

Tatuí, 2021



EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE BUCAL

MÓDULO 2

ESCOLA TÉCNICA "Dr GUALTER NUNES"

Habilitação Profissional de Técnico em Saúde Bucal

“A educação, qualquer que seja ela, é sempre uma teoria do conhecimento posta em prática.”

Paulo Freire

Favor não imprimir. Mas caso imprima, frente e verso sempre!!!

Verso da Capa

Sumário

Capítulo 1 – Educação em Saúde Bucal.....	5
INTRODUÇÃO	5
EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL	5
Objetivos gerais das ações educativas em saúde bucal.....	6
Quem educa o paciente?	7
PRINCÍPIOS PARA ATUAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE BUCAL	7
Integralidade	7
Atuação interdisciplinar e intersetorial	7
Acolhimento	7
Responsabilidade e compromisso com o processo educativo.....	7
Desenvolvimento de ações e áreas temáticas integradas	8
Processo de acompanhamento e avaliação contínuo e sistemático.....	8
ABORDAGEM INDIVIDUAL E GRUPAL	8
Abordagem individual	8
Atividades grupais.....	10
Capítulo 2 – Atividade prática	12
DESENVOLVENDO AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL	12
ATIVIDADES BÁSICAS QUE PODEM SER DESENVOLVIDAS	12
Conteúdo Complementar	16
TÉCNICAS DE ESCOVAÇÃO.....	16
TÉCNICAS DE APLICAÇÃO DE FLÚOR.....	17
Eixo Temático 1: Hábitos Bucais Nocivos.....	20
INTRODUÇÃO	20
DISTÚRBIOS DE SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA.....	20
1. Sucção de Dedos, Chupeta e/ou Mamadeira	20
DISTÚRBIOS FUNCIONAIS	21
1. Respiração bucal	21
2. Deglutição atípica	22
3. Postura inadequada de língua.....	22
4. Bruxismo – ranger dos dentes.....	22
5. Onicofagia	23
FUMO.....	23
CHICLETE.....	24
1. Composição Química dos Chicletes	24
2. Malefícios dos chicletes.....	24
Eixo Temático 2: Dieta e Hábitos Alimentares Saudáveis	25
DIETA.....	25
1. Desenvolvimento das Funções Orais	25
2. Preparo para a Mastigação: da Amamentação ao Alimento Sólido.....	25
HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS.....	26
Eixo Temático 3: Cárie.....	28
Eixo Temático 4: Doença Periodontal.....	30

Capítulo 1 – Educação em Saúde Bucal



INTRODUÇÃO

A cárie dentária é a patologia mais comum da cavidade bucal, possuindo etiologia complexa e multifatorial, que inclui microbiota, dieta, hospedeiro, além de fatores coadjuvantes como socioeconômicos e ambientais. Embora os benefícios das mudanças de hábitos (higiene e dieta) sejam conhecidos pelo cirurgião dentista e a equipe odontológica, as informações sobre saúde bucal ainda são pouco divulgadas entre a população em geral.

No tratamento odontológico o paciente vivencia ações técnicas e pessoais com a equipe que o atende, por isso a integração entre o paciente e os profissionais deve ser ideal para que consciente e, ou inconscientemente, o paciente passe a ter cumplicidade nos resultados.

A educação odontológica passa a ser indiscutível e improrrogável, devendo ser imediatamente instituída na prática diária em todos os âmbitos, públicos e privados, da odontologia intrauterina à odontogeriatrics para que ela passe a ter o papel social que compete promovendo a saúde e permitindo a igualdade de direitos aos cidadãos.

Tudo o que acreditamos é o contexto para as nossas decisões e ações. Entender as relações entre as nossas crenças e as nossas ações é o que dá sentido à nossa vida. Para que o paciente execute ações odontológicas corretas ele deve acreditar nas informações e orientações recebidas. A equipe odontológica tem a missão de ajudar a crer nas orientações recebidas para que possa colocá-las em prática.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

A saúde envolve muito mais do que o corpo. As pessoas têm experiências, valores e expectativas que conferem ao processo saúde–doença uma complexidade que está para além da determinação biológica.

Isso nos leva a algumas questões fundamentais para a prática educativa: o que está em jogo na decisão e motivação das pessoas para cuidarem da sua saúde bucal? E isso é igual para todos? Podemos dizer que é possível encontrar um motivo-padrão que influencie ou intervenha da mesma maneira no processo saúde–doença dos diferentes indivíduos? Podemos fazer recomendações gerais sem discutir o que está implicado na determinação desse processo e sem conhecer como os diferentes fatores influenciam e como são tratados pelas pessoas com suas peculiaridades, histórias de vida, composição familiar e demais aspectos de seu contexto de vida?

Passamos a conhecer melhor as pessoas quando:

- Observamos o seu comportamento;
- Oportunizarmos a exposição dos seus pensamentos, sentimentos e ações;
- Eliminarmos as ideias pré-concebidas e ações estereotipadas.

Devemos interpretar as pessoas pelo que elas são e não pelo o que desejaríamos que fossem.

O sentido que cada um atribui àquilo que faz e lhe dá satisfação é próprio apenas daquela pessoa, isto fornece sentido a maneira pela qual cada um se sente motivado.



Os aspectos motivacionais das pessoas estão diretamente ligados ao entendimento das necessidades humanas. Portanto, motivação é o resultado dos estímulos que agem sobre as pessoas levando-as a ação. Ou seja, para que haja ação ou reação é preciso que um estímulo seja implementado, seja decorrente de coisa externa ou proveniente do próprio organismo. Por isso, o ser humano tem a necessidade de ser aceito socialmente (trabalho, escola/faculdade, grupos de amigos etc.), de ser amado, reconhecido, de pertencer e fazer parte de algo, de ser notado positivamente, de ser útil etc., de atender suas necessidades fisiológicas, de segurança, de autoestima e de autorrealização.

A educação em saúde supõe considerar essa sensibilidade ao próprio corpo, essa autonomia no cuidado de si. Autonomia esta que supõe a “inteligência coletiva” – trata-se de escutar a si próprio, mas também aos outros: a possibilidade de compartilhar informações e conhecimentos com outros (que podem ser cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal, auxiliares em saúde bucal, enfermeiros, médicos, mas também outras pessoas que têm o mesmo problema, vizinhos, familiares, outros doentes, etc.). E, mais que informações, trata-se de partilhar sentidos: partilhar um contexto comum, uma cultura, uma história, uma experiência, etc.

Estar atento aos aspectos de natureza cultural e antropológica que determinam os comportamentos com relação à saúde bucal significa relacionar-se com cada cliente, vendo-o por inteiro, como sujeito singular que tem história própria, valores, hábitos, costumes, paixões e conflitos.

Isso traz consequências para o encaminhamento de uma consulta, seja na cadeira odontológica, seja no “escovódromo” ou sala de prevenção ou qualquer espaço social onde o atendimento se realize. O ambiente de atendimento, como espaço educativo, é, necessariamente, um verdadeiro encontro. Não é só transmitir uma mensagem – é tentar ter alguma coisa em comum. Esse é um espaço que se constrói. Demanda tempo e assume um curso próprio caso a caso.

A prática educativa em saúde bucal refere-se tanto às atividades de educação em saúde bucal, voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade da saúde bucal; quanto às atividades de educação permanente, dirigidas aos trabalhadores da área de saúde bucal através da formação profissional contínua. Lembramos que muitas práticas de saúde bucal requerem práticas educativas. As ações de saúde bucal não implicam somente a utilização do raciocínio clínico, do diagnóstico, da prescrição de cuidados e da avaliação da terapêutica instituída.

Saúde bucal não são apenas processos de intervenção na doença, mas processos de intervenção para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde bucal, no qual estão relacionados os fatores orgânicos, psicológicos e socioeconômicos.

Objetivos gerais das ações educativas em saúde bucal

1. Ampliar conhecimentos, favorecendo a análise crítica e compreensão acerca dos fatores protetores e dos determinantes dos processos saúde–doença–cárie, doenças da gengiva e câncer bucal, afim de contribuir para a adoção das medidas individuais e coletivas de prevenção.
2. Reforçar a autoestima e o autocuidado.
3. Fortalecer os laços sociais e a participação na comunidade.
4. Desenvolver competências e habilidades de pais e familiares para que favoreçam que as crianças desenvolvam hábitos de autocuidado para prevenção da cárie e doenças da gengiva.
5. Instrumentalizar gestantes para os cuidados no pré-natal e no primeiro ano de vida do bebê para a garantia da saúde bucal.
6. Familiarizar as crianças com a clínica odontológica, visando reduzir sentimentos de ansiedade e medo com relação ao atendimento e ao processo de tratamento.
7. Capacitar professores e profissionais envolvidos no cuidado de crianças para implantação de mudanças organizacionais, supervisão e execução de atividades voltadas para a prevenção da cárie no cotidiano das instituições de ensino.
8. Instrumentalizar os escolares para a adoção de medidas de prevenção à cárie e doenças da gengiva.
9. Sensibilizar e instrumentalizar os adolescentes para que se engajem em ações de cuidado à saúde bucal no meio escolar e no contexto comunitário.
10. Desenvolver competências e habilidades para o controle de fatores de risco comuns à saúde bucal e à saúde geral.
11. Ampliar conhecimentos e potencializar habilidades para prevenção de perdas dentárias e outras afecções da cavidade bucal (em especial as decorrentes do uso de próteses).
12. Difundir informações sobre a existência e as formas de acesso aos serviços de referência na comunidade para realização de tratamento odontológico e de doenças com fatores de risco comuns.

13. Contribuir para iniciativas coletivas que visem garantir as condições ambientais propícias ao desenvolvimento de hábitos que favoreçam a saúde bucal.

14. Capacitar familiares, profissionais de diferentes áreas e agentes comunitários para atuar como cuidadores informais de idosos com ênfase nas temáticas relacionadas à saúde bucal.

Quem educa o paciente?

Os programas de educação em saúde visam conscientizar o paciente sobre a importância de sua saúde bucal, já que a maioria dos pacientes sabe que deve realizar a higiene bucal, mas não está sensibilizada para a sua execução. Quem deve desenvolver a tarefa de educar o paciente? Na verdade, essa tarefa é multiprofissional, toda a equipe educa o paciente, ou seja, CD, TSB e ASB. Cada profissional tem sua área de influência e deve estar integrada para que a ação de cada um colabore no resultado final satisfatório. Se a equipe for incoerente nas palavras e atitudes não conseguirá atingir os objetivos propostos.

O sucesso só se concretiza se o processo de comunicação ocorrer eficientemente, o que nem sempre é fácil. A comunicação atua em um universo repleto de detalhes que podem resultar em sucesso no tratamento ou em insucessos irreversíveis.

Comunicar-se é uma arte que pode ser exercitada. Na comunicação devemos levar em conta quem é o público alvo, ou seja, quem irá recebê-la e o que ele sabe sobre o assunto.

No momento em que se consegue a comunicação com o paciente, o próximo passo é educá-lo. Ele age segundo crenças, valores e sentimentos, ou seja, segundo sua história de vida. Para se conseguir mudança de atitude a equipe deve apresentar as ações positivas e indicar as ações negativas ao paciente orientando e cobrando várias vezes, pois o reforço e a repetição de condutas é que criam o hábito.

Essas atitudes exigem preparo, paciência e perseverança da equipe para que o sucesso seja alcançado.



PRINCÍPIOS PARA ATUAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE BUCAL

Integralidade

Como estratégia para a qualidade de vida, a atenção em saúde bucal deve intervir sobre os fatores estruturais dos processos de saúde–doença bucal, caracterizando uma prática que está voltada para “resolver os problemas de saúde bucal *integralmente*, e *integrados* a um conjunto de problemas gerais que caracterizam as dificuldades de um espaço social determinado para desenvolver-se plenamente.”

É recomendável, ainda, que as ações de educação em saúde bucal voltadas aos diferentes grupos sejam partes de programas integrais de saúde da criança, do adolescente, da mulher, do trabalhador e do idoso, percebendo as inter-relações da saúde bucal com a saúde geral e entendendo o indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade.

Atuação interdisciplinar e intersetorial

A programação das ações educativas deverá resultar da parceria das equipes das Atividades Educação em Saúde e Assistência Odontológica, num processo de planejamento participativo que estimule a reflexão acerca dos interesses, necessidades e demandas da clientela, a fim que sejam propostos programas e ações em conformidade com as prioridades identificadas e com os recursos locais.

Acolhimento

Essa compreensão traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores de saúde, em construir, com a clientela, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não só se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender possibilite a construção compartilhada do conhecimento e reforce a autonomia de cada pessoa atendida na gestão de sua saúde e bem-estar.

Responsabilidade e compromisso com o processo educativo

A dimensão educativa deve, assim, estar presente em todos os momentos da atenção em saúde bucal, sendo operacionalizada como processo e valorizada como parte integrante do tratamento odontológico por todos os membros da equipe.

Trata-se de uma prática educativa dialógica e participativa, voltada para o reforço da autoestima, a ampliação de conhecimentos, o desenvolvimento da autonomia e o apoio à organização comunitária para identificação, prevenção e solução dos problemas relacionados à produção da saúde/doença bucal.

Desenvolvimento de ações e áreas temáticas integradas

A reflexão e o debate crítico sobre a saúde bucal na sua relação com a saúde geral são os elementos fundamentais do processo educativo, devendo-se trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos correlacionados: diabetes, hipertensão, obesidade, trauma, câncer, tabagismo, alcoolismo, doenças de pele, doenças cardíacas, estresse, autocuidado etc.

As práticas educativas devem abrir espaços ao diálogo efetivo sobre saúde, no qual seja valorizada a forma como cada pessoa lida com a saúde/doença no cotidiano, as dificuldades que enfrenta e as alternativas que utiliza. Espaços nos quais o saber técnico-científico possa ser compartilhado e se abrir à interação respeitosa com a cultura popular, ampliando as visões de ambos os lados, num processo de construção compartilhada do conhecimento.

Processo de acompanhamento e avaliação contínuo e sistemático

A avaliação dá o Norte de nossas ações, indica o que está certo, o que está errado, onde houve desvios, se eles podem ou não ser corrigidos, e assim por diante. E é ela também que nos dirá se chegamos onde queríamos, e se iremos obter o que pretendíamos.

ABORDAGEM INDIVIDUAL E GRUPAL

“A ação educativa, como um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para assumirem a solução dos problemas de saúde, é um processo que inclui também o crescimento dos profissionais de saúde, através da reflexão conjunta sobre o trabalho que desenvolvem e suas relações com a melhoria das condições de saúde da população”.

Todos nós temos um compromisso com a ação educativa e a todo momento e em todo lugar estamos tendo oportunidades para desempenhar o nosso papel como educadores – seja qual for a nossa função na equipe de saúde bucal.

A palavra-chave é **participação**. É necessário que nos encontros com a clientela se alcance o respeito mútuo às convicções e à autonomia de cada participante – o que é possível quando se faz claro que o ponto de vista de cada um é o resultado das histórias pessoais, as quais guardam diferenças entre si. Assim, uma opinião pode ser aceita, se fizer sentido para a pessoa, ou rejeitada no caso contrário. E essa troca de ideias certamente estimulará a busca por informações, assim como dará sentido aos novos conhecimentos – não serão simples conceituações, mas conhecimento construído coletivamente e aplicado no cotidiano de cada sujeito.

Além da ação educativa de abordagem individual, característica da esfera de atuação clínico-odontológica, também se valoriza o desenvolvimento de práticas grupais que trazem vantagens para a aprendizagem por permitirem “que os participantes se deparem com muitas formas de viver uma mesma situação, possibilitando um conhecimento amplo e aumentando a experiência de cada componente”. Tais atividades proporcionam, ainda, apoio emocional e prático, ampliando as opções e condições das pessoas para operarem mudanças em prol do seu bem-estar.

Abordagem individual

A prática tradicional no processo de diagnóstico tem a tendência a identificar a doença como se fosse uma entidade independente da pessoa doente. Também seu processo acaba se restringindo à aplicação de um roteiro de anamnese ou entrevista e ao repasse de informações sobre a doença, acompanhado da repetição de preceitos normativos para prevenção. Dessa forma, a percepção e um diálogo sobre a real demanda do cliente ficam prejudicados.

Partimos do princípio de que, para que a ação educativa possa se efetivar, possibilitando o desenvolvimento da autonomia do cliente durante o processo de atenção à saúde bucal, é necessário um rearranjo da prática profissional que nos faz deslocar o olhar e a escuta da doença para o sujeito pleno de potencialidades.





Não podemos perder de vista que a investigação clínica para diagnóstico é a base da atuação clínica, do estabelecimento de um plano de tratamento, da definição sobre alternativas terapêuticas possíveis e das estratégias de monitoramento, voltadas para indivíduos diferenciados com relação as suas histórias de vida pessoais, experiências anteriores de tratamento, características e estilos de vida diversos. E isso num contexto de tratamento que supõe ações conjuntas do profissional e do paciente, além de ações específicas de cada um para promoção e manutenção da saúde.

Percebe-se, assim, que o momento do diagnóstico é um encontro rico de informações sobre a clientela, as quais devem ser usadas como elementos para o diálogo, visando a uma orientação compatível com cada sujeito em atendimento.

Não somente a consulta diagnóstica, mas todo o espaço de atuação clínica requer uma comunicação efetiva, com possibilidades de aprendizagem e construção de conhecimentos novos.

Para tal, é preciso substituir modelos ancorados em práticas de comunicação unidirecional, dogmática e autoritária, com foco na transmissão de informação, por discussão e reflexão, desencadeadas pela problematização de temas de saúde bucal. Torna-se imprescindível a abertura ao diálogo e à troca mediados pelos valores e vivências dos sujeitos envolvidos. Afirmar o sujeito do tratamento é acreditar e investir na prevenção e no autocuidado.

Esse é o desafio que se configura, então, para os trabalhadores envolvidos na atenção à saúde bucal, requerendo desenvolver habilidades profissionais necessárias ao estabelecimento de uma comunicação efetiva que produza conhecimento.

Dentre essas habilidades, destacamos:

- a) Propiciar um espaço para que o cliente possa expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação a sua situação de saúde;
- b) Empregar uma linguagem clara ao prestar informações apropriadas às reais expectativas, dúvidas e necessidades do cliente e adequadas do ponto de vista técnico-científico;
- c) Acolher o cliente, prestando o apoio emocional que se revele necessário;

Em outras palavras, nosso saber técnico-científico não estará contribuindo muito para o atendimento se não formos capazes de colaborar para torná-lo conhecimento prático no cotidiano das pessoas que atendemos. É como ocorre também em nossas vidas, se não conseguimos fazer daquilo que estudamos alguma coisa que nos faça viver melhor e transformar a realidade em que vivemos.

O tratamento, desde o momento do diagnóstico, é um **processo cooperativo** e como tal deve ser vivenciado, evitando-se estabelecer com o cliente uma relação de dominação-submissão, que faz do profissional o detentor do saber sobre o que é melhor para o outro.

Privilegiando o diálogo e a partilha de conhecimentos, valores e sentidos, passamos a prescindir das técnicas como meio de relação com o cliente. As tradicionais técnicas de escovação e uso do fio dental, por exemplo, deixam de ser as protagonistas e assumem a sua verdadeira função auxiliar, colocando-se a serviço das necessidades identificadas em conjunto com os sujeitos em atendimento.

Já observou que obtemos resultados diferentes quando usamos como base para orientação individual aquilo que o cliente sabe ou alguma habilidade que ele demonstra dominar? O que você tem percebido que dá mais certo: ensinar a técnica “ideal” de escovação independentemente do que a pessoa demonstra saber e ter desenvolvido como hábito ou valorizar aquilo que ela já faz e dá certo, apontando os aspectos em que se evidencia a necessidade de reformulações para um melhor controle do processo saúde–doença?

É disso que estamos tratando quando afirmamos que se deve dar ênfase ao diálogo, à interação, à reflexão. Não significa prescindir da informação, nem equivale a afirmar que tudo, absolutamente tudo, vai surgir do autodescobrimento. É necessário fornecer dados, informações (conteúdos) nos momentos oportunos, de forma que a pessoa vá descobrindo, elaborando, fazendo seu o conhecimento. Isto é possível quando a pessoa parte da sua experiência concreta, encontrando no profissional um facilitador para a sistematização dos conhecimentos e aquisição/aplicação de novas habilidades.

A tomada de decisão clínica está sempre referida a um acordo, de forma que as preferências do tratamento não podem depender apenas da visão unilateral do profissional.

No controle do processo saúde/doença bucal é marcante a importância de se ampliar os elementos de análise caso a caso, trabalhando em conjunto com o cliente na identificação dos fatores implicados na sua dinâmica de determinação desse processo:

- a) O seu padrão alimentar,
- b) O seu padrão de escovação e uso do fio dental,
- c) O domínio dessas habilidades, os valores familiares e culturais que sustentam as opções e os hábitos de autocuidado,

- d) Os fatores de motivação para busca e adesão ao tratamento,
- e) As principais limitações e dificuldades,
- f) Os recursos sociais que costuma utilizar,
- g) As associações que fazem do seu cotidiano a determinação do seu estado de saúde – informações que não são obtidas de um momento para o outro e que requerem o estabelecimento de uma relação de respeito recíproco que o cliente precisa estabelecer com o serviço como um todo.

Desde o primeiro momento da chegada do cliente, desde a sua inscrição, é necessária a existência de um clima de respeito e acolhimento. Todos os elementos da equipe estão implicados na qualidade do serviço prestado.

Então, a identificação e análise dos fatores envolvidos na determinação do estado de saúde de cada pessoa atendida e o esforço cooperativo de encontrar com o cliente as melhores opções de tratamento envolvem todos os profissionais da equipe de saúde bucal, parceiros internos e externos.

As informações do diagnóstico realizado pelo cirurgião-dentista devem ser associadas àquelas obtidas no processo de diagnóstico participativo implementado, bem como às contribuições de cada profissional geradas pelos contatos individuais e coletivos com a clientela.

São essas informações que vão permitir o planejamento das ações educativas e as modalidades de orientação individual na “sala de prevenção”, assim como a definição dos eixos temáticos ou “linhas de cuidado” que devem ser alvo da intervenção educativa em saúde.

A discussão dos casos em equipe permite a troca de informações que auxiliam a definição das alternativas de tratamento e a identificação de modalidades de apoio necessárias para o engajamento de clientes às medidas de prevenção e controle do processo saúde/doença e de promoção da saúde bucal.

Contribui, assim, para a identificação das necessidades coletivas que orientam a formação de grupos de autoajuda e apoio mútuo (tais como: gestantes, hipertensos, diabéticos, prevenção do estresse), aulas abertas, oficinas, cursos, encenação, palestras etc.

Grupo de autoajuda



Atividade grupal (crianças)



Atividade grupal (adultos)



Palestra



Encenação



Oficina



Também aponta para as necessidades de que a equipe atue no sentido da mediação estratégica e estabelecimento de parcerias visando à melhoria de condições estruturais que interferem nas dinâmicas individuais (fluoretação da água de abastecimento, infraestrutura sanitária básica, acesso à escova de dente e à pasta fluoretada, desenvolvimento de programas de saúde bucal escolar, etc.). Esta é, portanto, uma dinâmica de trabalho que permite extrapolar a dimensão da atuação estritamente clínica otimizando as possibilidades de intervenção mais integral sobre os determinantes do processo saúde/doença bucal.

Atividades grupais

As atividades em grupo favorecem a construção coletiva do conhecimento, a análise da realidade, a confrontação e o intercâmbio de experiências e o fortalecimento da autonomia, por meio de estratégias que estimulam e criam condições para a participação e integração dos seus membros, a inter-relação entre fatores subjetivos e objetivos, a dinamização da comunicação e a cooperação no esforço de encontrar soluções para as necessidades dos participantes em seu cotidiano e contexto de vida.

As atividades grupais constituem-se, assim, numa estratégia indicada tanto para o desenvolvimento de ações educativas com objetivo de capacitação e desenvolvimento de habilidades para o autocuidado e intervenção sobre os fatores que interferem no processo saúde/doença, quanto para programas de caráter formativo, voltados para a constituição de multiplicadores em diferentes cenários (escolas, empresas, associações comunitárias, etc).



O que se pretende é a criação de espaços de aprendizagem, onde sejam estimuladas a reflexão sobre a realidade que se pretende modificar, a troca de experiências vivenciadas pelos integrantes do grupo (incluindo os profissionais responsáveis pela atenção) e a busca compartilhada de soluções para os problemas evidenciados.

Para as atividades grupais temos o coordenador/facilitador das ações educativas. Ele deve estimular o grupo para que este gere suas análises, produza seus conhecimentos, questione sua própria prática e concepções. O cumprimento desse papel depende do ambiente de confiança criado e sustentado, do conhecimento dos métodos e técnicas para trabalhar cada tema, em cada etapa do processo.



No momento em que ele inicia o diálogo, ele também tem uma contribuição a dar, tanto no que se refere ao conhecimento do objeto do trabalho específico, quanto em termos de horizontes (objetivos) ao qual ele quer chegar. Essa é a competência do coordenador/facilitador.

Para isso é preciso estudar, atualizar-se, pesquisar. Estar atento às mudanças, à dinâmica das coisas.

Ele conduz o grupo ao alcance dos objetivos propostos, por meio da reflexão, da análise, da síntese. O coordenador/facilitador deve ter muito claro os objetivos que pretende alcançar, em geral (como resultado do processo de capacitação/formação) e em cada etapa do processo (unidades de estudos, atividades). Ele não deve discutir qualquer tema sem saber “por que” e “o que” quer conseguir com a discussão. E não pode deixar que o tema seja concluído sem alcançar os objetivos previstos.

A contribuição da teoria (leitura de textos, consultas, etc.) é essencial ao processo, pois nem todo conhecimento está naquilo que pertence ao grupo. Mas os meios ou instrumentos (manuais, textos, módulos didáticos, etc.) devem ser usados como elementos que ajudam a pensar, a inter-relacionar fatos para tirar conclusões.

Capítulo 2 – Atividade prática



DESENVOLVENDO AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL

Distribuir temas entre os alunos e desenvolver ações educativas para cada população:

1. Gestantes;
2. Bebês;
3. Crianças até 12 anos;
4. Adolescentes (12 a 18 anos);
5. Adultos (19 a 59 anos);
6. Idosos (a partir de 60 anos).

Questionamentos:

- ✓ Que grupo queremos atingir? (infância, gestantes e bebês, adolescentes, adultos, idosos.)
- ✓ Como esses grupos estão caracterizados? (faixa etária, escolaridade, fatores de risco.)
- ✓ Onde encontramos essas pessoas? (empresa, escola, comunidade, UBS.)
- ✓ Quais os recursos que temos para desenvolver esse trabalho? (profissionais capacitados, materiais didáticos, local.)
- ✓ Quais são os objetivos específicos que queremos alcançar junto a esses grupos de pessoas? (informação a comunidade, formação de agentes multiplicadores.)
- ✓ Quais são os conteúdos e métodos mais adequados ao alcance desses objetivos traçados? (tema associados aos objetivos educativos, grau de complexidade que será trabalhado.)
- ✓ Como se pretende verificar o alcance dos objetivos? (indicadores que serão usados.)

ATIVIDADES BÁSICAS QUE PODEM SER DESENVOLVIDAS

- a) Oficina inicial com a clientela da clínica odontológica, trabalhando conhecimentos, práticas relacionadas à saúde bucal e ao tratamento na clínica odontológica.



- b) Oficina inicial com pais e familiares das crianças que serão atendidas, trabalhando conteúdos associados às principais características dessa fase.



- c) Visita orientada para que as crianças conheçam a clínica odontológica e façam o primeiro contato com a equipe de saúde bucal.



- d) Orientação individual e coletiva com escovação supervisionada, no escovódromo, com auxílio de materiais de apoio, tais como modelos anatômicos e fantoches.



- e) Oficinas, atividades lúdicas, dinâmicas de grupo e demais recursos interativos, trabalhando conhecimentos e habilidades associados à prevenção de cárie, doenças da gengiva e câncer bucal, conforme as características, necessidades e demandas de cada grupo etário.



- f) Cursos ou oficinas para gestantes, abordando orientações sobre os cuidados no pré-natal e no primeiro ano de vida do bebê para garantia da saúde bucal.



- g) Capacitação de professores de escolas e da comunidade, instrumentalizando-os para a institucionalização de atividades e programas que contribuam para a saúde bucal dos escolares.



- h) Oficinas com alunos da Educação Infantil das escolas e da comunidade, trabalhando conhecimentos e habilidades associados à prevenção da cárie.



- i) Implantação do Programa de Saúde Bucal Escolar nas Unidades com Educação Infantil.



- j) Participação em campanhas junto à comunidade, desenvolvendo ações educativas voltadas para a sensibilização quanto à adoção de medidas individuais e coletivas de prevenção à cárie.



- k) Participação em campanhas para difusão de informações sobre a existência e as formas de acesso aos serviços de referência na comunidade para realização de tratamento odontológico e de doenças com fatores de risco comuns à saúde bucal e à saúde geral.



- l) Cursos ou oficinas para capacitação de agentes multiplicadores de saúde no meio escolar, laboral e no entorno comunitário.



- m) Grupos de apoio mútuo voltados para portadores de diabetes e hipertensão arterial.



- n) Oficinas de meditação, relaxamento e alongamento para a clientela que tem estresse como fator de risco associado às doenças bucais.



- o) Cursos ou oficinas para capacitação de familiares, profissionais de diferentes áreas e agentes comunitários para atuar como cuidadores informais de idosos com ênfase nas temáticas relacionadas à saúde bucal.



ATIVIDADES PRÁTICAS RELACIONADAS:

- Ações básicas de educação para saúde bucal para os diferentes grupos: gestantes, bebês, crianças até 12 anos, adolescentes (12 a 18 anos), adultos (19 a 59 anos) e idosos (a partir de 60 anos).
- Utilizar de técnicas de comunicação em grupo, técnicas de escovação, técnicas de aplicação tópica de flúor e técnicas de treinamento de agentes multiplicadores em saúde bucal.

OBS: O embasamento básico para essas atividades está na apostila, mas é importante a pesquisa e utilização de conteúdo de outras fontes, como livros, internet e orientação dos professores.

Conteúdo Complementar



TÉCNICAS DE ESCOVAÇÃO

Existem diversas técnicas de escovação. Com relação à melhor técnica de escovação, não há diferença estatística entre os vários métodos quanto à capacidade de remover a placa bacteriana. Desta forma, a melhor técnica é aquela a que o paciente melhor se adapta e consegue realizar a remoção da placa satisfatoriamente, dependendo da sua habilidade motora e destreza.

Posição de Starkey: Recomendada para crianças em idade pré-escolar e com pouca habilidade manual. A criança fica em pé, na frente e de costas para a mãe e encosta a cabeça contra ela. A mãe usa a mão esquerda para segurar e estabilizar a mandíbula e com os dedos desta mão afasta os lábios e as bochechas; com a mão direita empunha a escova, executando os movimentos. Para a escovação dos dentes inferiores, a mandíbula deve ficar no plano horizontal. Para higienização da arcada superior, a cabeça deve ser inclinada para trás, de modo que a mãe possa ter visão direta. Os movimentos usados podem ser tanto os da técnica de Fones como os da técnica de Stillman modificada.



Para crianças em idade escolar podemos indicar a técnica de Fones ou Stillman modificada. A técnica de Fones, sendo mais simples, tem seu aprendizado recomendado para crianças menos hábeis ou menos interessadas.

Técnica de Fones: A criança segura a escova e, com os dentes cerrados, faz movimentos circulares na face vestibular de todos os dentes superiores e inferiores. Nas faces lingual/palatina, os movimentos são circulares, logicamente com a boca aberta. Nas faces oclusal/incisal os movimentos são no sentido anteroposterior.

Técnica de Stillman Modificada: Para crianças mais habilidosas, pode-se indicar a técnica de Stillman modificada. Nesta técnica a escova é colocada com o longo eixo das cerdas lateralmente contra a gengiva deslizando da face gengival para a oclusal/incisal, realizando movimentos vibratórios e de varredura. Este movimento é repetido várias vezes para cada grupo de dentes que está sendo escovado, igualmente para os dentes superiores e inferiores e para as faces vestibular e lingual. Na oclusal realizam-se movimentos anteroposteriores.

Qualquer que seja a técnica ensinada deve haver uma metodologia de ensino para não se deixar nenhuma área sem escovação. Mesmo em crianças em idade escolar, os pais devem supervisionar a escovação. Somente na puberdade a criança tem condições de ser totalmente responsável pela escovação.

Técnica de Bass: Colocam-se cerdas da escova na área do sulco gengival numa angulação de 45°. Fazemos movimentos curtos pra frente e para trás, vibratórios. As superfícies oclusais são escovadas movendo-se a escova para frente e pra trás.

Esta técnica tem sido recomendada para pacientes portadores de aparelhos ortodônticos fixos.



A higiene oral deve ser feita logo que o bebê nasce, até mesmo para evitar candidíase. A limpeza pode ser feita com água oxigenada na proporção de 1:4, ou somente água filtrada. Para crianças sem dentes ou somente os dentes anteriores, usar fralda, gaze ou dedeira.

A partir da erupção dos primeiros dentes posteriores, usar escova dental para bebês, sem pasta ou com pasta dental sem flúor ou com concentração reduzida de flúor. Somente a partir do desenvolvimento do reflexo de deglutição, que ocorre por volta dos 5 anos, é que as crianças podem começar utilizar cremes dentais regulares.



Fio dental: O fio dental é o meio mais útil e efetivo para higiene interdental. Devido a sua eficácia, ele seria considerado um instrumento primário e seu uso deveria ser ensinado antes da escovação. O fio dental deve medir de 25 a 45 cm e deve ser enrolado em torno do dedo médio de uma das mãos e posicionado com as pontas dos dedos indicadores. A distância desses dedos indicadores deve ser de 2 a 3 cm, com o fio bem esticado, mas não sob tensão. A superfície interproximal é limpa, movendo-se o fio de cima para baixo e abraçando bem a superfície interproximal. Para pacientes que não possuem destreza manual, o uso de porta fio pode ajudar, principalmente nos dentes posteriores.



TÉCNICAS DE APLICAÇÃO DE FLÚOR

O acesso ao flúor pode determinar a ocorrência ou não da cárie. O flúor provoca um desequilíbrio a favor da remineralização dos tecidos duros dos dentes. Mesmo na presença de fatores cariogênicos que por si só ocasionariam a doença, a cárie pode não ocorrer ou ocorrer de uma forma menos agressiva.

Muitos trabalhos científicos indicam o uso do flúor como a principal causa da redução da cárie dental no mundo, especialmente na água de abastecimento e no dentífrico (pasta de dente).

Métodos sistêmicos: São aqueles em que o flúor é ingerido. A utilização de dois métodos sistêmicos concomitantes é contraindicada. O mais utilizado é a fluoretação da água, mas outros métodos também podem ser usados, com a fluoretação do sal, leite, açúcar e goma de mascar.

Métodos tópicos: São aqueles em que o flúor entra em contato com a superfície dental.

A- Bochechos com flúor: Eles inibem de 20 a 50% o aparecimento de novas cáries. É de fácil aprendizado pela criança, custo reduzido e fácil aplicação. As concentrações do bochecho dependem da forma de aplicação. Para bochechos diários a concentração indicada é de 0,05% de fluoreto de sódio, e uso semanal é de 0,2%. A criança deve mais de 6 anos, já que nesta idade ela já tem o reflexo de deglutição bem formado. Os bochechos podem ser efetuados no pátio da escola ou na sala de aula. Todo vasilhame deve ser de plástico, para evitar o ataque do flúor ao vidro. Colocam-se 10 mL da solução na boca da criança, que enxágua vigorosamente, por 1 minuto, e depois expectora toda a solução. Após o bochecho aconselha-se nada ingerir por meia hora. Para a dispensação da solução na boca, pode ser utilizada a almotolia.



B- Aplicações tópicas de soluções – gel: A forma de gel é a mais comum é a de 1,23% de flúor fosfato acidulado. Aqui, grande quantidade de flúor se deposita sobre o esmalte num curto período de tempo, devido à alta concentração de flúor contido na solução com baixo pH, pois a solução é ácida. Os dentes devem ser limpos, faz-se o isolamento relativo com roletes de algodão, a secagem dos dentes e procede-se sua aplicação sobre a superfície dos dentes. O paciente deve ser mantido em posição ereta, com a cabeça inclinada para frente durante a aplicação. Podem ser utilizadas moldeiras com espuma de absorção no fundo Pedir para que a criança expectore em abundância e remover eventuais excessos.



Flúor em espuma



Flúor em gel

C- Vernizes com flúor: Os vernizes fluoretados são materiais aderentes aplicados pelo profissional à superfície dentária, onde permanecem por algum tempo permitindo uma lenta e gradativa liberação de flúor para o esmalte. Muito utilizado em crianças menores, que poderiam engolir o flúor em gel ou solução. A limpeza prévia dos dentes é considerada necessária, podendo ser feita por meio da escovação. A concentração usual é de 2,26% ou 22,6 mg.



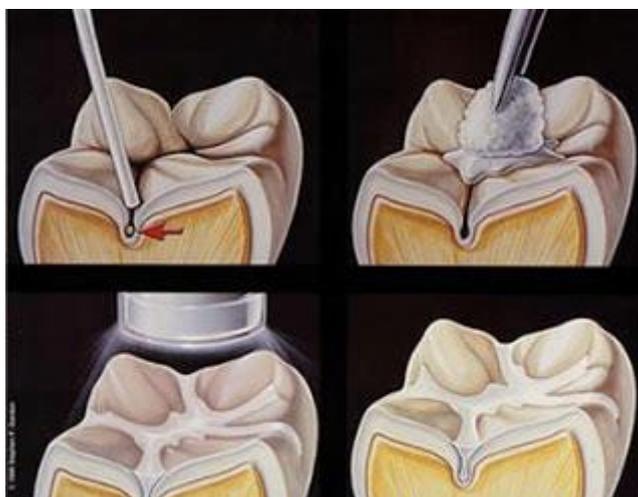
D- Dentífricos (Pastas dentais): O limite máximo do conteúdo de flúor na fórmula é de 1.500 ppm, no Brasil. Para crianças menores, que costumam engolir grande parte do dentífrico, existem os dentífricos com baixa concentração de flúor (500 ppm). De qualquer forma, as crianças e responsáveis devem ser orientados a colocar uma quantidade mínima de dentífrico na escova, o relativo a um grão de arroz, para que o risco da ingestão diminua. Existem dentífricos sem flúor, que podem ser utilizadas em crianças pequenas e de baixo risco de cárie.



E- Selantes: Indicado para proteção da superfície oclusal, que é a mais susceptível em virtude dos sulcos e fissuras. Devem ser aplicados quando o paciente tem história de cárie e sulcos profundos.

Indicações para o uso do selante: sulcos muito profundos, dentes em atividade de cárie e família/criança sem colaboração no programa de prevenção e dentes em erupção com risco iminente de cárie.

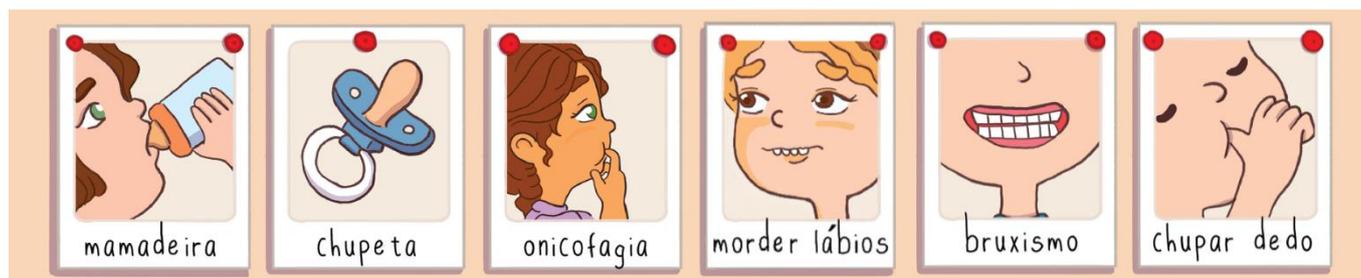
Contra-indicações para o uso do selante: anatomia favorável do dente, com sulcos rasos e criança e família colaboradora no programa de prevenção.



Aplicação do selante no dente, preenchendo os sulcos

Mesmo utilizando o selante, a criança pode vir a apresentar cárie, devido aos seguintes fatores:
O selante não protege as faces lisas dos dentes, onde mais ocorre a cárie de mamadeira.
O selante não protege entre os dentes, outro local de grande incidência de cárie.
O selante pode quebrar (como todo material, está sujeito a falhas) e criar um degrau, com retenção de placa. Portanto, ele deve ser reavaliado com frequência.

Eixo Temático 1: Hábitos Bucais Nocivos



INTRODUÇÃO

Os profissionais cirurgiões dentistas têm razões muito fortes para se preocupar com os hábitos bucais de seus pacientes, porque a região bucal é muito importante para a criança sob o ponto de vista estético, mastigatório e fala.

A sobrevivência do recém-nascido depende da função bucal. É através da boca que, aos poucos, irá explorar dedos, mãos e objetos. Junto com essa exploração, o desenvolvimento da coordenação motora da criança, o equilíbrio sensório-motor será estabelecido.

Após a sucção, que é um impulso natural, a criança vai adquirir e desenvolver outras funções bucais, como a mastigação, deglutição e fonação. Se essas funções forem realizadas adequadamente, irão direcionar e estimular o crescimento facial, contribuindo para o estabelecimento normal das estruturas faciais. Portanto, o adequado crescimento craniofacial depende diretamente do equilíbrio muscular e funcional de todas as estruturas faciais envolvidas no aparelho respiratório e mastigatório.

Os maus hábitos bucais aparecem nessa fase de desenvolvimento. Quando isso acontece, pode haver desenvolvimento ósseo-muscular alterado, com uma descoordenação das funções dos lábios, língua e bochechas.

Os distúrbios das funções podem começar desde a idade mais precoce, e esse desequilíbrio nessa fase de crescimento permite maior fixação neuromuscular das funções de modo inadequado. Podem iniciar assim os problemas de função oral relacionados à fala, deglutição e respiração. A língua que deglute é a mesma que realiza a mastigação e a fala. A língua também ajuda a equilibrar a posição dos dentes, opondo-se contra a força muscular dos lábios e das bochechas. Para que a língua possa realizar a deglutição e a mastigação, os lábios devem estar bem vedados e a respiração tem que ser realizada pelo nariz.

Além das funções citadas, a função estética tem papel importante na criança, papel esse que a acompanhará por toda a vida. As características de um sorriso podem determinar como esta pessoa será vista pelos outros em sua vida. Muitas vezes a comunicação de uma criança se dá por expressões faciais. Quando há uma alteração na posição dentária ou algum desequilíbrio das arcadas que a própria criança já percebe, isso acaba por afetar seu comportamento e o modo como se relacionam com as demais pessoas.

Existem hábitos bucais nocivos que podem alterar o padrão normal do crescimento craniofacial. Quando uma criança apresenta esse problema, a família passa a demonstrar certa ansiedade e preocupação sobre quem é o responsável por esses hábitos. Por isso é importante evitar sua instalação, mas, se não for possível, tentar minimizar ao máximo seus efeitos indesejáveis.

Os hábitos nocivos mais comuns, que alteram o padrão normal de crescimento dentofacial, são distúrbios de sucção não-nutritiva (mamadeira, chupeta e dedo) e os distúrbios funcionais (mastigação, respiração e deglutição).

Ainda devemos considerar como hábitos nocivos o fumo e o chiclete.

DISTÚRBIOS DE SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA

1. Sucção de Dedos, Chupeta e/ou Mamadeira

A sucção é importante para satisfazer necessidades nutritivas, psicológicas e emocionais da criança e faz parte do desenvolvimento psicomotor na infância, mas não deve estender-se além da fase oral.

Os hábitos devem ser bem analisados em cada indivíduo, porque as causas podem ter origem em motivos completamente distintos. Orientações contraditórias por parte dos pais devem ser evitadas. Toda



ajuda para que o hábito seja superado deve ser realizada sem repreensões. É importante explicar os problemas com os dedos e as arcadas.

A sucção de dedo, chupeta ou mamadeira é extremamente prejudicial para as arcadas dentárias, causando problemas graves como estreitamento da maxila e mordida aberta. O estreitamento da maxila leva ao posicionamento inadequado (maloclusão) do tipo mordida cruzada. Ao mesmo tempo, pode acarretar mordida aberta anterior, na qual os dentes anteriores não se tocam. A mordida aberta pode levar a outro tipo de maloclusão, a interposição de língua. Desta forma, mesmo que o hábito de

sucção seja removido, a mordida aberta é mantida inadequadamente pela língua na deglutição.

Após a correção da maloclusão, uma fonoaudióloga deve avaliar para que não ocorra reincidência do problema. Se o hábito persistir na dentição permanente, os dentes se posicionarão conforme a deformidade das arcadas e agravarão os procedimentos de correção ortodôntica. E se a maloclusão estiver presente na fase adulta, os procedimentos ortodônticos para a sua correção serão associados à cirurgia ortognática (cirurgia corretiva dos maxilares), portanto, todo o esforço para que a criança não adquira o hábito de sucção será recompensado, tanto pela ausência de deformidades na face como pela minimização de problemas futuros.



Mordida aberta anterior

DISTÚRBIOS FUNCIONAIS

1. Respiração bucal

A respiração bucal é o primeiro reflexo do bebê ao nascer. A passagem do ar pelo nariz, desde o primeiro momento, vai estimular o crescimento da cavidade nasal.



A amamentação materna tem papel fundamental no desenvolvimento da boa função respiratória da criança. A falta desse estímulo pode dar origem à respiração bucal, porém devemos observar que a respiração bucal pode apresentar outras causas, que serão determinadas pelo diagnóstico de um otorrinolaringologista junto ao ortodontista e ao fonoaudiólogo. Essas outras causas podem ser rinite alérgica, hipertrofia de adenoides ou de amígdalas, desvio de septo nasal, hipertrofia de cornetos e presença de pólipos nasais.

O ar inspirado pelo nariz é filtrado, aquecido e umidificado, sendo totalmente adequado aos nossos pulmões. O ar que entra pela boca não é filtrado, é frio e seco, levando bactérias e ácaros diretamente aos pulmões. A respiração bucal pode ser observada quando a criança dorme. Com a respiração bucal, o palato fica mais profundo, deixando arcada deformada e a cavidade nasal atrofiada, devido à falta de estímulos pela passagem do ar pelo nariz.

Atualmente, a respiração bucal é considerada uma síndrome, na qual percebemos várias características de desequilíbrio funcional. Os pais devem estar atentos às características físicas do respirador bucal, geralmente as seguintes:

- ✓ Apresenta face alongada, caracterizada pelo aumento da altura da metade inferior da face;
- ✓ Apresenta olheiras devido à diminuição da drenagem linfática;
- ✓ Possui as asas do nariz hipodesenvolvidas;
- ✓ Apresenta mau hálito;
- ✓ À noite, seu sono é agitado, baba e ronca;
- ✓ É sonolento, apresenta, muitas vezes, déficit de atenção, concentração e dificuldade de aprendizagem devido à falta de oxigenação no cérebro;
- ✓ Apresenta rendimento físico diminuído;
- ✓ É inapetente, porque o ato de se alimentar gera esforço e cansaço;
- ✓ Prefere líquidos e pastosos, porque não requerem trabalho mastigatório;



- ✓ Na criança, a respiração oral reduz o estímulo de crescimento do terço médio da face, levando à formação de palato em ogiva, hipodesenvolvimento lateral da arcada dentária superior, com conseqüente aumento anteroposterior da mesma e protrusão dos dentes;
- ✓ Apresenta postura corporal incorreta;

A criança que respira pela boca pode sofrer alterações como as seguintes:

- ✓ Crescimento e desenvolvimento das estruturas dentofaciais e musculares inadequados (assimetria da face, maloclusão);
- ✓ Problemas respiratórios (rinite, sinusite, otite);
- ✓ Deglutição atípica (a criança engole errado);
- ✓ Dificuldade na fala;
- ✓ Eixo corporal alterado (cabeça para frente ou para trás, ombros para frente);
- ✓ Desenvolvimento intelectual comprometido (baixo nível de atenção, diminuição da capacidade de concentração);
- ✓ Tórax estreito.

O respirador bucal terá quase que uma gengivite permanente, porque o ar que passa pela boca resseca a gengiva e favorece a proliferação de bactérias. Também terá lábios ressecados.

2. Deglutição atípica

A deglutição nada mais é que o ato de engolir. Há envolvimento de músculos orais, linguais e da mastigação. A mastigação se desenvolve e a deglutição é uma conseqüência que também passa por um processo de desenvolvimento, para isso dependendo da consistência dos alimentos ingeridos.

Na deglutição normal, os dentes superiores e inferiores se tocam, a língua pressiona o palato fazendo força e os músculos dos lábios não fazem pressão.

No caso da deglutição atípica, a língua geralmente se posiciona um pouco mais à frente do lugar certo, interpondo-se entre as arcadas, separando os dentes anteriores. Os dentes anteriores então não se tocam, levando muitas vezes a uma situação chamada de mordida aberta.

A ação muscular exerce grande importância no desenvolvimento das arcadas. É preciso haver equilíbrio entre a musculatura interna e externa, como se os músculos moldassem os ossos.



3. Postura inadequada de língua

Outra situação que altera o bom desenvolvimento das arcadas é a postura da língua, que pode ser conseqüência da deglutição atípica ou da respiração bucal.

A língua quando em repouso, deve tocar o palato. Se a língua permanecer apoiada sobre os dentes, esta força passiva movimentará os dentes de modo que suas posições corretas fiquem alteradas, portanto em repouso bucal, a língua deve encostar ao palato sem pressão e os dentes não devem estar em contato entre si, mas apenas próximos. Esta posição pode ser alcançada por meio da fonoaudiologia.



4. Bruxismo – ranger dos dentes



O bruxismo é considerado uma disfunção da mastigação e acomete crianças, adolescentes e adultos. É definido como um constante apertar, ranger ou cerrar os dentes, que pode ser inconsciente ou consciente.

Pode causar desgaste excessivo dos dentes. As causas não são claras, mas indicam ter relação com fatores psicológicos, contatos inadequados entre os dentes e fatores hereditários. Pode ocorrer de maneira temporária, por volta dos dois e quatro anos de idade, fase de intensas mudanças psicológicas. Nesta fase podem aparecer também distúrbios do sono e da fala devido a mudança da fantasia para a realidade.

Os dentes só podem se encostar quando engolimos. Os desgastes nos dentes ocorrem porque a estrutura dental não está preparada para um intenso contato.

Ocorre, portanto uma sobrecarga tanto nos dentes quanto nas articulações. É importante salientar que o bruxismo e o biquismo são as parafunções orais mais frequentes e que estão relacionadas com os distúrbios da ATM (articulação temporomandibular).

5. Onicofagia



A onicofagia é o hábito de roer unhas, considerada uma disfunção da mastigação, assim como o bruxismo. Ocorre muito em crianças de três a seis anos e por volta dos dez. As causas parecem estar relacionadas ao estresse, tensão e ansiedade.

O hábito de roer as unhas pode acarretar problemas de saúde, levando a infecções por fungos e/ou bactérias (desgastes das superfícies dentais e reabsorção das raízes), além de calos nos próprios dedos.

O tratamento deve visar as causas do hábito. Geralmente melhorar a autoestima sem fazer críticas. Qualquer atitude definida para a remoção do hábito deve ser efetivada com a aceitação da criança, senão o procedimento toma a característica punitiva.

FUMO



O fumo é responsável pela maioria das mortes por câncer. Os tipos de câncer relacionados com o uso do cigarro são: câncer de boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga e colo de útero, doenças coronarianas tais como angina e infarto do miocárdio.

O fumo causa 20% das mortes por doenças cerebrovasculares entre elas derrame cerebral. Nas doenças pulmonares (bronquite e enfisema) 85% das mortes são causadas pelo fumo. Outras doenças relacionadas ao uso do cigarro são: Aneurismas arteriais; úlceras do trato digestivo; infecções respiratórias, dentre outras.

Fumantes têm 50% a mais de chances de terem infarto que os não fumantes; Fumantes têm seis vezes mais chances de sofrer de bronquite crônica e enfisema pulmonar que os não fumantes. Dependendo do grau de enfisema pulmonar, mesmo que o indivíduo suspenda o uso do cigarro, o processo se torna irreversível.

Nos olhos, o fumo produz a debilitação do sentido da visão e distorção do ponto de foco visual. Quanto ao olfato, o fumo irrita a mucosa nasal e distorce a função olfativa.



Na boca, o calor da fumaça e o alcatrão atacam as mucosas da boca, tornando-a propensa ao câncer além de enfermidades nas gengivas, incluindo até perda de dentes. Pesquisas comprovam que 92% dos tumores da cavidade oral estão diretamente relacionados ao fumo.

Na laringe, o fumo dilata as cordas vocais, e produz rouquidão, não sendo raro o câncer nesse local derivado do uso do cigarro.

Nos pulmões, a sucessão de enfermidades produzidas pelo hábito de fumar é notória: enfisema, bronquite, asma e o mortal câncer pulmonar.

No aparelho circulatório ocorrem o aumento da pressão arterial, obstrução de vasos sanguíneos, aumento de colesterol, todos fatores conducentes a ataques cardíacos. Nos órgãos digestivos o fumo produz a úlcera péptica, distúrbios no duodeno, e câncer do estômago.

Os bebês nascem com menos peso e ocorre probabilidade maior de nascimentos prematuros. Nos órgãos urinários pode ocorrer câncer. A qualidade do leite materno é afetada, causando irritabilidade e transtornos digestivos. O hábito de fumar diminui a quantidade de leite.

Na fumaça do cigarro já se isolaram 4.720 substâncias tóxicas, as quais atuam sobre os mais diversos sistemas e órgãos. Nicotina - é a substância causadora da dependência química e é cancerígena, por sua ação, a nicotina diminui o calibre da artéria do cordão umbilical e a irrigação sanguínea da placenta. Um de cada seis nascimentos de crianças com baixo peso é devido ao fumo.

O benzopireno é a substância que facilita a combustão existente no papel que envolve o fumo, além disso, o cigarro contém nitrosaminas, substâncias radioativas; agrotóxicos – DDT; solventes; metais pesados - chumbo e o cádmio (um cigarro contém de 1 a 2 mg), níquel e arsênico - armazenam-se no fígado e rins, coração, pulmões, ossos e dentes; cianeto hidrogenado; amônia - utilizado em limpadores



de banheiro; formol - componente de fluido conservante; monóxido de carbono - o mesmo gás que sai dos escapamentos de automóveis.

Os filhos de mães fumantes correm 63% mais riscos de morrer após o nascimento do que os bebês daquelas que não fumaram durante a gravidez. Os riscos de ocorrência de defeitos congênitos são mais altos entre os bebês de mães fumantes.

As mulheres que fumam 20 cigarros por dia têm mais chances de sofrerem um aborto.

CHICLETE

Industrialmente, a produção do chiclete iniciou-se em 1872 quando o americano Thomas Adams Jr iniciou a venda de pedaços de cera parafinada com alcaçuz. O nome Chiclete deriva-se de Chiclets, um produto da ADAMS.

As duas grandes guerras mundiais, principalmente a segunda, contribuíram para o aumento da popularidade da pastilha elástica, não só nos EUA, mas também um pouco por todo o mundo. Era tida como terapia relaxante para o stress diário de que as pessoas eram vítimas.

Com o aumento do seu consumo, os fabricantes tiveram de procurar novos produtos que substituíssem as resinas naturais. Surgiram novos tipos (sem açúcar, com novas cores, novos sabores, novos formatos, etc.) e novas marcas de pastilhas, como é o caso da Trident em 1962.

No Brasil, a fabricação e a venda do produto iniciaram-se em 1945.



1. Composição Química dos Chicletes

Nas diversas marcas de chicletes disponíveis no mercado entram componentes variados. Todas têm por base um tipo de goma, óleos vegetais e muitas outras substâncias, que mudam de acordo com o tipo e com o fabricante.

A maioria dos chicletes listam inocentemente "goma-base" como um de seus ingredientes, e mascaram o fato de que petróleo, lanolina, glicerina, polietileno, acetato de polivinila, cera de petróleo, ácido esteárico látex (possível alérgeno) e subcutâneo putrefeito de couro bovino podem estar entre seus componentes. Por causa dos padrões de identificação de itens como a goma-base e os flavorizantes, os fabricantes não estão obrigados a declarar tudo o que existe em seu produto. Segundo a Dertoline, indústria química francesa, "dercolitos" adesivos são usados como cola de rótulos e fitas adesivas e como base para chicletes. Muitas marcas também listam no rótulo glicerina e glicerol como ingredientes. Ambos podem ser derivados de animais. Entre os componentes entram adoçantes (no caso dos chicletes sem açúcar) ou o açúcar comum, existente nas gomas tradicionais.



2. Malefícios dos chicletes

Os chicletes feitos com adoçante podem causar diarreias, dada a lenta absorção de alguns adoçantes, como o sorbitol, pelo trato gastrointestinal. Já os que contêm açúcar comum têm a capacidade de facilitar a formação da placa bacteriana, uma película que se forma sobre os dentes e promove a formação das cáries e o aparecimento de doenças na gengiva.

O hábito de mascar estimula a secreção de enzimas digestivas, o que pode gerar uma gastrite e ulcera, além de sobrecarregar a mandíbula causando bruxismo e problemas na dentição além de hipertrofia dos músculos da mastigação e disfunções da ATM. Por isso, o uso não controlado, contínuo e por vezes até exagerado de gomas de mascar, balas e similares não é recomendável, principalmente para crianças e jovens. Além de não trazerem contribuição à dieta, esses produtos podem causar prejuízos à saúde.



Eixo Temático 2: Dieta e Hábitos Alimentares Saudáveis



DIETA

1. Desenvolvimento das Funções Orais

A alimentação é muito importante não só como função nutricional, mas também pela sua influência no crescimento adequado das estruturas bucais e faciais.

Todo bebê, ao nascer, está preparado apenas para sugar. Ele possui rebordos gengivais e um impulso natural de sucção. Com o crescimento, seus dentes irrompem, preparando-o para uma alimentação diferente daquela que vinha recebendo. Durante o processo de alimentação, ocorrem as descobertas de sabores, texturas, consistências, formas e temperaturas diferentes dos alimentos.

Até o primeiro ano de vida, a introdução do alimento será de forma gradativa, passando de líquidos, pastosos e semissólidos a sólidos.

2. Preparo para a Mastigação: da Amamentação ao Alimento Sólido

a. Idade: RN a 6 Meses

A amamentação no peito deve ser o alimento exclusivo do bebê até os seis meses e deve permanecer até os dois anos, com livre demanda nos primeiros meses para depois estabelecer gradativamente os horários. Além de ser um alimento completo para o bebê, o leite traz a imunidade que ele necessita até que adquira seus próprios anticorpos.

A sucção do seio da mãe é um estímulo diário que o bebê pratica, muito importante no estímulo oral para um correto desenvolvimento da face (estímulo da ordenha). Além disso, esse exercício serve para se ter afeto, nutrição e uma respiração nasal prevenindo otites. A mastigação é um impulso natural que se inicia na amamentação.

b. Idade: 6 a 12 Meses

É muito importante cuidar da introdução de alimentos pastosos. Ela deve ser uma mudança gradativa, e os alimentos mais espessos devem ser introduzidos por meio de colher ou copo, nunca utilizando a mamadeira.



Aos 6 meses: Suco de frutas ou papa de frutas, nos intervalos do leite nos horários das refeições principais. As frutas devem ser variadas para estimular o paladar e para que se forneça maior variedade de vitaminas e sais minerais.

Aos 6 meses e meio: Primeira refeição (almoço): papa de cereais e tubérculos, sempre amassados. Utilizar leite, frutas e sucos nos intervalos.

Aos 7 meses: Segunda refeição (jantar) mesma papinha com acréscimo de proteínas (carne, frango, peixe). Usar o mínimo de óleo no preparo. A criança estará fazendo duas refeições ao dia e recebendo leite, frutas e sucos nos intervalos.

Aos 6 ou 7 meses: Ocorre a erupção dos incisivos inferiores e, com isso, o impulso de sucção será diminuído e é substituído pelo de apreensão. É importante que a criança receba alimentos pastosos para começar a morder.

Aos 8, 9 meses a dieta será a mesma, aumentando a consistência, de amassados para pedaços.



A época de erupção dos primeiros dentes do bebê coincide com a idade em que a criança começa a sentar-se, tendo mais autonomia sobre seu corpo.

Após a erupção dos incisivos começa a modificação do tônus muscular, ou seja, toda a musculatura da boca vai se fortalecendo e se desenvolvendo para a mastigação com a modificação da dieta. A mastigação realizada pela primeira vez é involuntária, depois passa a ser voluntária e controlada, desenvolvendo-se com o estímulo. Toda a mastigação passa por um aprendizado. O primeiro molar decíduo erupciona por volta dos dezesseis meses alterando o padrão mastigatório, coincidindo com essa fase da dieta.

A mudança da consistência dos alimentos coincide com essa fase da criança, então, preparada para desafios. O desenvolvimento e amadurecimento dessa fase, repleta de descobertas, não devem ser bloqueadas pelos pais. Eles devem deixar a criança mais livre para vivenciar novas situações. Dessa forma, a criança não se mostrará infantilizada, ao contrário, se mostrará mais segura e feliz com a realização de novas conquistas.

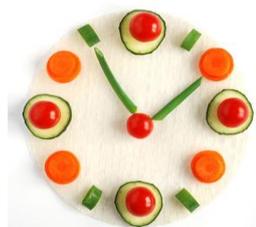


c. 12 meses

A partir dos **12 meses** a alimentação da criança será adaptada gradativamente com alimentos bem cozidos evoluindo até o consumo de alimentos crus e por volta dos **30 meses** será a mesma da família.

HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS

A dieta tem papel central e determinante no desenvolvimento da cárie. O consumo de doces deve ser extremamente controlado. Quanto mais o doce for pegajoso, mais formador de cárie será.



A alimentação deve ser oferecida em horários regulares. O ciclo de digestão deve ser favorecido adotando-se o hábito de ingerir alimentos com regularidade em horários pré-determinados, o que ajuda na fixação do ciclo vital no cérebro e facilita a criação da rotina de higiene bucal.

O cardápio deve ser balanceado com a presença de todos os grupos de nutrientes sendo composto de alimentos saudáveis como: frutas, verduras, legumes, cereais integrais, feijões, tubérculos, e carnes magras. A introdução do açúcar deve ser cautelosa, não deve ocorrer em abundância.



Para a sobremesa, o ideal é que se dê preferência a frutas ou doces caseiros, como pudins e gelatinas.



É importante habituar a escovação após as refeições desde o início da mastigação.



Eixo Temático 3: Cárie



O Projeto SBBrazil 2010 integra as ações de Vigilância em Saúde desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e se constitui em peça-chave da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, na medida em que seus resultados servem para avaliar o impacto do programa, identificar problemas e reorientar as estratégias de prevenção e assistência, especialmente as relacionadas com a implementação da Estratégia Saúde da Família (direcionada para a atenção básica) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), elemento estruturante da atenção secundária em saúde bucal.

Dentre os principais resultados apresentados ao longo deste relatório, destacam-se os relativos à cárie dentária, usualmente avaliada a partir do índice CPO. Devido ao seu caráter cumulativo ao longo dos anos, o CPO é sempre referido em relação à idade e um indicador utilizado internacionalmente é o CPO aos 12 anos, pois reflete o ataque de cárie logo no começo da dentição permanente.

O primeiro inquérito nacional, realizado em 16 capitais em 1986, mostrou um CPO aos 12 anos de 6,7, ou seja, aproximadamente 7 dentes afetados pela doença, sendo a maioria destes ainda sem tratamento. Em 2003 foi realizado o primeiro inquérito de saúde bucal que incluiu, além de todas as 27 capitais, os municípios do interior das cinco regiões, pesquisa que ficou conhecida como Projeto SBBrazil 2003. Naquele estudo, o CPO aos 12 anos foi igual a 2,78 e, nesta pesquisa de 2010, o CPO aos 12 anos ficou em 2,07, correspondendo a uma redução de 26,2% em 7 anos. Considerando o componente do CPO relativo especificamente aos dentes não tratados (cariados), a redução foi de mesma magnitude (de 1,62 para 1,21).

Entre os adolescentes de 15 a 19 anos, a média de dentes afetados foi de 4,25, mais que o dobro do número médio encontrado aos 12 anos. Esta evolução do CPO entre a infância e a adolescência tem sido um achado comum em outros estudos no Brasil e no mundo. Comparando-se com 2003, contudo, a redução no componente “cariado” foi de 35% (de 2,60 dentes em 2003 para 1,70 em 2010).

No que diz respeito aos adultos e idosos, em geral a redução no ataque de cárie é menos significativa, tendo em conta o caráter cumulativo das sequelas da doença. Entre os idosos de 65 a 74 anos, por exemplo, o CPO praticamente não se alterou, ficando em 27,5 em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8, com a maioria correspondendo ao componente “extraído”. Entretanto, analisando os resultados para o grupo de 35 a 44 anos, observa-se que o CPO caiu de 20,1 para 16,7 – um declínio de 17%. Mais importante: observa-se que os componentes “cariado” e “perdido” caíram mais acentuadamente enquanto que o componente “obturado” cresceu em termos relativos. Sinteticamente, o componente “perdido” cai de 13,23 para 7,48 enquanto que o componente “obturado” cresce de 4,22 para 7,33 (um aumento de 73,7%). Em linhas gerais, isso significa que a população adulta de 35 a 44 anos, ao longo dos últimos sete anos, está tendo um menor ataque de cárie e está, também, tendo um maior acesso a serviços odontológicos para restaurações dentárias. Esta é uma importantíssima inversão de tendência registrada no país: os procedimentos mutiladores, representados pelas extrações de dentes, cedendo espaço aos tratamentos restauradores.

Ainda com relação à cárie dentária, cabe destaque às importantes diferenças regionais. Comparando-se as regiões naturais, são expressivas as diferenças nas médias do CPO aos 12 anos: o Norte (com 3,16) e o Nordeste (com 2,63) e também o Centro-Oeste (com 2,63) têm situação pior que as regiões Sudeste (1,72) e Sul (2,06). Os valores extremos (Norte e Sudeste) mostram uma diferença de cerca de 84%. Além disso, no Nordeste a proporção de dentes restaurados em relação ao CPO total é

menor que no Sudeste, indicando que o maior ataque da doença se combina com menor acesso aos serviços odontológicos. Comparativamente ao observado em 2003, esse padrão de diferenças regionais se manteve.

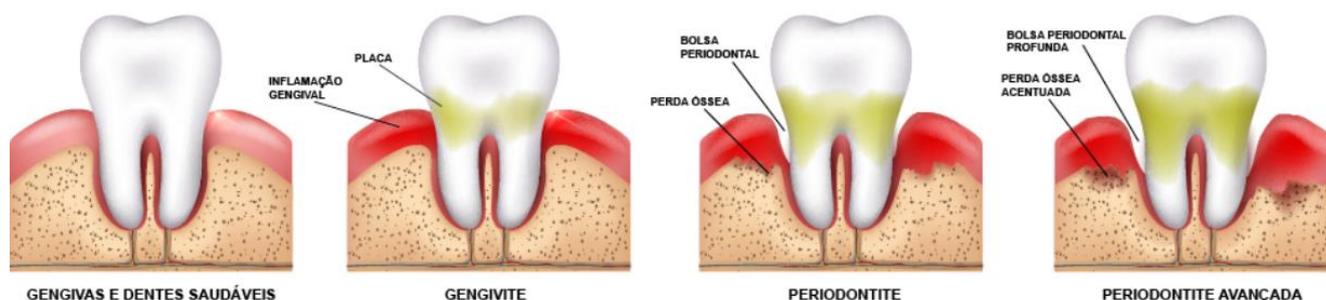
Cabe ressaltar, também, que atenção especial deve ser dada à dentição decídua, pois o ataque de cárie em crianças de cinco anos foi, em média, de 2,43 dentes. Desses, menos de 20% estavam tratados no momento em que os exames epidemiológicos foram realizados. Em 2003 a média nessa idade era de 2,8 dentes afetados – uma redução, portanto, de apenas 13,9% em 7 anos. Além disso, a proporção de dentes não tratados se manteve no mesmo patamar de 80%.

Em termos internacionais, úteis para comparações, o último estudo sobre carga de doença bucal no mundo foi realizado pela OMS em 2004. Na ocasião, o CPO médio mundial aos 12 anos (dados ponderados de 188 países) foi de 1,6. Na região correspondente às Américas, a média ficou em 2,8 e, na Europa, em 1,6. As regiões responsáveis pela baixa média mundial são a África e o Sudeste Asiático, que apresentam valores médios baixos, geralmente explicados pelo baixo consumo de açúcares.

Comparando-se o Brasil com países de mesmo grau de desenvolvimento na Europa e na América, a média brasileira se situa em um valor intermediário. Dentro da América do Sul, apenas a Venezuela apresenta média de CPO aos 12 anos semelhante à brasileira (2,1). Os demais países possuem médias mais altas, como a Argentina (3,4), Colômbia (2,3), Paraguai (2,8), Bolívia (4,7) e Peru (3,7).

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que, segundo a classificação adotada pela OMS, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6).

Eixo Temático 4: Doença Periodontal



No que diz respeito às condições periodontais, avaliadas pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), em termos populacionais, estes problemas aumentam, de modo geral, com a idade. Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos, 50,9% para a faixa de 15 a 19 anos, 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos. A presença de cálculo e sangramento é mais comum aos 12 anos e entre os adolescentes. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos (35 a 44 anos), em que se observa uma prevalência de 19,4%. Nos idosos, os problemas gengivais têm pequena expressão em termos populacionais, em decorrência do reduzido número de dentes presentes. Quanto às diferenças regionais, cabe menção ao percentual de adolescentes sem problemas gengivais, que varia de 30,8% na região Norte a 56,8% na região Sudeste.

Sites para Pesquisa e Vídeos indicados pelo professor:

Referências Bibliográficas:

1. Albanesi Filho, Francisco Manes. A legislação e o fumo. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 82(5), 407-408, 2004.
2. BASTOS, J.R.M.; PERES, S.H.C.S. Educação em Saúde com Enfoque em Odontologia e em Fonoaudiologia. 1ª ed. São Paulo: Moderna, 2007.
3. BORGES, LUCIANE C. ASB e TSB - Formação e Prática da Equipe Auxiliar. Ed. Elsevier Brasil, 2015.
4. CAMPOS, A.A.C. Educação para Saúde Bucal. 1ª ed. São Paulo: Premium, 2011.
5. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SBBrasil_2010.pdf acesso 16 de setembro de 2020.
6. <http://www.infoescola.com/drogas/os-males-do-cigarro/> acesso 05 de maio de 2020.
7. <http://proa-turma08.pbworks.com/CHICLETE> acesso 05 de maio de 2020.
8. JUNIOR, SYLVIO DA C.; SERRA, CARLOS G. Programa Saúde da Família - Cuidados Com o Câncer Bucal. 1ª Ed. São Paulo: Editora Napoleão, 2012.
9. LOBAS, C. F. S.; RITA, M. M.; DUARTE, R. THD e ACD. 2ª edição. São Paulo: Ed. Santos, 2006.
10. NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.
11. SESC. DN. DPD Manual técnico de educação em saúde bucal / Claudia Márcia Santos
12. Barros, coordenador. – Rio de Janeiro : SESC, Departamento Nacional, 2007.
13. SILVA, HELENITA CALDEIRA DA. Saúde Bucal ao Alcance de Todos. Santa Catarina: Editora: Ufsc. s.d., 1997.