

Ana Maria de Lima Barbosa Mansur Muzzi

Avaliação dos tratamentos odontológicos de pacientes com paralisia cerebral atendidos em um serviço de atenção secundária da Prefeitura Municipal de Belo Horizontes no período de 1999 a 2003

Evaluation of the dental treatments of cerebral palsy patients attended in a secondary attention service of the Municipal Hall of Belo Horizonte during the period of 1999 to 2003.

**Belo Horizonte
Novembro 2009**

Ana Maria de Lima Barbosa Mansur Muzzi

Avaliação dos tratamentos odontológicos de pacientes com paralisia cerebral atendidos em um serviço de atenção secundária da Prefeitura Municipal de Belo Horizontes no período de 1999 a 2003

**Projeto de intervenção apresentado na Faculdade de Odontologia da UFMG, como requisito para obtenção do título de especialista em saúde coletiva com ênfase no PSF.
Orientador: Prof. Marco Túlio Freitas Ribeiro**

**Belo Horizonte
Novembro 2009**

Agradecimentos

Gostaria de Agradecer a Pollyanna, Natasha, Bruno , Michelle e Ciro pela ajuda na construção deste trabalho. Agradeço também ao meu tutor, Prof. Marco Túlio pela orientação e paciência.

“Olhe de seu lado, se necessário abra mais os olhos, se ainda não conseguiu ver, tente olhar para dentro de si mesmo e chegará à conclusão que pacientes com necessidades especiais fazem bem a profissão e lhe fará bem ao coração”.

José Reynaldo Figueiredo (2005)

Resumo

Os pacientes com necessidades especiais, principalmente com paralisia cerebral, apresentam uma série de dificuldades em relação a manutenção de sua saúde bucal. O objetivo deste estudo foi avaliar pacientes com paralisia cerebral atendidos no PAM Padre Eustáquio na atenção secundária no período de 1999 a 2003, em relação as práticas de auto cuidado bucais, condição periodontal, uso de medicação, dieta e distribuição do índice CPOD por faixa etária. Foram avaliados dados das fichas clínicas odontológicas dos pacientes atendidos no período de 1999 a 2003 no serviço de atenção secundária do PAM Padre Eustáquio da PBH, Após consentimento do gerente do PAM Padre Eustáquio, todas as fichas disponíveis foram avaliadas, sendo selecionadas as que continham informações relativas ao atendimento dos pacientes portadores de paralisia cerebral. Os resultados foram organizados e computados em planilhas do programa Excel. Metade dos pacientes atendidos tinham sua escovação realizada por outros cuidadores que não a mãe. Das fichas analisadas 63,16% tem CPITN entre 1 e 2. Metade dos pacientes possuía dieta cariogênica e a maior parte dos mesmos, 56,26%, já haviam recebido atendimento odontológico ambulatorial. A partir dos resultados apresentados conclui-se que os pacientes com paralisia cerebral apresentam uma condição de saúde bucal precária, especialmente a periodontal. Há necessidade de educar os cuidadores em relação aos aspectos dietéticos e de higiene bucal destes pacientes. Como estratégias de intervenção, propõem-se a participação dos familiares ou cuidadores em todas as etapas dos programas direcionados para este grupo de pacientes, visitas domiciliares com periodicidade necessária para a avaliação caso a caso, criação de métodos alternativos de contenção para estes pacientes junto aos cuidados para facilitar a higienização, como uso de dedeiras de garrafa pet, abridores confeccionados com madeira e gaze e até mesmo uso de lençóis de contenção. Treinar a equipe de saúde Família para ajudar no monitoramento deste programa, sensibilizar as equipes de saúde bucal da rede na necessidade desta intervenção junto a estes pacientes.

Palavras chaves: Paralisia Cerebral, higiene bucal, saúde oral

Abstract

Patients with special needs, mainly with cerebral palsy, present series of difficulties regarding the maintenance of their oral health. The objective of this study was to evaluate cerebral palsy patients treated at the Padre Eustáquio PAM in the secondary care during the period of 1999 to 2003, regarding the self oral care practices, periodontal conditions, use of medication, diet and CPOD index distribution by age range. Data of the dental clinic files of patients treated during the period of 1999 to 2003 in the secondary care services at the Padre Eustáquio PAM of PBH were evaluated. After the Padre Eustáquio PAM manager's consent, all the available files were evaluated, and the ones that contained information regarding the treatment of cerebral palsy patients were selected. The results were organized and computed in Excel tables. Half of the patients treated had their teeth brushed by some other caregiver who was not their mothers. Of the analyzed files 63.16 % had CPITN between 1 and 2. Half of the patients had a cariogenic diet and most of them, 56.26% had already received outpatient dental care. From the presented results, it was concluded that cerebral palsy patients have a precarious oral health condition, specially the periodontal one. There is need to educate the caregivers regarding the dietary aspects and the oral hygiene of these patients. As an intervention strategy, it is proposed family or caregivers participation in all the steps of the directed program for this group of patients, domiciliary visits with the necessary periodicity to evaluate case by case, the creation of alternative constraint methods so that these patients can facilitate their hygiene, such as the use of pet bottle, openers designed with wood and gauze and even constraint sheets. To train the family oral health teams to help in the monitoring of this program, to sensitize the oral health teams about the need of this intervention for these patients.

Keywords: Cerebral Palsy, oral hygiene, oral health

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	09
2.1 Etiologia.....	09
2.2 Sequelas.....	11
2.3 Classificações.....	13
2.4 Saúde Bucal.....	14
3. OBJETIVO.....	16
4. METODOLOGIA.....	17
5. RESULTADOS.....	18
6. DISCUSSÃO.....	22
7. CONCLUSÃO.....	25
8. PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO.....	26
9. AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	27
10. REFERÊNCIAS.....	28

1. INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral (PC) promove uma série de alterações de hábito e estrutura que resultam em condições bucais severas (KOSTER, 1964).

A paralisia cerebral faz parte de um grupo de encefalopatias crônicas não progressivas. É uma condição polimorfa, que se caracteriza basicamente por alteração do tônus e da postura. É resultante de uma lesão encefálica ou de mau desenvolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC) desde a formação uterina até o amadurecimento mais completo extra-uterino. De acordo com a International Cerebral Palsy Society (ICPS) (1969), a paralisia cerebral é um: “distúrbio da postura e do movimento, persistente, mas não invariável, devido a uma disfunção do encéfalo, presente nos primeiros anos de vida, antes de seu crescimento e desenvolvimento estarem completos, e de natureza não progressiva”. Diferencia-se por não apresentar aspecto evolutivo mais lento ou mais acelerado (CORDOVIL, 1986).

A severidade da lesão cerebral pode variar. A prevalência é aproximadamente dois em cem recém-nascidos (FRANKLIN; LUTHER; CURZON, 1996)

As lesões cerebrais, dependendo da localização, gravidade, época de aparecimento, podem causar perturbações em áreas além da motora (deficiência neuro-motora). Um portador de encefalofatia crônica não progressiva possui outras deficiências como: deficiência mental, auditiva, visual, alterações de postura, equilíbrio e problemas de fala (FOURNIOL, 1998).

Crianças com PC normalmente apresentam-se abaixo da média quando o assunto é saúde global. Muitas delas utilizam diferentes tipos de medicações e tubos para alimentação o que os torna mais frágeis (LIPTAK, 2001).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Etiologia

Segundo o conceito bioquímico, hipóxia cerebral seria a diminuição do teor de oxigênio no sangue e nos tecidos. Segundo o conceito clínico, existe hipóxia cerebral quando a criança deixa de iniciar os movimentos respiratórios dentro dos primeiros 60 segundos que se seguem ao pinçamento do cordão umbilical. Pode haver acentuada variação no grau de dano cerebral, passando de lesões não evidentes ou mínimas, a alterações estruturais extremas e degenerativas. A hipóxia cerebral tem um papel muito significativo na etiologia da paralisia cerebral. O controle da saúde materna durante a gravidez pode prevenir doenças que, fatalmente, iriam lesar o feto, tais como infecções, doenças sistêmicas, estados carenciais, anemia, afecções cardiovasculares e dos aparelhos respiratório, gastrintestinal e geniturinário, além das toxemias da gravidez, todas elas susceptíveis de levar à hipóxia. (DELASCIO; CRISPIN; SENNA, 1969).

Segundo Cordovil (1986), existem dificuldades de distinção etiológica da paralisia cerebral na prática, pela falta de informações precisas sobre a gravidez, o parto e o período neonatal correta anamnese e exames complementares, em nosso meio. As causas podem ser pré, peri e pós-natais:

a) Pré-natais: condições hereditárias e genéticas com ou sem anomalia cromossômica; malformações maiores do SNC de origem incerta; cuidados deficientes durante a gravidez; idade materna (muito jovem ou idosa); infecções; alterações metabólicas; cardiopatia e nefropatia grave; quimioterapia e drogas, exposição ao RX e às irradiações; incompatibilidade de grupos sanguíneos ABO, Rh e outros; fatores que levam à hipoxemia – anemia, hemorragia com risco de aborto, hipertensão, deslocamento prematuro de placenta; gravidez múltipla; insuficiência de desenvolvimento intra-uterino; alterações placentárias; história de natimortos, abortos, polidrâmnios; condições fetais (prematividade, fetos pequenos e grandes para a idade gestacional); convulsões neonatais.

b) Perinatais: partos mal orientados, prolongados e operatórios; contrações uterinas anormais; posições fetais anormais; alterações do cordão umbilical; drogas

sedativas ou analgésicas ministradas a mãe; infecções neonatais; condições de asfixias, anóxicas, tóxicas e metabólicas.

c) Pós-natais: infecções; encefalites desmielinizantes pós-infecciosas; traumatismos cranioencefálicos; condições anóxicas, tóxicas, metabólicas (acidose metabólica ou respiratória); sufusões subdurais; condições respiratórias e cardíacas. Exemplos: meningite, encefalite de origem virótica, hidrocefalia, fenilcetonúria.

Segundo Fonseca, et al, (2002) a paralisia cerebral é uma condição com múltiplas etiologias, podendo variar de acordo com os subtipos, e com o período mais provável da lesão. As principais etiologias são:

- Lesões destrutivas em virtude do mecanismo hipóxico-isquêmico. Não devem ser induzidas unicamente pela falta de oxigenação dos tecidos, mas que a anóxia provoca colapso circulatório, ou sensibiliza o tecido nervoso à isquemia, que levaria à lesão cerebral. Pode ocorrer lesão primária do neurônio; necrose na distribuição das principais artérias cerebrais podendo causar insuficiência vascular cerebral, insuficiência circulatória sistêmica, hemorragia intracerebral, infecção e iatrogenia; necrose do córtex cerebral e substância branca na região parassagital, levando a um distúrbio de linguagem ou habilidade visuoespacial; e lesão que envolve os núcleos da base e tálamo, a principal correlação clínica é a paralisia atetósica, distonia e tremor.
- Malformações do SNC.
- Infecções congênitas. Vários agentes podem atravessar a barreira placentária e atingir o feto. As mais comuns são: toxoplasmose (o protozoário causa meningoencefalite difusa, geralmente necrosante associada a calcificações) e citomegalovírus (o vírus instala-se preferencialmente na região periventricular levando a calcificação e hidrocefalia) e as lesões vão desde microscópicas responsáveis por distúrbios de aprendizagem até quadros de múltiplas deficiências.
- Rubéola.
- Genética.
- Origem pós-natal – meningoencefalites adquiridas, lesões por afogamento, traumatismos e acidentes vasculares cerebrais.

3.2 Sequelas

Delascio, Crispin, Senna (1969) resolveram fazer uma revisão atualizada com base na literatura existente desde 1760 que assinalava os efeitos neurológicos da hipóxia cerebral. Concluíram a possibilidade de ocorrerem as seguintes eventualidades em casos de asfixia: asfixia com lesão cerebral letal, sem manifestação clínica; cura aparente da asfixia, seguida de sinais clínicos de lesão cerebral progressiva; manifestações mais características de sintomas motores como contrações fibrilares, convulsões, rigidez, atetose, ataxia, tremor, associadas a desordens psíquicas; áreas de amolecimento devido à ação primária da asfixia sobre o cérebro; presença de necrose das células nervosas. Courville e Marsh, em 1944 citado por Fourniol 1998 enumeraram os seguintes efeitos tardios da asfixia neonatal:

- Retardamento mental
- Síndrome de déficit motor
- Desordens convulsivas
- Defeitos da fala
- Sintomas oculares
- Síndromes cerebelares.

De acordo com o trabalho de Courville citado por Delascio, Crispin, Senna (1969) a anóxia pode ser responsável por seqüelas irremovíveis e mesmo de caráter progressivo, capazes de determinar quadros de paralisia cerebral, retardamento psíquico e convulsões. Os efeitos físicos imediatos aos graus acentuados da anóxia são: hiperemia, edema e hemorragia.

Os achados anatopatológicos mais comuns são atrofia cortical difusa ou localizada, encefalomalácia (presença de cavidades ou cistos, caracterizando a porencefalia), leucomalácia (cavitações da substância branca), hemorragias cerebrais e microgiria. Os núcleos da base, cerebelo e o tronco podem estar alterados. Identifica-se ao microscópio redução de neurônios e de fibras, aumento de glia, desarranjo da citoarquitetonia. Pode não haver relação absoluta entre as alterações anatômicas e as clínicas. O SNC se forma a partir do 17º dia e da placa neural, ao nascimento devem estar normalmente formadas do ponto de vista anatômico. A evolução funcional se

estende até o 2/3 anos de vida extra-uterina, para que os centros e as vias nervosas possibilitem o aperfeiçoamento do SNC em seus diversos níveis e em especial da motricidade. A via piramidal preside os atos involuntários e sua maturação com o córtex permite a adequada sucessão das etapas motoras (sustentação da cabeça, sentar-se, posição de pé). Nas alterações desta via, há perda parcial ou total da força muscular, aumento do tônus muscular com hipertonia característica de espasticidade (“de natureza elástica”, mais forte no início do que no fim do movimento). A via extrapiramidal comanda a “modulação” correta dos movimentos voluntários e do tônus muscular; sua alteração constitui-se uma forma de hipertonia, rigidez, movimentos involuntários irregulares e variação anormal hipertonia/hipotonia, os quais comprometem a execução normal do ato voluntário. A via cerebelar regula a ação sinérgica dos músculos, e suas lesões são responsáveis por alterações do equilíbrio, da coordenação, da dosagem do trabalho muscular, da fala, do tônus, da marcha e pelo aparecimento de tremor intencional. Qualquer processo patológico como malformação, hipóxia, traumatismo, infecção, erro metabólico ao longo do desenvolvimento do SNC até seu amadurecimento, podem-se produzir quadros de retardo mental, de epilepsia, de paralisia cerebral e de disfunção cerebral mínima (CORDOVIL, 1986)

São comuns aos achados de retardo no desenvolvimento, persistência de reflexos arcaicos, anormalidades tônico-posturais, além de hiper-reflexia e sinais patológicos, como os de Babinski (é um sinal clínico neurológico para detectar lesões especificamente na porção piramidal do sistema de controle motor. Nos pacientes com paralisia cerebral, estas manifestações podem mudar com a evolução da criança, e seu transtorno funcional será estruturado com o tempo. Ao tentar se adaptar á falta de controle sobre os movimentos, a fibra muscular sofre encurtamentos e há conseqüentes deformidades ósseas. Esta modificação será determinada no momento em que o fator lesivo agiu no SNC, e pelo processo de plasticidade e adaptação cerebral. A hipertonicidade muscular torna o músculo tenso e dolorido, a criança fica fadigada e desenvolve dor, devido às câibras, o que torna comum o choro e a irritabilidade. Como geralmente há dificuldade de alimentação, as crianças têm tendência a serem magras até mesmo subnutridas. Com a progressão da espasticidade, ocorre deslocamento de

áreas do esqueleto. A escoliose sempre ocorre. A epilepsia está presente entre 25% e 45% das crianças com PC (FONSECA, et al, 2002).

3.3 Classificações

Segundo Fourniol (1998) os reconhecimentos das deficiências neuromusculares são:

- Espásticos – pernas voltadas para dentro, assim como os braços, andar aos solavancos, distendem os dedos e retraem os punhos quando alcançam um objeto, falam em câmara lenta e com isso não controlam os movimentos de lábios e língua. Na maioria das vezes apresentam deficiência mental em maior número.
- Atetóides – movimentos involuntários, lentos, repentinos, vigorosos e desordenados, dedos são bem distendidos, palma da mão para baixo, músculos da faringe e laringe e o diafragma são atingidos e por isso anestesia geral é muito perigosa.
- Atáxicos – ausência da coordenação muscular e transtornos na locomoção e equilíbrio. Anda batendo os pés e o tronco, sofrendo oscilações como uma pessoa embriagada.

Segundo Fonseca, et al (2002) a paralisia cerebral é dividida em quatro grandes grupos, de acordo com suas síndromes motoras:

- Espástica: tem a espasticidade como principal característica. Pode ser definida como o aumento da resistência ao alongamento, associada à exacerbação dos reflexos tendinosos, frequentemente resultante de lesões do córtex. Consiste em combinações de três sinais: hipertonia elástica, hiper-reflexiva e clonos, podendo estar associada a reduções da força muscular, da velocidade de contração dos músculos acometidos e da amplitude de movimento ativo da extremidade envolvida.
- Atetósica: síndrome extra-piramidal, inclui distonia flutuante e movimentos involuntários.
- Atáxica: Síndrome cerebelar, com incoordenação estática e cinética.

- Mista: Associação de síndromes motoras, geralmente piramidal e extrapiramidal. Toledo, (2005) classifica as formas piramidais em monoplegia, hemiplegia, triplegia, paraplegia e diplegia.

3.4 Saúde bucal

O portador de paralisia cerebral precisa ser avaliado de modo integral por uma equipe multidisciplinar capacitada, de maneira que medidas preventivas relacionadas com a educação em saúde, possam ser instruídas deste cedo (GUIMARÃES ; AZEVEDO; SOLANO , 2006)

Há uma opinião unânime de que os deficientes físicos e mentais têm um pobre padrão de higiene oral quando comparados aos não deficientes. Há uma alta acumulação de placas e tártaros e dentre os fatores responsáveis se incluem as dietas pastosas, alta ingestão de alimentos ou bebidas contendo sacarose, tensão anormal dos músculos faciais, disfunção na mastigação e deglutição, respiração bucal e diminuição do fluxo salivar (GRUNSVEN ;CARDOSO, 1995; SANTOS;BOSCO, 2003)

As doenças bucais mais prevalentes nestes pacientes são a cárie e a doença periodontal, que tem na negligência com a higiene bucal seu fator etiológico (GRUNSVEN ;CARDOSO, 1995; CARVALHO; ARAÚJO, 2004). Há também uma alta prevalência de doenças periodontais e lesões de cáries e dentárias não tratadas (GRUNSVEN ;CARDOSO, 1995).

Entretanto segundo Abreu, Paixão e Resende (2001) e Maranhão, Soares e Miranda (2004) a doença cárie apresenta uma prevalência semelhante entre indivíduos com paralisia cerebral quando comparados com a população em geral.

De acordo com Fiorati, Spósito e Borsatto (1999) a incidência de cárie dentária e de doença periodontal aumenta com o avanço da idade.

Diversos levantamentos realizados em todo mundo mostram que a higiene bucal precária e a doença periodontal inflamatória são importantes problemas de saúde bucal entre portadores de paralisia cerebral (ABREU; PAIXÃO; RESENDE, 2001)

A visita domiciliar representa uma estratégia de atenção á saúde, tendo seu enfoque na promoção, manutenção e recuperação de saúde (BARROS, et al 2006)

As escovas podem sofrer adaptações para atender vários fatores incapacitantes dos portadores de paralisia cerebral, além do uso de escovas elétricas (SANTOS, BOSCO, 2003; RIBEIRO; BRAGA; SIMÕES, 2004).

Destaca-se, ainda, a utilização rotineira de medicamentos psicoativos, que não só provocam a redução do fluxo salivar, como também podem induzir hipertrofias gengivais (GRUNSVEN ; CARDOSO, 1995; CARVALHO, ARAÚJO, 2004).

Outro aspecto que merece ser apontado é o fato dos pais, responsáveis e profissionais da saúde, colocarem as questões de saúde bucal em segundo plano (ABREU; PAIXÃO; RESENDE, 2001; RIBEIRO; BRAGA; SIMÕES, 2004).

O cirurgião dentista precisa conhecer características específicas dos portadores de deficiência neuromotora, pois somente assim, poderá oferecer atendimento de melhor qualidade, adequadas às necessidades individuais de cada um (SANTOS; BOSCO, 2003).

4 OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi avaliar pacientes com paralisia cerebral atendidos no PAM Padre Eustáquio na atenção secundária no período de 1999 a 2003, em relação as práticas de auto cuidado bucais, condição periodontal, uso de medicação, dieta e distribuição do índice CPOD por faixa etária.

5 METODOLOGIA

5.1 Universo de estudo:

Pacientes com paralisia cerebral atendidas na atenção secundária no PAM Padre Eustáquio período de 1999 a 2003.

5.2 Seleção e composição da amostra:

Foram selecionadas todas as fichas disponíveis no arquivo morto da instituição.

5.3 Instrumento de trabalho

Fichas clínicas do serviço odontológico dos pacientes atendidos no período de 1999 a 2003 no serviço de atenção secundária do PAM Padre Eustáquio da PBH.

5.4 Coleta de dados

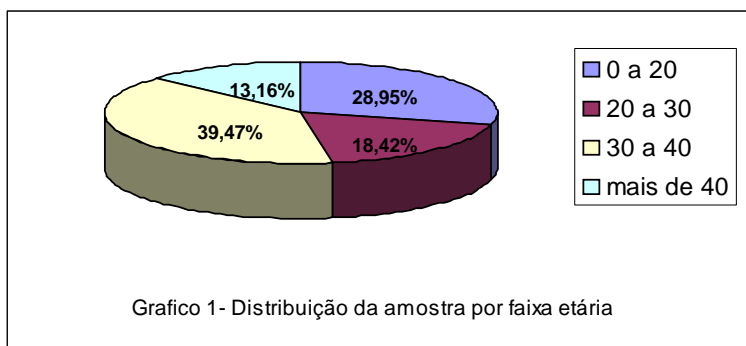
Após consentimento do gerente do PAM Padre Eustáquio, todas as fichas disponíveis foram avaliadas e selecionadas as que continham informações relativas ao atendimento dos pacientes portadores de paralisia cerebral. Após esta etapa, os dados obtidos foram organizadas e computados em planilhas.

5.5 Análise dos dados

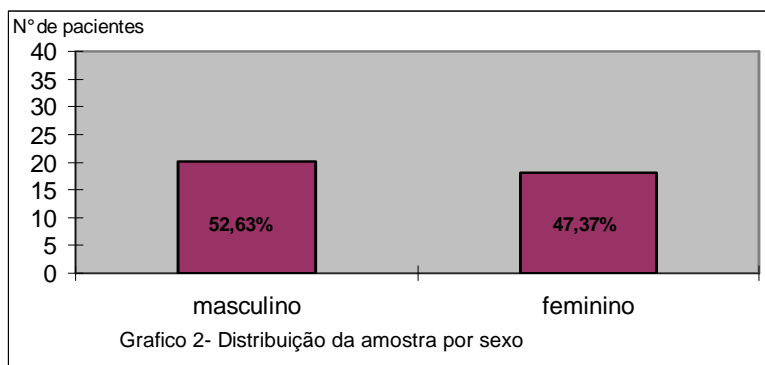
Foi feita uma análise descritiva dos dados e os resultados foram organizados em gráficos e tabelas utilizando o programa Excel.

5 RESULTADOS

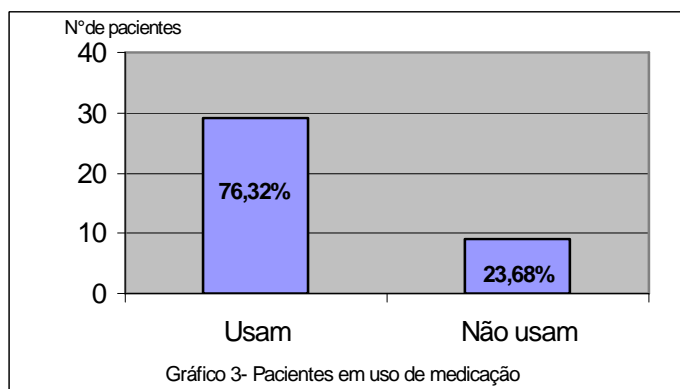
A idade dos pacientes avaliados variou de 0 a 47 anos, sendo que a maioria encontrava-se na faixa etária de 30 a 40 anos (39,47%). A distribuição da amostra por faixa etária encontra-se no Gráfico 1.



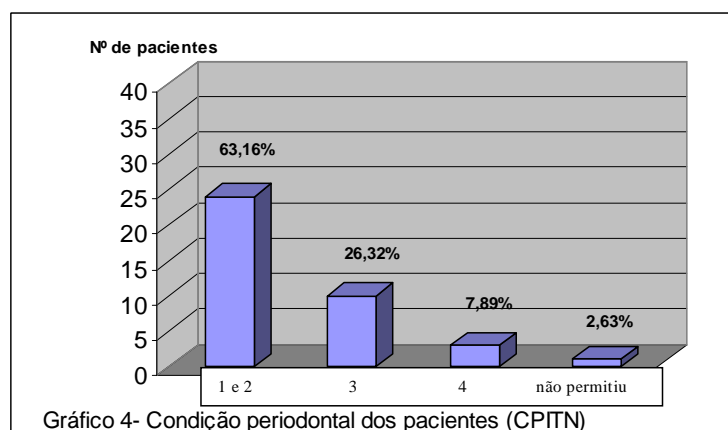
Com relação ao gênero, mais da metade (52,63%) eram do sexo masculino. A distribuição da amostra encontra-se no Gráfico 2.



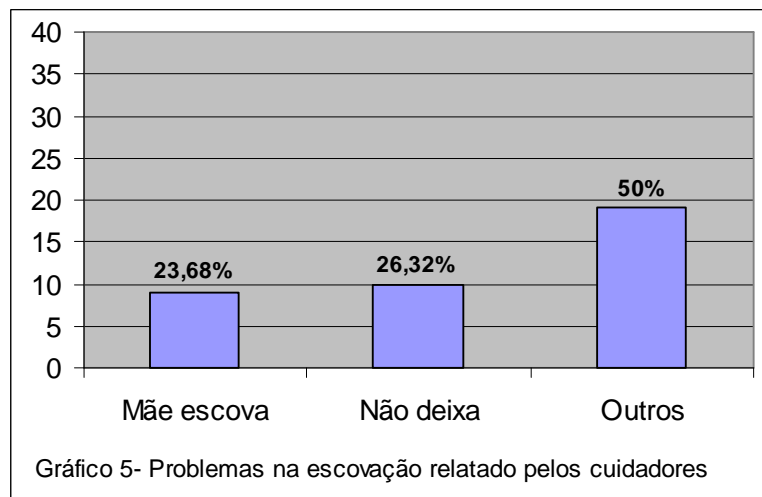
A grande maioria dos pacientes analisados fazem uso constante de medicação anticonvulsivante e/ou antidepressiva 76,32%. A distribuição da amostra por uso de medicação encontra-se no Gráfico 3.



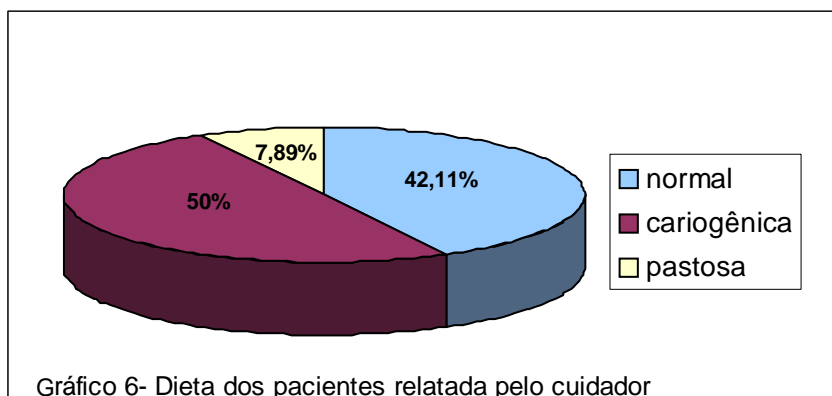
Quanto à condição periodontal, os dados mostraram que nenhum dos pacientes que consentiu com o exame apresentou condição de saúde representada pelo índice CPITN 0. Pôde se constatar que os códigos 1 e 2 que representam respectivamente sangramento e cálculo foram os mais freqüentes (63,16%). Os percentuais referentes aos demais códigos encontram-se representados abaixo no gráfico 4.



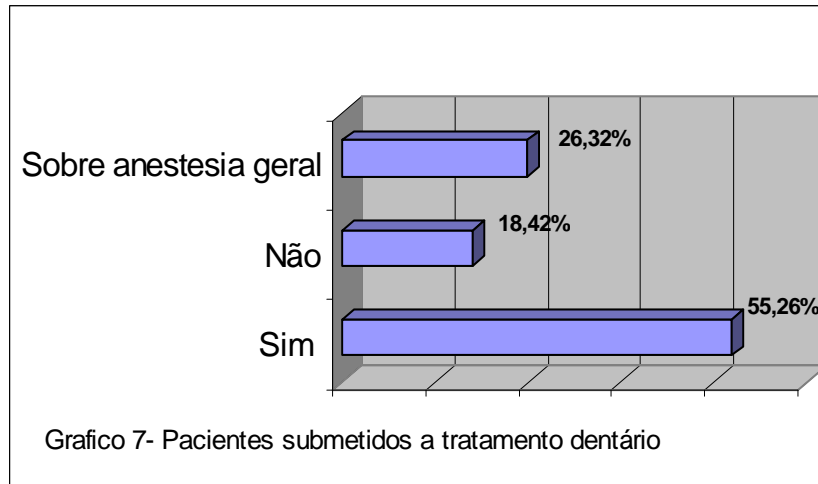
A frequência de escovação relatada pelos cuidadores é bastante variada. 16,78% escova os dentes uma vez ao dia; 31,68% duas vezes ao dia; 21,96% três vezes ao dia e 31,68% relata não escovar. Os problemas na escovação dos que não deixam escovar estão descritos no gráfico 5, sendo que 26,32% não permite a escovação.



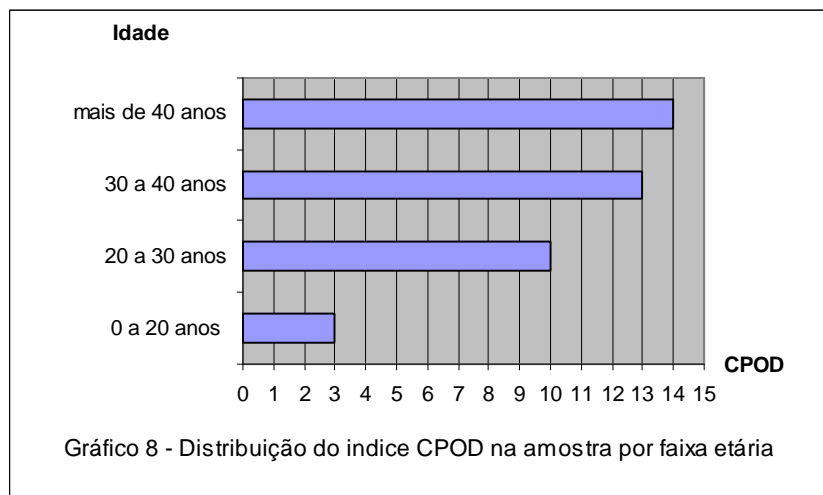
A partir dos relatos dos cuidadores constatou-se que metade dos pacientes possuíam uma dieta cariogênica (Gráfico 6)



A maioria dos pacientes já havia sido submetido a tratamento odontológico seja sob anestesia geral ou ambulatorial. A distribuição da amostra de pacientes submetidos a tratamento dentário encontra-se no Gráfico 7.



No gráfico 8 podemos analisar a distribuição quanto ao índice CPOD de acordo com a amostra por faixa etária. Vê-se grande aumento do índice no decorrer dos anos.



6 DISCUSSÃO

Após revisão de literatura associada às observações clínicas e análise dos resultados, podemos constatar uma grande coerência entre os dados oferecidos na literatura com dados coletados na amostra.

Há uma opinião unânime de que os deficientes físicos e mentais têm um pobre padrão de higiene oral quando comparados aos não deficientes (GRUNSVEN; CARDOSO,1995).

Os cirurgiões dentistas se deparam com dificuldades geradas pela limitação de movimentos por causa de falta de coordenação motora, dificuldade de aprendizado das técnicas de higiene que aumenta a incidência de cárie e doença periodontal e o uso de medicamentos psicofarmacêuticos, que muitas vezes desmotivam o tratamento (RIBEIRO;BRAGA;SIMÕES, 2004).

A grande quantidade de medicamentos muitas vezes ingerida por estes pacientes pode interagir com nutrientes da dieta, levando a alterações na cavidade bucal, como por exemplo, hiperplasia gengival. Muitos medicamentos também contêm altos teores de açúcar em sua composição e que sua ingestão crônica pode levar ao desenvolvimento da doença cárie (ABREU- E- LIMA, et al 2005).

As doenças bucais mais prevalentes nestes pacientes são a cárie e a doença periodontal, sendo esta última decorrente de problemas de ordem local, geral, podendo também estar modulada, pela utilização rotineira de medicamentos psicoativos, destacando-se os anticonvulsivantes, os quais provocam xerostomia, com influencia negativa na sua condição bucal. A higiene bucal é precária entre os portadores de transtornos mentais e comportamentais, principalmente devido ao comprometimento intelectual e motor (ARAÚJO; CARVALHO, 2004).

O CPITN foi idealizado para registrar os diferentes níveis de necessidade de tratamento periodontal em estudos populacionais, devido à sua rapidez e praticidade de execução, principalmente pela facilidade de emprego no grupo composto pelas crianças portadoras de paralisia cerebral. Este índice classifica dentes e indivíduos pela presença ou ausência de inflamação gengival, cálculo e bolsa periodontal. Somente com visão acurada do grau e extensão da necessidade de tratamento peridontal dos

indivíduos portadores de paralisia cerebral poderemos instituir medidas saneadoras eficientes (SANTOS; BIZIAK, 2001).

Todos os pacientes que permitiram o exame bucal apresentaram alguma forma de doença periodontal desde simples sangramento ao toque até o estado avançado de perda óssea com formação de bolsas acima de 6mm.

Rodrigues (1997) citado por Ribeiro, Braga e Simões (2004) enfatiza que a ingestão de guloseimas em intervalos menores entre as refeições aumenta o índice de cárie tornando o CPOD mais elevado no decorrer dos anos. A orientação da dieta é um dos tópicos que apresentam maior dificuldade, pois na verdade deverá modificar hábitos alimentares já instalados, na disciplinação do uso de a u ar e alimentos cariogênicos.

Dentre os fatores responsáveis de problemas oro-dentais estão a alta ingestão de alimentos ou bebidas contendo sacarose e as condi oes dentárias prevalentes incluem pobre higiene oral, alta acumula o de placas e tártaro, aumento do risco de doenças periodontais severas , padrões aumentados de cárie e uso de drogas que induzem hiperplasias gengivais (GRUNSVEN; CARDOSO,1995). A necessidade da interven o junto a esses pacientes deve ser precoce, se possível antes dos 2 anos de idade. Evitando assim o aumento expressivo do  ndice CPOD com o passar dos anos.

Segundo Fiorati, Spósito e Borsatto (1999) a incidência de cárie dentária aumentou com o avanço da idade. Os portadores de paralisia cerebral apresentaram incidência moderada de doença periodontal, as quais já aparecem de forma considerável em pacientes em idade precoce.

Entretanto contradizendo Abreu, Paixão e Resende (2001) cita que doença cárie dentária apresenta uma prevalência semelhante entre indivíduos com PC quando comparados com a popula o em geral. Esses pacientes são atendidos indiscriminadamente sob anestesia geral. Mas diversos levantamentos realizados em todo mundo mostram a higiene bucal precária e a doença periodontal inflamatória como importantes problemas de saúde bucal entre portadores de PC.

Muitos pacientes apresentam condi oes que dificultam ou mesmo impedem o tratamento odontológico a nível laboratorial, sendo indicada interven o hospitalar (WEBER ; OLIVEIRA; HELLWING ,2004).

Os obstáculos mais freqüentes a higienização bucal dos pacientes com paralisia cerebral são a ansiedade dos pais, a baixa prioridade devido numerosos problemas diários, a discrepância de opiniões entre os pais e profissionais, problemas de contenção e a incapacidade dos deficientes em aceitar a prevenção ou tratamento.

7 CONCLUSÃO

A partir dos resultados apresentados conclui-se que:

- Os pacientes com parálisia cerebral apresentam uma condição de saúde bucal precária, especialmente a periodontal.
- Há necessidade de educar os cuidadores em relação aos aspectos dietéticos e de higiene bucal destes pacientes.
- Aproximadamente dois terços dos pacientes puderam receber atendimento ambulatorial não demandando atendimento hospitalar.

8 PROPOSTAS

A partir da conclusão verificou-se a necessidade de desenvolver um programa direcionado a cuidadores de pacientes com paralisia cerebral. Dentre as estratégias propõem-se:

A participação dos familiares ou cuidadores em todas as etapas dos programas, visitas domiciliares serão imprescindíveis com periodicidade necessária para a avaliação caso a caso a fim de avaliar condições de vida, habitat e aceitação familiar, criação de métodos alternativos de contenção para estes pacientes junto aos cuidados para facilitar a higienização, como uso de dedeiras de garrafa pet, abridores confeccionados com madeira e gaze e até mesmo uso de lençóis de contenção. Treinar a equipe de saúde Família para ajudar no monitoramento deste programa, sensibilizar as equipes de saúde bucal da rede na necessidade desta intervenção junto a estes pacientes.

9 AVALIAÇÃO DA PRPOPOSTA DE INTERVENÇÃO

Os pacientes inseridos no programa, serão acompanhados periodicamente a fim de avaliar a eficácia das estratégias adotadas e corrigir possíveis falhas na sua estruturação.

A frequência desta avaliação será implantada individualmente paciente por paciente levando em conta riscos observados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABREU, M. H. N. G. ;RESENDE,V.L.S; PAIXÃO,H.H. **Portadores de Paralisia Cerebral: aspectos de interesse na Odontologia.** Arquivos em Odontologia (UFMG), Belo Horizonte, v. 37, n. 1, p. 53-60, 2001.
2. BARROS, G. B ; SANTOS, A. M ; CRUZ, J. P. P. ; BASTOS, K. F ; RAMOS, R. R ; CARMO, E.M. ; RODRIGUES, A. Á. A. O . **Saúde Bucal a Usuários com Necessidades Especiais: A Visita Domiciliar como Estratégia no Cuidado à Saúde.** In: VII Congresso Nacional da Rede UNIDA, 2006, Curitiba. Revista Olho Mágico. Curitiba : Olho Mágico, 2006. v. 13.Rev. Saúde.Com 2006;2 (2); p.135-142.
3. CAMPOS,J.A.D.B; ZUANON, A.C.C; GIRO, E. M. A. ; LIMA, F. C. B. A. **Padrão de alimentação do paciente com necessidades especiais e seu reflexo na cavidade bucal.** JBP. Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê, v. 8, n. 42, p. 127-134, 2005
4. CARVALHO, E. M. C.; ARAÚJO, R. P. C.;- **A Saúde Bucal em Portadores de Transtornos Mentais e Comportamentais.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, Jo o Pessoa, v. 4, n. 1, p.65-75, jan/abr.2004
5. CORDOVIL, M.P. **Paralisia cerebral.** JBM. V.51, n.1, p.21-27, julho, 1986
6. DELASCIO, D.; CRISPIN, J.; SENNA, °J. **Anóxia e suas Seqüelas Neurológicas.** In KRYNSKI, S. Deficiência Mental. 1ª ed. São Paulo, Ed. Atheneu, 1969, p.213-266.
7. FRANKLIN, D.L. LUTHER, F. CURZON, M.E.J. **The Prevalence of Malocclusion in Children with Cerebral Palsy.** European Journal of Orthodontics, v.18, p.637643, 1996.
8. GUIMARÃES, AO. ; AZEVEDO ID ; SOLANO MCPP . **Medidas preventivas em odontologia para pacientes portadores de necessidades especiais.** JBP. Revista Íbero-Americana de Odontopediatria e Odontologia do Bebê, v. 9, p. 79-84, 2006.
9. KOSTER, S. **The Diagnosis of Disorders of Occlusion in Children with Cerebral Palsy.** Journal Dentistry Children, v.23, p.1696-1'700, 1964.
10. LIPTAK .G.S, et al **Health status of children with moderate to severe cerebral palsy.** Developmental Medicine & Child Neurology, v.43, p.364-370, 2001
11. FIORATI S.M ; SPÓSITO, R. A. ; BORSATTO, M. C. **Prevalência de cárie e doença periodontal em pacientes com paralisia cerebral.** Jornal Brasileiro de Odontopediatria Odontologia do Bebê, São Paulo, v. 2, n. 10, p. 455-458, 1999
12. FONSECA, L.F.;PIANETTI, G.; XAVIER, C.C. **Compêndio de Neurologia Infantil; in Encefalopatia Crônica Pralisia Cerebral.** 1ºed. RJ: Medsi,2002. Cap.67. p.825- 854.

13. FOURNIOL FILHO, A. **Paralisia Cerebral ou Deficiência Neuromuscular**. A Odontologia para Excepcionais 1ª Ed. São Paulo: Panamed, 1981. Cap VII. p.152-159.
14. MARANHO, M. V. DE M. T. ; SOARES, L. F. ; MIRANDA, L. M. S. **Cárie e gengivite em crianças portadoras de necessidades especiais e conhecimentos sobre saúde bucal de seus responsáveis**. Rio de Janeiro: Odontoclínica Central da Marinha, 2004 p.28-31 (Artigo científico - Revista Naval de Odontologia).
15. RIBEIRO, G. ; BRAGA, M. B. P. ; SIMÕES, R. A . **Pacientes com desvios neurológicos: métodos alternativos de prevenção e atendimento**. FOA. Revista da Faculdade de Odontologia de Anápolis, Anápolis/ GO, v. 06, n. 01, p. 55-57, 2004.
16. SANTOS, L. M. ; BOSCO, V. L. . **Aspectos gerais e bucais do portador de paralisia cerebral**. Revista da Sociedade Paulista de Ortodontia, São Paulo, v. XXV, n. 1, p. 29-31, 2003.
17. SANTOS, M.T. ; BIZIAK, T. R. . **Doença Periodontal num grupo de portadores de paralisia cerebral**. JBP. Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê, Curitiba, v. 4, n. 22, p. 512-516, 2001
18. TOLEDO,O.A. **Odontopediatria**: Fundamentos para a Prática Clínica. São Paulo: Ed. Premier, 2005,p.342-345.
19. VAN GRUNSVEN. M.F.; CARDOSO, E.B.T. **Atendimento odontológico em crianças especiais**. Rev. Assoc. Paul. Dent., v.49. n.5, p.364-370, set./out. 1995
20. Weber J.J.B, Oliveira F.A.M, Hellwig I. **Classificação de pacientes especiais infantis**.RGO. 2004;52(3):jul/ago/set p.178-179.