesse autêntico, respeito, vê-lo como uma pessoa e não como um caso, e transmitir desde o início uma empatia que demonstre a qualidade de seus

sentimentos, pois com paciência, compreensão, o controle de muitas dessas crianças é possível. Na maioria das crianças observam-se atitudes de medo, insegurança e falta de cooperação.(12)

Em geral, as crianças com deficiências mentais (para alcançar uma higiene oral adequada) oferecem resistência às manobras realizadas e isso deve-se às desordens psicomotoras e ao grau de desenvolvimento cognitivo bem como à falta de conhecimento e colaboração dos pais para realizar as referidas manobras. O tratamento em crianças com afecção no sistema nervoso central e deficiência mental torna-se difícil de realizar.(13)

A Medicina Dentária tem um papel importante na área da reabilitação dos pacientes com impedimentos físicos. A atenção dentária é a única necessidade não coberta no tratamento e reabilitação de pacientes especiais, tanto em quantidade como em qualidade. Existe falta de Médicos Dentistas nos estabelecimentos escolares especiais, assim como de programas de saúde para escolas especiais. Estudos mostram falta de aconselhamento sobre saúde oral a professores e pais.(6,8)

Algumas possíveis fontes de erro no consultório dentário podem ser a falta de comunicação, falta de revisão da história clínica do paciente, como fármacos e medicamentos que utilizam, falta de registros e processos padronizados. A AAPD encoraja os Médicos Dentistas a considerar cuidadosamente o ambiente no qual eles fornecem serviços de saúde e implementar práticas que diminuem o risco de danos ou lesões do paciente durante o atendimento.(23)

Os pacientes com necessidades especiais podem exigir mais tempo do Médico Dentista, especialmente em aqueles com incapacidades de desenvolvimento, problemas complexos de atenção médica, problemas comportamentais e temores dentários. Muitos Médicos Dentistas rejeitam atender estes pacientes devido ao tempo adicional que precisam para obter uma história médica, para prestar o tratamento e uma capacitação inadequada para tratamento de crianças com SHNC.(22)

4.5 Acesso ao Médico Dentista

Os regulamentos exigem que os profissionais ofereçam acesso físico às consultas, por exemplo, rampas para cadeiras de rodas, vagas de estacionamento para portadores de deficiência. No entanto, as pessoas com SHNC podem enfrentar muitas barreiras para obter cuidados de saúde oral. As famílias com crianças com SHCN geralmente têm despesas mais elevadas do que as exigidas para crianças saudáveis. Devido às necessidades de atenção oral não satisfeitas das crianças com SHCN, o seguro desempenha um papel muito importante para essas famílias, mas ainda oferece proteção incompleta, e quando as crianças se tornam adultos, a cobertura de seguro pode ser restrita. Muitas pessoas dependem de fundos do governo para pagar por assistência médica e médico-dentária e não têm acesso adequado ao seguro privado.

Barreiras não-financeiras, como considerações de linguagem e psicossociais, culturais e estruturais, podem interferir no acesso aos cuidados com a saúde oral. A comunicação eficaz é essencial para pais e pacientes com deficiências auditivas, e isso pode ser conseguido através de materiais escritos, leitura labial, linguagem gestual com o sem intérpretes.(5)

A negação de atenção por parte de um Médico Dentista devido ao comportamento, idade, incapacidade de cooperar, estado médico debilitado de uma criança pode provocar indisposição, dor desnecessária, aumento das necessidades e custos de tratamento, experiência desfavorável e maus resultados obtidos. Se um Médico Dentista não pode fornecer atenção médica necessária, tem a responsabilidade ética de encaminhar o paciente a um profissional ou instituição que possa fornecer atenção. A AADP acha que não é ético que um Médico Dentista ignore a afecção ou doença de um paciente devido a seu comportamento, idade ou incapacidades que apresente.(24)

De todos os pacientes especiais, os que maiores necessidades médico-dentárias necessitam são os pacientes inválidos. Pode-se constatar que estes, em geral, apresentam abundantes patologias orais. O medo de causar dano, a ignorância, a falta de imaginação e os conhecimentos de como desenvolver nestes pacientes um tratamento conservador, são os fatores determinantes para tomar decisões extremas como exodontias múltiplas, sem

levar em conta as mutilações que isso significa, ou diretamente, a rejeição do paciente e negar a sua atenção. Os pacientes especiais exigem uma equipa dentária com habilidades especiais, conhecimento e tempo adicional do pessoal para coordenar atenção, ou se adaptar às necessidades únicas de cada paciente. Portanto é necessário, por vezes, aumentar a duração de cada consulta para tratar o paciente de forma efetiva e com alta qualidade.(6,22)

As pessoas com pacientes com SHCN podem expor um nível maior de ansiedade que aqueles sem incapacidades, o que afeta negativamente a frequência das visitas dentárias e conseqüentemente a sua saúde oral. A falta de conhecimento dos pais podem dificultar que uma pessoa com SHCN procure atenção dentária preventiva, já que outras condições de saúde geral pode parecer mais importante que a saúde dentária.

Como Médicos Dentistas temos a obrigação ética de proporcionar tratamentos a pacientes com doenças orais ou encaminhar os pacientes cujas necessidades de tratamento vão além de nossas habilidades profissionais.(5,24)

4.6 Estratégias preventivas e de tratamento

As NEE (Necessidades Especiais de Educação) são um termo teórico pedagógico utilizado para apoiar a atenção de crianças com dificuldades de aprendizagem num modelo de intervenção estritamente educacional. Este conceito não exclui nem substitui, nem nega, a terminologia clínica das diferentes deficiências. Seu objetivo básico é localizar os propósitos da atenção desse tipo de pessoas no campo educacional. A metodologia pedagógica para a atenção destas crianças gira ao redor de adaptações curriculares. Primeiro tem-se de recolher informação sobre a criança especial, como a suas variáveis psicológicas, neurológicas e pedagógicas e familiares; segundo, interpretar essa informação onde um especialista deve estabelecer uma relação de identidade entre a criança e problema; e terceiro, uma vez determinadas as NEE das crianças, o especialista deve realizar as adaptações curriculares para essa criança.(25)

A OMS diz que 2/3 das crianças especiais não recebem atenção dentária e que poucos aparecem beneficiados com a prevenção. O procedimento ideal com estas crianças é começar com uma boa higiene oral e introduzir-lhes programas preventivos e só seguidamente tratamentos curativos. Deve-se explicar de maneira compreensiva e usar a técnica dizer, mostrar e fazer (DMF). Dar confiança e ser amigável com o paciente, educá-lhes para que aceitem o tratamento sem medo e mantê-los com boa saúde oral enfatizando a promoção e prevenção.(12)

A educação sanitária contribui à formação de hábitos benéficos para a saúde oral e é baseado em informações higiênicas sanitárias e em pedagogia participativa para obter mudanças cognitivas, comportamentais e de estilos de vida. As escolas constituem o espaço ideal para desenvolver a promoção e educação para a saúde, tornar-se um elo de integração e coordenação entre a família e a comunidade, onde atitudes, práticas saudáveis e comportamentos são promovidos. Os professores devem contribuir com a educação para a saúde oral de crianças especiais e assumir esta tarefa quando o meio socioeconômico é adverso e não se conta com os pais.(9,10)

A AAPD reconhece que proporcionar atenção médica preventiva e terapêutica primária e completa a crianças com SHCN é uma parte integral da especialidade de odontopediatria. É importante preparar e educar ao paciente e aos pais sobre a importância de um especialista que tenha conhecimentos sobre as necessidades orais de seus filhos. Fica demonstrado em estudos internacionais a importância da prevenção dentária e o seguimento destes pacientes. O sucesso dessas estratégias dependerá de que os mediadores tenham ferramentas adaptadas ao nível de desenvolvimento da pessoa que ensinam, a frequência, o tempo e a continuidade nos hábitos que desejam estabelecer.(5,7,8)

Os objetivos da prevenção e de tratamentos preventivos em crianças especiais é levar que as crianças, pais, professores, conheçam e divulguem as medidas para proteger a sua saúde oral, detectar e controlar precocemente qualquer condição desfavorável ou problemas de saúde, realizar controlos de placa bacteriana e tentar com que os dentes sejam mais resistentes às cáries.(12)

5. Discussão

Considera-se que a educação em saúde oral é deficitária em quantidade, qualidade e relevância quando se trata de programar ações comunitárias inclusivas. Essas ações aparecem em escolas de crianças "normais" por meio de atividades que não aparecem em escolas especiais. Estudos demonstraram o importante que é elevar a educação para a saúde aos professores de crianças especiais para que ajudem a seus alunos a evitar problemas de saúde e ademais estar preparados para orientar aos pais nestes aspectos. É indispensável que os educadores saibam identificar os fatores que influem na saúde para poder orientar os alunos e pais de forma individual ou colectiva e ser promotores de saúde.(9,19)

As doenças orais representam um importante problema de saúde nas pessoas com incapacidades. A gravidade e prevalência de doença oral neste grupo são mais altas em comparação com a população geral. A inflamação gengival estabelece-se em idades muito precoces, desenvolve-se mais rápido e é mais extensa, observando-se em geral má saúde periodontal e limpeza oral. A cárie dentária apresenta uma prevalência mais discreta mas não desprezível, apresentam mais dentes perdidos e isto explica-se pelas dificuldades que têm para realizar a higiene oral, assim como a falta de motivação. As restrições físicas, uso de medicamentos que afetam as gengivas tal como betabloqueantes e hidantoínas, dificuldade para comunicar as necessidades orais, temores aos procedimentos dentários, as crianças com deficiência geralmente dependem de outras pessoas, como pais, ou serviços de vida assistida, comparadas com as pessoas sem deficiências que geralmente controlam sua própria saúde.(1,10)

O fator mais importante para melhorar o estado de saúde oral de crianças com deficiências é conscientizar às famílias sobre a importância dos hábitos de higiene oral. Os pais destas crianças apresentam sintomas de depressão e ansiedade, a qualidade de vida das mães pode interferir na saúde oral de seus filhos. Portanto fornecendo conhecimentos é uma forma importante de capacitá-las para abordar as incapacidades de seus filhos. Devem compreender que ações preventivas, tais como a escovagem dentária diária e visitas periódicas ao Médico Dentista, evitam situações mais complexas. Resultados de artigos demonstraram que os pais tinham desconhecimento sobre a saúde oral em geral, não

valoram a saúde da dentição temporária de seus filhos e ausência de consultas periódicas ao Médico Dentista. Esses padrões de comportamento podem ser modificados através de atividades de saúde direcionadas a estas crianças, seus pais, e outras pessoas ligadas a elas.(8,10,11,20)

6. Conclusão

Os bebês, crianças e adolescentes com necessidades especiais são considerados como um grupo vulnerável em temas de saúde oral. Nos resultados obtidos na maioria dos artigos estudados mais da metade das crianças com deficiências apresentaram cárie dental, doença periodontal e maloclusões, a maioria não têm informação e motivação higiênico sanitária oral satisfatória, geralmente se deve a que apresentam incapacidades físicas ou mentais que impossibilitam um autocuidado e precisam cuidados especiais, dependendo de familiares ou cuidadores.

Os principais fatores de risco de forma geral são a higiene oral deficiente, uso frequente de medicamentos e dietas ricas em açúcares. É de vital importância que a educação para a saúde oral comece desde idades precoces para desenvolver hábitos que permitam à criança a manutenção da saúde oral durante toda a sua vida, e que as atividades educativas e preventivas estejam dirigidas à criança, pais e professores de forma sistêmica e periódica.

A prevenção é um dos fatores mais importantes para assegurar uma boa saúde oral de qualquer paciente. O Médico Dentista tem um papel muito importante na prevenção, motivação e informação da saúde oral de pais e crianças com necessidades especiais.

Mais estudos para atestar de forma epidemiológica e intervenções presenciais (divulgações), do foro preventivo, em escolas de educação especial, comunidade médica (congressos, artigos), associação de pais, entidades de saúde governamentais e não governamentais, devem ser efetuadas.

7. Bibliografia

1. Altun C, Guven G, Akgun OM, Akkurt MD, Basak F, Akbulut E. Oral health status of disabled individuals attending special schools. *Eur J Dent*. Outubro de 2010;4(4):361–6.
2. WHO | World report on disability [Internet]. WHO. [citado 2 de Abril de 2018]. Disponível em: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/
3. Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência [Internet]. Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência. [citado 29 de Março de 2018]. Disponível em: <http://www.dgeec.mec.pt/np4/224/>
4. Definition of Special Health Care Needs. *Pediatr Dent*. 15 de Setembro de 2017;39(6):16.
5. Guideline on Management of Dental Patients with Special Health Care Needs. *Pediatr Dent*. 15 de Outubro de 2016;38(5):67–72.
6. Tan Castañeda N, Rodríguez Calzadilla A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. *Revista Cubana de Estomatología*. Dezembro de 2001;38(3):181–91.
7. Britto S. N, Núñez V. V, Consiglio N. M, Barrionuevo L, Correa K. Índice c. e. o. d de niños en situación de discapacidad y su relación con hábitos de higiene y frecuencia de controles odontológicos en Instituto Teletón Santiago-Chile. *Rehabil integral (Impr)*. 2016;11(2):108–15.
8. NASSO DPatD, SAIAZAr DEdFa. La salud oral de grupos poblacionales vulnerables: experiencias de educación para la salud bucal en niños con discapacidad en Perú y argentina. :5.
9. Herrera A, R S, Fernández M, M L, González R, M C, et al. Propuesta de comunicación en salud bucal para niños con retraso mental ligero, padres y educadores. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. Dezembro de 2005;9(6):44–55.
10. Muñoz Fernández L, Arias Herrera S, Romero González C, García H, Rosa C. Diagnóstico de salud bucal en niños con retraso mental ligero. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. Agosto de 2005;9(4):22–31.
11. Barros RM de CS de, Possobon R de F, Melo EA, Probst LF, Guerra LM, Cortellazzi KL, et al. Influence of the quality of life and locus of control of mothers of disabled children on the oral health of their children. *Spec Care Dentist*. Novembro de 2017;37(6):290–8.

12. Herrera A, R S, Fernández M, M L, Rodríguez Gutiérrez G, García Boss J. Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. Abril de 2005;9(2):144–54.
13. Ventura R, Antonio M, Isidro Olán L. Estado de salud bucodental de niños con capacidades especiales del Centro de Atención Múltiple No. 4. *Horizonte sanitario*. 2014;13(3):233–7.
14. Storhaug K, Holst D. Caries experience of disabled school-age children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1 de Junho de 1987;15(3):144–9.
15. AL GRO and C. Dental caries prevalence in the primary dentition of cerebral-palsied children. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 10 de Abril de 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12739693>
16. Lúcia Silva RESENDE V. Fatores de Risco para a Cárie em Dentes Decíduos de Portadores de Necessidades Especiais. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 10 de Agosto de 2007;7(2):111–7.
17. Bonini JÁD, Giro EMA, Orrico SRP, Cortes AP, Lorena SM. CORRELAÇÃO ENTRE A PREVALÊNCIA DE CÁRIE E A UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS. 25(1):8.
18. Prescribing Dental Radiographs for Infants, Children, Adolescents, and Individuals with Special Health Care Needs. *Pediatr Dent*. 15 de Setembro de 2017;39(6):205–7.
19. Analisis de la educacion para la salud bucal en niños con discapacidad. Un colectivo vulnerable, una propuesta inclusiva - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. [citado 3 de Abril de 2018]. Disponível em: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1895/1/Analisis-de-la-educacion-para-la-salud-bucal-en-ni%F1os-con-discapacidad.-Un-colectivo-vulnerable%2C-una-propuesta-inclusiva>
20. Barros ALO, Barros AO, Barros GL de M, Santos MTBR, Barros ALO, Barros AO, et al. Burden of caregivers of children and adolescents with Down Syndrome. *Ciência & Saúde Coletiva*. Novembro de 2017;22(11):3625–34.
21. Cruz S, Chi DL, Huebner CE. Oral health services within community-based organizations for young children with special health care needs. *Spec Care Dentist*. Setembro de 2016;36(5):243–53.
22. Policy on Third-party Reimbursement for Management of Patients with Special Health Care Needs. *Pediatr Dent*. 15 de Setembro de 2017;39(6):112–4.
23. Policy on Patient Safety. *Pediatr Dent*. Outubro de 2016;38(6):121–3.

24. Policy on the Ethical Responsibilities in the Oral Health Care Management of Infants, Children, Adolescents, and Individuals with Special Health Care Needs. *Pediatr Dent.* 15 de Setembro de 2017;39(6):136–7.
25. Barraza A. Metodología pedagógica para la atención de niños con necesidades educativas especiales. 4 de Julho de 2002;4(6). Disponível em: <http://www.psicologiacientifica.com/pedagogia-ninos-especiales/>

8. Anexos

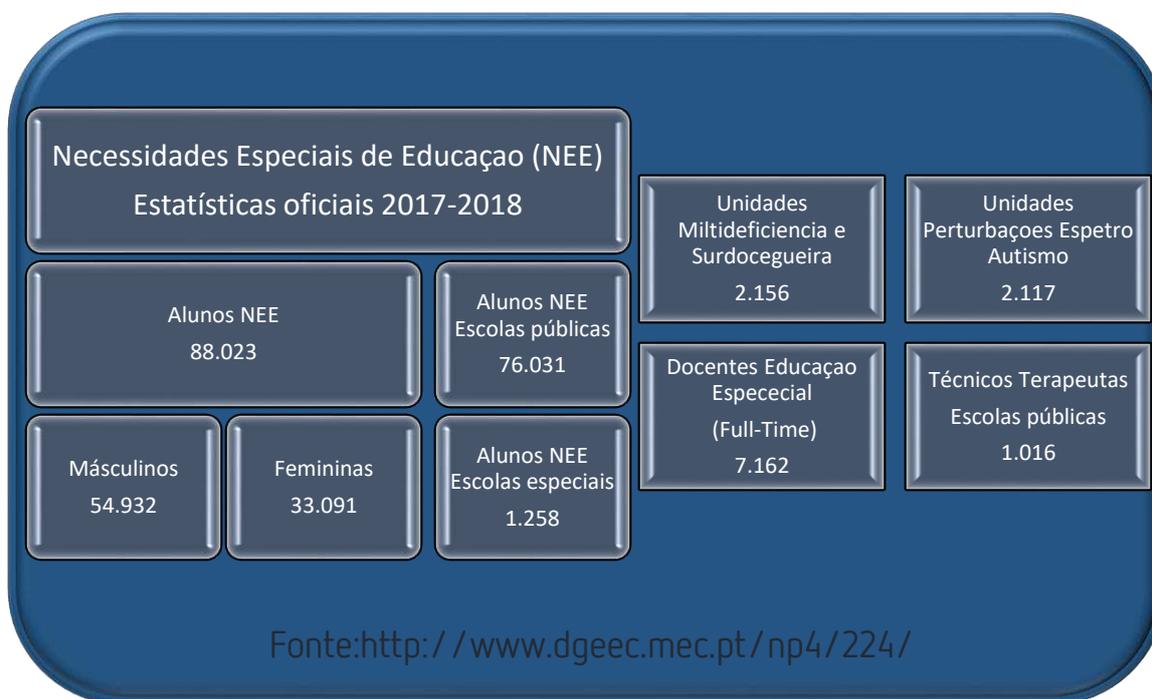


Tabela 1: Infográfico, estatísticas oficiais 2017/2018 de Crianças com NEE em Portugal

CAPITULO II

Estágios

Relatório de Estágios ano letivo 2017/2018

Os estágios em Medicina Dentária, brindam-nos a oportunidade de por em prática todos os conhecimentos obtidos ao longo da nossa carreira universitária.

Os estágios estão divididos em 3 componentes:

- Estágio em Clínica Geral Dentária.
- Estágio Hospitalar.
- Estágio em Saúde Oral Comunitária.

1. Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio de Clínica Geral Dentária foi realizado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde IUCS, na clínica Filipo Baptista em Gandra, Paredes, desde Setembro 2017 até Junho 2018, cumprindo um total de 180 horas. Foi supervisionado e orientado por Professores da Universidade, tendo como objetivo principal proporcionar ao aluno, competências Médico-Dentárias e trato direto com pacientes.

Estágio Clínica Geral Dentária-Gandra

Tratamentos	Operador	Assistente	Total
Exodontias	9	7	16
Endodontias	2	5	7
Destartarizações	3	3	6
Restaurações	12	8	20
Outros	11	30	41
Total	37	53	90

Tabela 1: Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente, durante o Estágio de Clínica Geral Dentária.

2. Estágio Hospitalar

O estágio Hospitalar foi realizado no Serviço de Estomatologia/Medicina Dentária do Centro Hospitalar Padre Américo em Penafiel entre Setembro 2017 e Junho 2018 compreendendo um total de 120 horas. Com a supervisão do Professor/Doutor Rui Bezerra.

Estágio Clínica Hospitalar-Padre Américo de Penafiel			
Tratamentos	Operador	Assistente	Total
Exodontias	17	18	35
Endodontias	3	2	5
Destartarizações	9	2	11
Restaurações	8	12	20
Outros	1	7	8
Total	38	41	79

Tabela 2: Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente, durante o Estágio em Clínica Hospitalar.

3. Estágio em Saúde Oral Comunitária

O Estágio de Saúde Oral Comunitária decorreu à Quinta-feira, entre as 9h e as 12h30, de Setembro de 2017 a Junho de 2017, num total de 120 horas sob a supervisão do Prof. Doutor Paulo Rompante. Numa primeira fase de setembro a dezembro de 2017, decorreu no Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, foi organizado e desenvolvido o plano de atividades e apresentados nas aulas. Em uma segunda fase foi implementado posteriormente na Escola Nova de Valongo no período de janeiro a junho de 2018. Para além das atividades inseridas no Programa Nacional de Promoção e Saúde Oral (PNPSO),

realizou-se um levantamento de dados epidemiológicos recorrendo a inquéritos fornecidos pela OMS, apresentações em PowerPoint, jogos didáticos e a realização de uma atividade prática de escovagem dentária para os alunos. Todas as atividades tiveram o objetivo a promoção e informação da saúde oral.