

# ABORDAGEM ODONTOLÓGICA EM UM BEBÊ PORTADOR DE MICROCEFALIA: relato de caso

Greyce Kelly Gomes Delgado<sup>1</sup>, Maria Eduarda de Albuquerque Cavalcanti<sup>1</sup>, Patrícia de Albuquerque Mendes<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduação em Odontologia do Centro Universitário CESMAC.

<sup>2</sup> Mestra em Odontopediatria, Professora no Centro Universitário CESMAC.

## Endereço correspondência

Greyce Kelly Gomes Delgado  
Rua Adolfo Gustavo, 316/504, Serraria  
57035-220 – Maceió, Alagoas  
[greycedelgado@hotmail.com](mailto:greycedelgado@hotmail.com)

Recebido em 20 de novembro (2017) | Aceito em 15 de dezembro (2017)

## RESUMO

A microcefalia é uma condição neurológica onde o cérebro se apresenta subdesenvolvido, ocasionando um perímetro cefálico menor do que o esperado. Um aumento significativo no número de casos foi verificado no Brasil em 2015 e diferentes teorias tem sido relacionadas ao surto de microcefalia, dentre elas, a associação ao Zika vírus. Crianças com microcefalia no Brasil apresentam alterações bucais, tais como: doenças periodontais, cárie dentária, maloclusão, micrognatia, atraso na erupção dentária, disfagia, bruxismo e traumatismos dentários. Os pacientes com necessidades especiais (PNE) têm um risco aumentado para desenvolver doenças bucais que podem ter um impacto direto e negativo em sua saúde. Uma condição bucal satisfatória do PNE está relacionada à presença de um cuidador para realizar a escovação propiciando melhoria na qualidade de vida desses pacientes. O presente relato teve como objetivo proporcionar o acompanhamento odontológico frequente durante a erupção da dentição decídua, a fim de proporcionar saúde bucal de um bebê portador de microcefalia. Paciente, gênero feminino, 1 ano e 8 meses, feoderma, com perímetro cefálico ao nascimento de 30,5 cm. Está em acompanhamento odontológico desde os 3 meses de idade. Possui 18 elementos dentários na cavidade bucal, sem nenhum atraso na cronologia e sequência de erupção, todos hígidos e realiza higienização bucal com dentifício fluoretado 1 vez ao dia.

**Palavras-chave:** Microcefalia. Saúde Bucal. Odontopediatria.

## ABSTRACT

Microcephaly is a neurological condition where the brain is underdeveloped, resulting in a smaller head circumference than expected. A significant increase in the number of cases was verified in Brazil in 2015 and different theories have been related to the outbreak of microcephaly, among them, the association with the Zika virus. Children with microcephaly in Brazil presents oral alterations such as: periodontal diseases, dental caries, malocclusion, micrognathia, delayed dental eruption, dysphagia, bruxism and dental traumatism. Patients with special needs (NSP) are at increased risk for developing oral diseases that may have a direct and negative impact on their health. A satisfactory oral condition of NSP is related to the presence of a caregiver to perform in the brushing, leading to an improvement in the quality of life of these patients. The present report aimed to provide the frequent dental monitoring during the eruption of the deciduous dentition in order to provide oral health of a baby with microcephaly. Patient, female, 1 year and 8 months, brown, with cephalic perimeter at birth of 30.5 cm. Has been under dental care since the age of 3 months. It has 18 dental elements in the oral cavity, without any delay in the chronology and sequence of eruption, all healthy, and performs oral hygiene with fluoridated dentifrice once a day.

**Keywords:** Microcephaly. Oral Health. Pediatric Dentistry.

medição e outra (Tabela 1).

## 1. INTRODUÇÃO

A microcefalia é uma condição neurológica em que o cérebro apresenta-se subdesenvolvido devido ao fechamento precoce das fontanelas, ocasionando um perímetro cefálico (PC) menor do que o esperado [1]. A microcefalia por si só não causa problemas mentais e motores, porém tais características são frequentes nestas crianças. A Organização Mundial da Saúde, recomenda que as medidas para ambos os sexos tenham como referência os parâmetros de InterGrowth [2].

O Zika vírus é um arbovírus, transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti* [3,4]. No Brasil foi verificado um aumento significativo no número de casos de microcefalia. Diferentes teorias tem sido relacionadas a este surto, dentre elas, a associação ao Zika vírus, cuja primeira ocorrência em território brasileiro foi detectada em maio de 2015 [5,6].

O estudo de Leite, Varellis [1] relatou que crianças com microcefalia no Brasil apresentavam alterações bucais, tais como: doenças periodontais, cárie dentária, maloclusão, micrognatia, atraso na erupção dentária, dis-fagia, bruxismo e traumatismos dentários.

O atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais (PNE) exige cuidados que dependem da habilidade do cirurgião-dentista para que o tratamento ocorra de forma eficaz [7]. A atuação do odontopediatra na equipe de saúde se mostra essencial, especialmente diante do surgimento de novos casos de crianças com microcefalia.

O presente trabalho teve como objetivo proporcionar o acompanhamento odontológico frequente durante a erupção da dentição decídua a fim de proporcionar saúde bucal de um bebê portador de microcefalia.

## 2. Relato de Caso

Paciente A. U. S., gênero feminino, 1 ano e 8 meses, feoderma, nascida de parto normal, a termo (39 semanas e 2 dias), pesando 2,920g e medindo 47,5cm foi diagnosticada com microcefalia ao nascimento. O perímetro cefálico foi medido nas consultas médicas, com um intervalo de três a quatro meses entre uma

**Tabela 1: Perímetro cefálico da paciente do nascimento até 14 meses.**

IDADE	PERÍMETRO CEFÁLICO (cm)
Ao nascimento	30,5
04 meses	37,5
08 meses	38,5
11 meses	40
14 meses	41

**Fonte: Caderneta de saúde da criança.**

Sua genitora foi diagnosticada através de exame clínico com Zika vírus no 3º mês de gestação apresentando febre e manchas avermelhadas pelo corpo. Relatou ainda que o pré-natal incluiu nove consultas, nas quais foram realizados quatro exames de ultrassonografia, sendo que os mesmos não foram capazes de diagnosticar a microcefalia.

O atendimento odontológico iniciou aos 03 meses de idade. Durante a primeira consulta com odontopediatra, a cavidade bucal da paciente apresentava rodets gengivais, palato, lábios e língua normais. O exame da cavidade bucal foi realizado com a bebê deitada sobre a mãe na cadeira odontológica, como é a rotina na clínica de bebê.

**Tabela 2: Evolução da erupção dentária.**

O retorno ocorreu aos 07 meses, ocasião em que havia erupcionado na cavidade bucal os elementos 71 e 81 hígidos. A profilaxia foi executada com taça de borracha ou escova de Robinson e pedra-pomes dissolvida em água, em todas as consultas subsequentes, para que o exame fosse realizado em ambiente limpo, seco e iluminado. Em nenhum exame odontopediátrico, constatou-se alterações nos tecidos moles.

Foram realizadas também aplicações tópicas de flúor fosfato acidulado 1,23% durante 1 minuto, para prevenção de lesões de cárie nos elementos presentes, com o auxílio de haste flexível e sugador, para evitar que a paciente ingerisse o conteúdo aplicado. Na terceira consulta odontopediátrica (bebê com 10 meses), a paciente apresentava os elementos 51, 61, 71 e 81 hígidos e o elemento 52 em erupção.



**Figura 1: Profilaxia prévia ao exame clínico realizada na sexta consulta**

Na consulta seguinte, a bebê tinha 1 ano e 1 mês e estavam presentes os elementos dentais 51, 52, 61, 62, 71, 72 e 81, todos hígidos, sem nenhuma alteração de forma ou tamanho. Os elementos 53, 63, 74, 82 e 84 estavam em erupção (Figura 2).



**Figura 2: Dentes erupcionando em bebê com 1 ano e 1 mês com microcefalia.**

<i>Idade em meses</i>	<i>Elementos dentários erupcionados</i>	<i>Elementos dentários em erupção</i>
<b>3</b>	-----	-----
<b>7</b>	71 e 81	-----
<b>10</b>	51, 61, 71 e 81	52
<b>13</b>	51, 52, 61, 62, 71, 72 e 81	53, 63, 74, 82 e 84
<b>17</b>	51, 52, 53, 54, 61, 62, 63, 64, 71, 72, 73, 74 e 81, 82, 83 e 84	-----
<b>20</b>	51, 52, 53, 54, 61, 62, 63, 64, 71, 72, 73, 74 e 81, 82, 83 e 84	75 85

Na sexta consulta, repetiu-se o protocolo utilizado nas consultas anteriores. A paciente, com 1 ano e 8 meses, apresentou dezesseis elementos dentários erupcionados, todos hígidos e os elementos 75 e 85 estavam em erupção, sem nenhuma alteração de tecido mole (Figura 3).



**Figura 3: Imagem intra-bucal. Paciente com 1 ano e 8 meses.**

A paciente apresenta perfil facial convexo, arco dentário tipo I de Baume e espaços primatas. A relação dos caninos apresenta em padrão de normalidade e primeiros molares decíduos em chave de oclusão. A relação distal dos segundos molares decíduos não foi avaliada, pois os mesmos ainda não estão em oclusão.

Desde a segunda consulta foi possível observar a presença de elementos dentários na cavidade bucal da paciente. No ultimo exame clínico constatou-se que os únicos elementos dentários que não estavam presentes ainda eram os segundos molares superiores (Tabela 2).

Apesar da pouca idade, a paciente colaborou com todos os procedimentos realizados. Esta continuará em atendimento preventivo com consultas a cada três ou quatro meses, auxiliando a família no combate às doenças bucais comuns aos bebês e crianças, para que a condição bucal permaneça saudável e seu desenvolvimento seja avaliado periodicamente. A bebê mamou durante os primeiros quatro meses de vida e atualmente faz uso de duas mamadeiras diurnas e uma noturna, além de alimentação semi-sólida. A higiene bucal da criança era inicialmente realizada com fralda úmida e após a erupção dos primeiros dentes, passou a ser realizada com escova dental adequada para a idade, cabeça pequena e cerdas macias e dentifrício com 1.100 ppm de flúor na quantidade de um grão de arroz duas vezes ao dia. As demais escovações são realizadas com creme dental sem flúor. Eventualmente, após a mamadeira noturna a mãe faz a limpeza com fralda úmida.

### 3. Discussão

Após a primeira identificação do Zika vírus no Brasil em abril de 2015, houve um aumento significativo dos casos de microcefalia [4]. No caso relatado, a paciente foi diagnosticada com microcefalia logo após o parto. A mãe apresentou histórico clínico da doença Zika, porém sem diagnóstico laboratorial na época.

Ao nascimento, a paciente apresentava perímetro cefálico de 30,5 cm confirmando o diagnóstico de microcefalia. Uma vez que a mesma é definida como uma condição, na qual os bebês nascem com perímetro cefálico menor que 32 cm [8].

No caso relatado, não foi possível identificar o período exato em que ocorreu a microcefalia, pois nos exames realizados durante a gestação, nenhuma alteração foi detectada. A microcefalia geralmente ocorre após o primeiro trimestre de vida intrauterina se os insultos infecciosos, tóxicos ou vasculares interromperem o desenvolvimento normal do cérebro, resultando em sobreposição de suturas e enrugamento do couro [9].

O número de consultas para o acompanhamento pré-natal adequado é igual ou superior a seis. As consultas devem ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo [10]. A genitora do presente caso relatou ter realizado nove consultas pré-natais, onde foram realizados quatro exames de ultrassonografia, estando dentro do padrão preconizado.

A paciente desse relato apresentou perímetro cefálico abaixo do preconizado em todas as medidas realizadas. O Ministério da Saúde afirma que o perímetro cefálico aos 4 meses de idade deve medir entre 38 e 43cm (A. U. S. = 37,5cm), aos 8 meses entre 40,5 e 46cm (A. U. S. =38,5cm), aos 11 meses entre 42 e 47,5 cm (A. U. S. =40cm), aos 14 meses entre 43 e 48cm (A. U. S. = 41cm) [10].

As alterações mais frequentes relacionadas à microcefalia são: déficit intelectual, epilepsia, paralisia cerebral, atraso no desenvolvimento de linguagem e/ou motor, desordens oftalmológicas, cardíacas, renais, e do trato urinário [11]. A bebê apresenta atraso no desenvolvimento de linguagem, atraso no desenvolvimento motor (faz uso de órtese nos membros inferiores desde os 6 meses) e estrabismo (uso de óculos), não há alteração cardíaca, renal, nem do trato urinário.

O indivíduo é considerado Portador de Necessidades Especiais (PNE) quando possui alteração intelectual, social, física ou emocional, fazendo com que a pessoa necessite de atendimento diferenciado e individualizado, por um período ou por toda a sua vida [12]. A paciente deste relato pode ser considerada PNE, pois possui limitações de atividades devido a alterações neuropsicomotoras, necessitando de atendimento diferenciado e individual por equipe multidisciplinar.

Uma barreira do tratamento odontológico de pacientes com necessidades de cuidados especiais é o manejo do comportamento. A contenção física pode ser útil para os pacientes em que as técnicas tradicionais de manejo do comportamento não são eficazes [13]. As consultas foram realizadas com leve contenção física na paciente devido a sua pouca idade e limitações motoras. A mãe sentou-se na cadeira odontológica, contendo a filha conforme protocolo de rotina para qualquer bebê naquela idade.

A cárie é uma doença com caráter multifatorial, envolvendo fatores etiológicos, determinantes e modificadores [14]. O espaço familiar possui grande influência. Na primeira infância, a mãe desempenha um papel fundamental na saúde do seu filho [15]. A limpeza da cavidade bucal é um método eficaz no controle e na progressão da cárie, principalmente quando o dentifrício fluoretado é utilizado. A efetividade e qualidade da escovação está relacionada com quem a realiza [16]. A educação dos responsáveis é fundamental para assegurar a realização da higiene bucal [17]. Por este motivo foram realizadas consultas rotineiras, para que todas as orientações e cuidados fossem realizados na intenção de

prevenir a doença cárie e periodontal.

É fundamental que os cuidadores possuam conhecimentos básicos sobre higiene bucal, a fim de reduzir doenças bucais [18]. Os profissionais da área odontológica devem demonstrar as técnicas de higiene bucal e também reforçar a necessidade de escovação diária com dentífrico fluoretado [17,19]. No caso clínico relatado, a cuidadora da paciente é sua mãe, a qual recebeu instruções de higiene bucal, desde antes da erupção do primeiro dente.

A higiene bucal dos bebês de 0 à 6 meses deve ser realizada através de dedeiras, gazeos ou fraldas umedecidas em água fervida. Já nos bebês que já apresentam elementos dentários na cavidade oral, deve-se substituir a fralda por escova de cabeça pequena e cerdas macias. Para uma higienização efetiva, deve ser realizada pelo adulto responsável [20]. No caso clínico relatado, a cuidadora da paciente foi orientada a realizar a limpeza da cavidade bucal com fralda umedecida, massagenado os rodets gengivais removendo restos de alimentos que ficaram no rebordo, fundo de vestibulo e língua. A partir da erupção dos primeiros dentes, foi recomendada escova infantil adequada para a idade com cabeça pequena e cerdas macias e dentífrico com 1100 p.p.m de flúor na quantidade de um grão de arroz, duas vezes ao dia, e as demais escovações são realizadas com creme dental sem flúor.

O flúor possui uma das histórias mais bem-sucedidas na saúde pública geral e exerce grande papel na prevenção da cárie [21]. A presença contínua do flúor no meio bucal é, indispensável para que o efeito preventivo se manifeste [22]. Por esse motivo foi introduzido o uso diário do dentífrico com 1.100 ppm de flúor em pequena quantidade.

O contato precoce dos bebês com o flúor reduz a atividade de cárie ao longo da sua vida. A aplicação tópica de fluoretos realizada por profissional é indicada quando forem identificados fatores de risco para o desenvolvimento da doença cárie dentária [19]. A paciente deste relato utiliza dentífrico fluoretado desde o irrompimento dos primeiros elementos dentários na cavidade bucal e realiza aplicação tópica de flúor profissional a cada três ou quatro meses.

A profilaxia prévia dos dentes antes da aplicação tópica de flúor tem o objetivo de obter o máximo de interação entre as soluções e a superfície de esmalte [23]. No entanto, náuseas e vômito são comuns após aplicações tópicas de flúor em gel, pois, como este é

ácido, estimula muito a salivagem e a deglutição. O melhor método é aplicar o gel com isolamento relativo, com cotonete ou bolinhas de algodão para facilitar a visualização das regiões dos dentes a serem beneficiadas, bem como o controle da salivagem e da deglutição do paciente [23,24]. Durante as consultas odontopediátricas, seguiu-se o protocolo composto de profilaxia seguido de aplicação tópica de flúor com haste flexível juntamente com o sugador para a aspiração da saliva e evitar deglutição do gel fluoretado, promovendo menor desconforto e risco de intoxicação por ingestão de flúor.

Outra medida preventiva da cárie dentária refere-se ao aconselhamento dietético. Os cirurgiões-dentistas devem incentivar uma dieta não-cariogênica e orientar os responsáveis sobre o elevado potencial cariogênico da alimentação noturna após a erupção dentária e dos medicamentos orais pediátricos, ricos em sacarose [19]. A paciente do presente relato complementa a alimentação com mamadeira contendo frutas, leite e farináceo no período diurno e noturno. A mãe afirma realizar a higiene bucal na filha sempre após as refeições e tomadas de medicamentos, mas a limpeza após a mamadeira noturna nem sempre é realizada.

Os PNEs fazem uso de muitas medicações que geralmente contém açúcar para disfarçar o gosto amargo. Por serem utilizadas durante muito tempo, também podem ser consideradas como fator de risco. Alguns medicamentos podem favorecer a formação de hiperplasia gengival dificultando a escovação dental [25]. A paciente do presente relato faz uso de medicamento anticonvulsivante duas vezes ao dia, porém, não apresenta nenhuma alteração gengival.

O bruxismo é uma atividade parafuncional que compreende o apertar ou ranger os dentes em ações não funcionais do sistema estomatognático. Os fatores predisponentes do bruxismo podem ser classificados como: locais, sistêmicos, psicológicos, ocupacionais e hereditários [26]. A responsável da paciente deste relato, informou que durante a erupção dos molares decíduos, a bebê realizava apertamento dentário e ainda range os dentes ao dormir.

A paciente mesmo apresentando dificuldades motoras e neurológicas, nunca desenvolveu crises convulsivas e nem possui histórico de traumatismo dentário. Segundo Shyama, Al-Mutawa, Honkala [27] crianças e adolescentes portadoras de necessidades especiais, apresentavam maior índice de fratura dentária em relação a indivíduos sem deficiências. Dentre as causas mais frequentes estão as quedas, as convulsões, o bru-

xismo e a cárie [28].

A oclusão é o resultado de um processo de desenvolvimento complexo que envolve o crescimento facial, o desenvolvimento dentário e da função [20]. O arco dentário decíduo pode ser classificado em tipo I e II, de acordo com Baume (1950). O tipo I apresenta diastemas entre os dentes anteriores, já o tipo II não possui essa característica. O posicionamento dos dentes permanentes é mais adequado quando o indivíduo apresenta o tipo I [29]. A paciente do presente trabalho possui arco do tipo I, o que gera um prognóstico favorável quanto à oclusão na dentição permanente.

Outro fator que contribui para a correta acomodação dos dentes permanentes são os espaços primatas, os quais se localizam entre o incisivo lateral e canino decíduos superiores e entre o canino e primeiro molar decíduos inferiores. No padrão de normalidade, a cúspide do canino decíduo superior deve ocluir entre o canino e o primeiro molar decíduo inferior [29]. Essas relações são observadas na cavidade bucal da paciente, o que provavelmente permitirá a correta acomodação dos dentes permanentes no momento de sua erupção.

O processo de erupção é um fenômeno que tem início nos primórdios da odontogênese [23]. A cronologia de erupção corresponde à data que o dente aparece na cavidade bucal. A sequência de erupção é a ordem na qual os dentes irrompem na boca. Existem intervalos normais na sequência, porém a cronologia possui um padrão genético. Certos desvios com relação à cronologia de erupção podem ser observados [23,29].

A erupção dos dentes decíduos da paciente portadora de microcefalia apresenta-se discretamente adiantada para alguns elementos e dentro do padrão de normalidade quando comparada com a literatura. Os elementos dentários que apresentaram maior desvio da cronologia de erupção foram: canino, primeiro molar e segundo molar em ambas as arcadas.

#### 4. Conclusões

O surto nos nascimentos de bebês com microcefalia no Brasil, significa um acréscimo nas estatísticas de pessoas com deficiência no país, portanto devem receber atenção especial, e seus responsáveis devem ser orientados em relação aos cuidados em saúde. A cárie na primeira infância está relacionada, não apenas a fatores biológicos, mas também a fatores

modificadores, dentre eles, escolaridade, condição socioeconômica, higiene bucal e dieta. Logo, a assiduidade e o comprometimento dos responsáveis com o cuidado na manutenção da saúde bucal possui grande importância e é determinante para reduzir doenças bucais. A prevenção e as visitas regulares ao Cirurgião-dentista, são as melhores alternativas para evitar problemas bucais, assim como uma ingestão controlada de açúcar e higiene bucal adequada.

Existem dificuldades para realizar a prevenção e o tratamento odontológico de PNEs, que representam um grande desafio. Por esse motivo, é necessário que o Cirurgião-dentista conheça o bebê com microcefalia, realize as consultas preventivas, instrução de higiene bucal com envolvimento familiar para que possa propor a melhor intervenção odontológica oferecendo melhoria na qualidade de vida desse paciente.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Leite CN, Varelis MLZ. Microcefalia e a odontologia brasileira. *J. Health NPEPS*. 2016; v.1(2): 297-304.
- [2] Brasil. Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional [internet]. 2017 [acesso em 2017 out 07]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf>
- [3] Besnard M, Lastère, S, Teissier, A, Cao-lormeau, VM, Musso, B. Evidence of perinatal transmission of Zika vírus. *Eurosurveill* 2104; 19(13): p.1-4.
- [4] Texeira MG, Costa MC, Oliveira WK, Nunes ML, Rodrigues LC. The Epidemic of Zika Virus – Related Microcephaly in Brazil: Detection, Control, Etiology, na Future Scenarios. *Am J Public Health*. 2016; 106(4): 601-606
- [5] Melo ASO, Malinger G, Ximenes R, Szejnfeld PO, Sampaio AS, Filippis AM. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg?. *Ultras. in Obst. & Gynecology*. 2016; 47(1): 6-7.
- [6] Campos GS. ; Bandeira AC, Sardi SI. Zika Virus Outbreak, Bahia, Brazil. *Emerg Infect Dis*. 2015; 21(10): 1885-1886.
- [7] Lazzaretti DN, Rigo L, Fernandes LFT. Avaliação da condição bucal em pacientes com necessidades especiais. *Full Dent. Sci*. 2013; 4, (14): p.313-318.
- [8] Brasil. Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika [internet]. 2016 [acesso em 2017 out 07].

- Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_resposta\\_microcefalia\\_relacionada\\_infeccao\\_virus\\_zika.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_resposta_microcefalia_relacionada_infeccao_virus_zika.pdf)
- [9] Russell LJ, Weaver DD, Bull MJ, Weinbaum M. In utero brain destruction resulting in collapse of the fetal skull, microcephaly, scalp rugae, and neurologic impairment: the fetal brain disruption sequence. *Am J Med Genet*. 1984; 17(21): 509-513
- [10] Brasil. Atenção ao pré-natal de baixo risco [internet]. 2012 [acesso em 2017 set 25]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
- [11] Brunoni D, Rocha MM, Amato CAH, Ozório A, Carreiro, LRR, Teixeira, NCTV et al. Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(10): 3297-3302.
- [12] Oliveira FAF, Fernandes C, Chaves FN, Osterne RLV. Evaluation of oral diseases in a population of special needs patients. *RGO*. 2013; 61(1): 77-83.
- [13] American Academy Of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on behavior management [internet]. 2003 [acesso em 2017 ago 21]. Disponível em: [http://www.aapd.org/media/policies\\_guidelines/g\\_fluoridetherapy.pdf](http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_fluoridetherapy.pdf)
- [14] Selwitz R, Ismail A, Pitts N. Dental caries. *Lancet*. 2007; 369(9555): 51-59.
- [15] Dye BA, Tan S, Smith V, Lewis BG, Barqer LK, Thomson-Evans G et al. Trends in oral health status: United States, 1988-1999 and 1999-2004. *Vital Health Stat*. 2007; 11(248): 1-92.
- [16] Nyvad, B. Papel da higiene bucal. In: FEJERSKOV, Ole; KIDD, Edwina. *Cárie dentária: A doença e seu tratamento clínico*. 2. ed. São Paulo: Santos, 2011. cap. 15.
- [17] Nowak AJ. Patients with special health care needs in pediatric dental practices. *Pediatr Dent*. 2002; 24(3): p.227-228.
- [18] Gomes, ACMS. *Cuidadores de pessoas com deficiência: percepções e práticas de saúde bucal* [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, 2016.
- [19] American Academy Of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on fluoride therapy [internet]. 2005 [acessado em 2017 ago 23]. Disponível em: [http://www.aapd.org/media/policies\\_guidelines/g\\_behavguide.pdf](http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_behavguide.pdf)
- [20] Duque, C. *Odontopediatria - Uma Visão Contemporânea*. 1.ed. Rio de Janeiro: Santos, 2013.
- [21] Fejerskov, O; Kidd, E. *Cárie dentária: A doença e seu tratamento clínico*. 2.ed. São Paulo: Santos, 2011.
- [22] Cury, JA. Flúor: dos 8 aos 80?. In: Bottino MA; Feller C. *Atualização na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 1992. P. 375-82.
- [23] Guedes-Pinto AC, Mello Moura ACV. *Odontopediatria*. 9.ed. Rio de Janeiro, 2017.
- [24] Mellberg J., Ripa L. Fluoride in preventive dentistry theory and clinical applications. 2.ed. Chicago: Quintessence, 1999.
- [25] Romanelli, MCMOV. *Levantamento epidemiológico das doenças cárie e periodontal em alunos com necessidades especiais das APAE na região metropolitana de Curitiba – Paraná* [dissertação]. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG, 2006.
- [26] Pizzol KEDC, Carvalho JCQ, Konishi F, Marcomini EMS, Giusti JSM. Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis tratamentos. *Rev Odontol UNESP*. 2006; 35(2): 157-163.
- [27] Shyama M, Al-Mutawa S, Honkala S. Malocclusions and traumatic injuries in disabled schoolchildren and adolescents in Kuat. *Spec Care Dentist*. 2001; 21(3): 104-108.
- [28] Firoozmand LM, Vargas RPS, Rocha JC. Prevalência de fratura dentária em pacientes portadores de necessidades especiais. *Pesqui bras odontopediatria clín integr*. 2007; 7(2): 149-153.
- [29] Corrêa, MSNP. *Odontopediatria na Primeira Infância*. 3.ed. Rio de Janeiro: Santos, 2010.