

Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Paralisia Cerebral assistidos em um centro de odontologia do Distrito Federal

The clinic-epidemiological profile of patients with Cerebral Palsy treated in a dentistry center in Distrito Federal, Brasil

Maria Helena Pinheiro da Costa¹
 Maria Aparecida Braga Tenório Costa²
 Márcio Florentino Pereira³

RESUMO

Introdução: Os indivíduos com Paralisia Cerebral, vistos pela atenção odontológica, estão entre aqueles denominados Pacientes com Necessidades Especiais e destacam-se por apresentarem severa vulnerabilidade aos desvios de forma, função e estética do sistema estomatognático e pelos agravantes socioeconômicos que restringem seu acesso às ações de saúde bucal da rede pública e privada.

Objetivo: Investigar o perfil clínico-epidemiológico dos 67 pacientes com Paralisia Cerebral, na faixa de 2-38 anos, assistidos em 2005 no Centro de Treinamento, Pesquisa e Atenção em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais Dr. José Ferreira Chaves, Hospital Regional da Asa Norte, Brasília.

Método: Estudo descritivo de uma amostra de conveniência, com dados coletados das fichas clínicas odontológicas, sistematizados em formulário específico e apresentados em cinco tabelas.

Resultados e discussão: Os pacientes pertencem a famílias de baixa renda, moram distantes do centro de assistência odontológica, apresentam seqüelas neuropsicomotoras que comprometem seu estado geral com repercussões na saúde bucal; são de moderado a severamente dependentes da mãe, sua cuidadora com baixa escolaridade e tiveram dificuldades de acesso aos serviços odontológicos. Para seu atendimento em nível ambulatorial fizeram-se necessários, uma equipe odontológica treinada; utilização de técnicas de contenção física; manutenção do paciente na própria cadeira de rodas e participação ativa do cuidador durante os procedimentos clínicos.

Conclusão: Faz-se necessário a implementação de políticas públicas de saúde bucal que contemplem a promoção, prevenção e melhoria dos serviços especializados para esses pacientes, conjuntamente com ações inter-setoriais que contribuam para a integralidade de sua assistência.

Palavras-chave: Odontologia em Saúde Pública, Paralisia Cerebral, Levantamentos de Saúde Bucal.

1 Centro de Treinamento, Pesquisa e Atenção em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais-PcNE, Hospital Regional da Asa Norte – HRAN, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília-DF, Brasil.

2 Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, Brasil.

3 Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília-UnB.

Correspondência

Setor Médico Hospitalar Norte quadra 101
 - Área Especial, Brasília, DF,
 CEP 70910-705 - (61) 3325 4205.
 mhpdacosta@hotmail.com

Recebido: 9/outubro/2006
 Aprovado: 12/janeiro/2007

ABSTRACT

Introduction: Subjects with cerebral palsy, are among those who form the group denominated Patients with Special Needs. This group presents great vulnerability to disturbances in the shape, function and esthetics of their stomatognathic system, and possible socio-economic problems that limits their access to dentistry private and public services.

Objectives: To identify the clinic-epidemiological profile of 67 patients with Cerebral Palsy between 2 to 38 years of age, assisted in the Centro de Treinamento, Pesquisa e Atenção em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais Dr. José Ferreira Chaves at the Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, Brazil, during the year of 2005.

Method: Descriptive study of a convenience sample, with data collected from the patients dentistry clinical files, systematized in a specific form presented in five tables along the article.

Results and discussion: The patients belong to families with low income, live far from dentistry assistance centers, present neuropsychomotor sequelas that compromise oral health; they depend on mother, who in general has a low level of education, and they had problems to access dentistry services. Assistance in an ambulatory level required a trained dentistry team, physical contention, the maintenance of the patient on the wheelchair and an active participation of the person who takes care of the patient during clinical procedures.

Conclusions: It's necessary not only the implementation of oral health public policies that behold promotion, prevention and specialized assistance for these patients, but also inter-sector actions, which contribute to their integral assistance.

Key Words: Cerebral Palsy, Public health dentistry, Dental health surveys.

INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC) é definida como um prejuízo permanente do movimento ou postura resultante de uma desordem encefálica não progressiva. Pode ter como causa fatores hereditários ou eventos ocorridos durante a gravidez, parto, período neonatal ou durante os primeiros dois anos de vida¹. Estima-se que cerca de 5% dos casos são de natureza genética. Quando a causa encontra-se no período pré-natal (10-15%), esta é decorrente principalmente de infecções virais (rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus), anóxia intra-uterina, toxemias gravídicas e radiação. As causas originadas no período natal ou perinatal (65-75%) acontecem por anóxia cerebral, prematuridade, traumatismo cerebral (hemorragia) e hiperbilirru-

binemia. Aquelas de natureza pós-natal (10-15%) decorrem de traumatismo craniano, meningite e hidrocefalia². Segundo Nelson, pode-se aceitar uma incidência de 1,2 a 2,3 por mil crianças com idade escolar em países desenvolvidos, contudo, o Brasil reúne várias condições que favorecem a sua ocorrência, em maior escala¹.

Os indivíduos com Paralisia Cerebral podem receber diferentes classificações dependendo do aspecto clínico que foi considerado. Sob o ponto de vista das alterações do tônus muscular e no tipo de desordem do movimento esses pacientes são identificados como espástico; discinético ou atetóide; atáxico; hipotônico e misto³.

Na maioria dos casos, além do prejuízo motor que está sempre presente, o paciente apresenta também danos associados que comprometem sua função intelectual, sensitiva, visual, auditiva, dentre outras. Já em 1893, Sigmund Freud publicava o texto "Paralisia Cerebral Infantil", em que destacava a importância de outros desvios que estavam associados aos distúrbios motores¹. Dentre as alterações mais frequentes, encontram-se aquelas que podem interferir direta ou indiretamente, em maior ou menor grau na forma, função e estética do sistema estomatognático. Por exemplo, a deficiência mental, epilepsia, disfagia, distúrbios de via aéreas superiores e inferiores, xerostomia, padrão de respiração bucal, bruxismo, refluxo gastroesofágico (RGE), distúrbios da marcha e equilíbrio postural, etc.

Além desses desvios inerentes ao quadro clínico de PC, também podem constituir risco a saúde bucal desse grupo os fatores socioeconômicos como, baixo nível de renda familiar; alto grau de dependência do paciente nas Atividades de Vida Diária (AVD), características adversas do cuidador e a escassez de serviços odontológicos básicos e especializados, na rede pública e privada.

Histórico do serviço odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais - PcNE no Sistema Único de Saúde - SUS/DF.

Este atendimento especializado começou em 1986, na Unidade de Odontologia do Hospital Regional da Asa Norte - HRAN, que sob a iniciativa pioneira e coordenação do cirurgião-dentista Dr. José Ferreira Chaves *in memoriam*, priorizava naquela ocasião, pacientes com Síndrome de Down e Deficiência Mental, clientela historicamente excluída dos programas oficiais de saúde bucal. Contudo, em 1992 esta Unidade passou a ser reconhecida pelo Ministério da Saúde como pólo de atenção para "Pacientes Especiais" e treinamento de cirurgiões-dentistas e pessoal auxiliar que viriam implantar serviços similares nos Hospitais Regionais de Taguatinga, Sobradinho e Ceilândia, também pertencentes à rede pública. Nesse período, avança-se significativamente no sentido de incluir também os indivíduos com Paralisia Cerebral, Hidrocefalia, Deficiência Auditiva, Mielomeningocele, Autismo e diversas outras síndromes genético-congênitas às ações públicas de saúde bucal. Atualmente, estima-se que 650 paciente/mês são atendidos no SUS-DF⁴.

Objetivo Geral

Traçar o perfil clínico-epidemiológico dos 67 pacientes com Paralisia Cerebral atendidos em 2005, no **Centro de Treinamento, Pesquisa e Atenção em Odontologia para Pacientes com Necessi-**

dades Especiais - PcNE Dr. José F.Chaves do HRAN/SUS-DF, Brasília- DF.

MÉTODO

Este estudo descritivo utiliza uma amostra de conveniência constituída pelos 67 pacientes com Paralisia Cerebral atendidos pela cirurgiã-dentista Maria Helena Pinheiro da Costa, no período de janeiro a dezembro de 2005, no Centro de Treinamento, Pesquisa e Atenção em Odontologia para Pacientes Especiais - PcNE **Dr. José F. Chaves - HRAN/SUS-DF**. A amostra se compõe de 36 indivíduos do sexo feminino e 31 do sexo masculino, com idades entre 2 e 38 anos. Todos os indivíduos desta amostra moravam em lares naturais ou adotivos, não sendo institucionalizados. Um formulário específico (figura 1) foi elaborado para sistematizar os dados coletados das fichas clínicas de cada paciente deste grupo, abrangendo informações sobre condições clínicas, socioeconômicas e suas necessidades especiais durante o tratamento sendo que os resultados finais foram apresentados em cinco tabelas. A disponibilização das fichas clínicas para o presente estudo foi autorizada pela direção do referido hospital e o projeto de pesquisa que fundamentou este trabalho foi submetido e aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde SES/DF (Protocolo de Pesquisa nº 039/2006).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta um conjunto de características socioeconômicas que contribuíram ou determinaram as condições de acesso desta clientela aos serviços odontológicos. Estima-se que dois terços das famílias eram de baixa renda, considerando que 94% destas tinham três ou mais pessoas por domicílio, 67% dos pacientes recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BPC), enquanto 73% portavam a carteira de Passe Livre para transporte coletivo urbano, semi-urbano ou interestadual, sendo que todos estes benefícios são destinados aqueles com deficiência física, mental ou múltipla, comprovadamente carentes.

Constatou-se que a maioria dos pacientes (85%) era oriunda não só das cidades satélites do DF, mas também de áreas urbanas e rurais da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE/DF) e de outros estados da Federação. Contudo, a procura pelo serviço odontológico do HRAN, localizado no centro de Brasília, se fez

a despeito destes pacientes terem que percorrer longas distâncias em transporte coletivo urbano, semi-urbano e interurbano (52%), dependendo

de caronas (12%) ou ambulâncias (3%), mesmo exigindo um esforço ainda maior para aqueles que eram cadeirantes (66%).

Figura 1

Formulário elaborado para sistematização dos dados coletados nas fichas clínicas.

1 - Condição socioeconômica do paciente					
Sexo - feminino () masculino ()					
Idade atual (2005) - 0 ----3 anos () 3 ----7 anos () 7 ----12 anos () 12 ----16 anos () >16 ()					
Área de domicílio:					
Brasília ()	Regiões administrativas /DF ()		Entorno-GO/MG ()	Outros estados ()	
Cadeirante-	Sim ()		Não ()		
Beneficiário/BPC	Sim ()		Não ()		
Beneficiário do PASSE LIVRE	Sim ()		Não ()		
Aluno de Centro de Ensino Especial	Sim ()		Não ()		
Paciente do Hospital SARAÍ	Sim ()		Não ()		
Meio de transporte para o HRAN	carro próprio ()	ônibus ()	carona ()	ambulância ()	metrô ()
Número de pessoas por domicílio	duas ()		3 a 5 ()	6 a 8 ()	acima de 8 ()
Grau de dependência para AVD	ausente ()		leve ()	moderado ()	severo ()
Cuidador principal	mãe ()	mãe adotiva ()	avó ()	irmã ()	tia ()
	babá ()		pai ()	pai adotivo ()	
Escolaridade do cuidador	analfabeto ()		semi-analf. ()	1º grau ()	2º grau ()
	superior ()				
Idade da mãe no nascimento	15 ----20 anos ()		20 ----25 anos ()	25 ----30anos ()	> 30 anos ()
2 –Condições clínicas do paciente:					
Forma da PC - Espástica () Atetóide () Atáxica () Hipotônica () Mista ()					
Padrão respiratório- nasal () bucal ()					
Padrão de deglutição- ndn () alterdo ()					
Convulsões – ndn () controladas com medicação () persistente ()					
VAS/VAI - ndn() rinite () sinusite() veget. adenóide () amígdalite () asma () bronquite ()					
Consistência do alimento na dieta diurna - ndn () amassado () pastoso ()					
Gastrotomia - ndn () sim()					
Refluxo gastroesofágico (RGE) - ndn () controlado com medicação () persistente ()					
Transtornos visuais - ndn () presente ()					
Transtornos auditivos- ndn () presente ()					
Deficiência mental - ndn () presente ()					
Distúrbios na fala - ndn () presente ()					
Medicação atual - anticonvulsivante() ansiolítico() antidepressores() antieméticos()					
Anti-histamínico () broncodilatador () outros:.....					
Medicação xaroposa - sim () Não ()					
Motivo de internações anteriores - ndn() pneumonias() convulsões () outras causas ()					
3 - Primeiro atendimento odontológico e as condições de acesso					
Idade do paciente - 0 --- 3 anos () 3 --- 7anos() 7 --- 12anos() 12 --- 16anos() > 16 anos()					
Local do atendimento - HRAN () outros serviços() qual?.....					
Queixa principal - dor de dente () dentes estragados () dente quebrado () gengiva sangrando ()					
mau hálito () consulta preventiva ()					
6 – Principais achados clínicos odontológicos					
NDN() Protrusão dental () Cárie isolada () Cárie rampante () Gengivite dilatínica ()					
Bruxismo () Dente fraturado () Hipoplasia de esmalte () Placa bacteriana () Tártaro dental ()					
7- Recursos adicionais utilizados durante o atendimento ambulatorial					
Nenhum recurso extra () Participação ativa do cuidador () Contenção física ()					
Anestesia geral () Atendimento em cadeira de rodas () Equipe trabalhando “ a 6 mãos”()					

TABELA 1.

Características socioeconômicas dos 67 pacientes com paralisia cerebral, HRAN - 2005.

CARACTERÍSTICAS	N	%
<i>Número de pessoas por domicílio</i>		
Até 2 pessoas	4	6
3 a 5 pessoas	41	61
6 a 8 pessoas	18	27
Acima de 8 pessoas	4	6
Benefício de Prestação Continuada BPC (1)	45	67
Benefício do Passe Livre (2)	49	73
<i>Local de domicílio (3)</i>		
Brasília	10	15
Regiões Administrativas - DF	37	55
Entorno (GO)	18	27
Entorno (MG)	1	1
Outros estados	2	3
<i>Meio de transporte até HRAN</i>		
Carro próprio	22	33
Ônibus	34	51
Carona	8	12
Ambulância	2	3
Metrô	1	1
Cadeiras	44	66
Alunos de Centro de Ensino Especial (4)	28	42
Assistidos no Hospital SARAH	54	81
<i>Cuidador nas AVD:</i>		
Mãe	56	84
Mãe adotiva	3	4
Avó	1	1
Irmã:	1	1
Tia	1	1
Babá	3	4
Pai	1	1
Pai adotivo	1	1
<i>Idade da mãe no nascimento do paciente</i>		
15 a 20 anos	11	16
20 a 25 anos	23	34
25 a 30 anos	19	28
30 anos e mais	13	19
não conhecida	1	1
<i>Escolaridade do Cuidador:</i>		
Analfabeto	1	1
Semi-analfabeto	6	9
Primeiro grau	45	67
Segundo grau	13	19
Terceiro grau	2	3

FONTE: Pesquisa de campo - os autores.

NOTAS: (1) Decreto nº 1.330/94, previsto no artigo 20 da Lei 8.742/93; (2) Lei Federal nº 8.899/94 e Lei Distrital nº 566/93; (3) Área de abrangência: Brasília: Asa Sul, Asa Norte, Vila Planalto, Vila Telebrasil, Sudoeste e Cruzeiro; Regiões Administrativas-DF: Ceilândia, Estrutural, Gama, Guará, Paranoá, Planaltina, Recanto das Emas, Riacho Fundo, Samambaia, Santa Maria, Sobradinho, São Sebastião, Taguatinga, Varjão; Entorno (GO): Águas Lindas, Brasília, Céu Azul, Cidade Ocidental, Jardim Ingá, Novo Gama, Pe. Bernardo, Sto. Antônio Descoberto, Luziânia, São João da Aliança, Valparaíso. Entorno (MG): Arinus; Outros estados: Juvenilha (BA), Niterói (RJ); (4) Secretaria de Estado de Educação do DF.

A princípio, o fato se explica tanto pela precariedade na oferta de serviços públicos básicos e especializados em toda esta área de abrangência como pelo nível de renda baixo das famílias, que as impossibilita de arcar com os altos custos de tratamento sob anestesia geral como é de praxe dentro da assistência privada.

Dados revelam que 81% dos indivíduos desta amostra estavam ou estiveram sob a assistência do Centro de Reabilitação Infantil do Hospital SARAH, em Brasília, onde, uma vez detectada a necessidade odontológica, os cuidadores são orientados a buscar a unidade especializada do HRAN. Já no caso dos pacientes maiores de 12 anos, estima-se que estes venham encaminhados por intermédio de entidades assistenciais, filantrópicas e Centros de Ensino Especial da rede pública. Considerando o perfil do cuidador, constata-se que a mãe é a responsável pelas Atividades de Vida Diária destes pacientes em 88% dos casos. Nesta amostra, o nível de escolaridade da mãe se mostrou baixo e ainda, por ocasião do nascimento do filho sua idade estava entre 15 e 30 anos de idade (78%). Dados apontam para uma cuidadora sobrecarregada física e emocionalmente, pois tem uma família numerosa, divide seu tempo com outras tarefas domésticas, recebeu o encargo permanente de cuidar de um indivíduo PC ainda jovem e inexperiente e possui um nível de escolaridade baixo que lhe dificulta a compreensão de aspectos um pouco mais complexos da Paralisia Cerebral.

A Tabela 2 resume aspectos clínicos desta clientela que poderiam estar comprometendo direta ou indiretamente a forma, função e estética do seu sistema estomatognático. Dentre os cinco tipos de PC analisados, predominou a forma Espástica (57%), em que o paciente apresenta quase sempre deficiência mental. Estudos identificaram que em 1.251 pacientes com Paralisia Cerebral, 55% deles tinham deficiência mental em seus diversos graus⁵. Relata-se que essa condição tem sido alta e, embora a maioria dos casos esteja entre leve e moderada, 25% apresentaram-se severamente comprometidos, 30% com níveis de inteligência normais e, em alguns casos, até superiores⁵. É muito comum que crianças com PC e deficiência mental (moderada e severa) tenham bruxismo com grande frequência e intensidade⁶. No aspecto neurológico, o quadro convulsivo foi identificado em 60% dos pacientes, sendo que 39% mantinham as convulsões sob controle medicamentoso enquanto em 21% dos casos as convulsões persistiam apesar do uso regular da medicação. Estudos realizados na Grécia mostraram que em um grupo

de 323 crianças com PC, 41,8% delas apresentavam crises epiléticas⁷. O uso regular de alguns medicamentos anticonvulsivantes por um período prolongado, principalmente a fenitoína, fenobarbital e ácido valpróico, produzem hiperplasia gengival². Também, as quedas que ocorrem durante episódios convulsivos provocam traumatismos na face, levando esse paciente à perda de dentes por fraturas ou avulsões, muitas vezes com laceração dos tecidos moles.

É freqüente a presença de defeitos visuais e auditivos principalmente na forma Atetóide. A disartria, problema comum em pessoas com PC, é definida como dificuldade em articular as palavras claramente e ocorre devido à inabilidade de controle dos músculos da fala e da mastigação. Os distúrbios da fala presentes em 84% da amostra também contribuíram para alterações de comportamento agregando maiores dificuldades ao manejo do indivíduo no ato operatório.

Segundo Magalhães (1997)⁸ esse paciente, muitas vezes, tem em sua boca uma fonte de dor e desconforto e por não conseguir se comunicar objetivamente, torna-se um sofredor silencioso, assustado e sensível ao manuseio de sua cavidade bucal. Portanto, o diagnóstico precoce das odontalgias e seu pronto atendimento evitariam danos nutricionais, episódios convulsivos, sono agitado e desvios de comportamento como, automutilação de dedos; braços; lábios; língua e bochechas, aspectos que comprometem ainda mais o seu cotidiano e o de seu cuidador.

Por outro lado, o estudo considerou que a ingestão de uma dieta alimentar amassada e/ou pastosa sinalizava desvios no padrão fisiológico de mastigação. Observa-se também que 37% da amostra apresentaram dificuldades de deglutição (disfagia). Devido a dificuldades de mastigação e deglutição é freqüente o indivíduo com PC fazer uso de dieta líquida ou pastosa, mamadeira diurna e noturna muito além da idade recomendada⁹ trazendo como consequência riscos à saúde bucal por esta ser geralmente rica em carboidratos e permanecer por mais tempo na boca. A orientação dietética correta e individualizada deve ser desenvolvida desde os primeiros dias de vida e integrada às áreas médica, fonoaudiológica e da nutrição, sob a supervisão constante do cirurgião-dentista, a fim de minimizar os riscos de alterações bucais e manter as boas condições de saúde geral⁹. Santos (1999, apud Corrêa, 2002) observou uma redução na velocidade do fluxo salivar em crianças com PC, em relação ao grupo controle

de crianças normais, que estaria relacionado com a redução de estímulos mastigatórios observados no primeiro grupo¹⁰.

O refluxo gastroesofágico (RGE), identificado em 24% dos pacientes, pode levar à perimólise, erosão dental com dissolução do tecido dentário, provocada por vômitos e regurgitação crônica de conteúdo ácido do estômago. Essa erosão leva a uma extrema hiperestesia dentinária, especialmente por estímulos térmicos e tácteis, com perda de substância severa, principalmente as superfícies palatinas, linguais e oclusais¹¹.

Foi identificado que 78% dos pacientes desta amostra tiveram, ao longo da vida, distúrbios freqüentes de vias aéreas superiores e inferiores (VAS-VAI). Estudos anteriores mostraram que em 57 crianças com PC, 50 apresentaram problemas respiratórios em algum momento de suas vidas, sendo que os quadriplégicos foram os mais comprometidos¹². Dentre as patologias de VAS existentes (rinite, sinusite, adenóide inflamada, gripes constantes com produção de coriza) ou VAI (bronquite, asma, broncodisplasia), a bronquite acometeu 76,65 % destas, confirmando a grande incidência de doenças respiratórias oportunistas¹². Dados revelam que 52% dos indivíduos eram respiradores bucais crônicos, com possibilidade de apresentarem alterações miofaciais, posturais, socioemocionais, expressivas, digestivas, fonéticas, de crescimento craniofacial e de oclusão dentária¹³.

Segundo Carvalho (1999 apud Coelho, 2004) a disfunção respiratória, associada ou não à obstrução nasal, apresenta-se hoje como um dos fatores desencadeadores de deformidades dento - faciais e deveria ter importância considerável no plano de tratamento na clínica odontológica¹³. A maioria dos pacientes (87%) passou por internações hospitalares anteriores motivadas por pneumonias (43%), convulsões (13%) e outras causas (45%).

TABELA 2

Condições clínicas dos 67 pacientes com pc atendidos no HRAN - 2005.

CONDIÇÕES	N	%
Forma da Paralisia Cerebral		
Espástica	38	57
Atetóide	6	9
Atáxica	8	12
Hipotônica	3	4
Mista	12	18
Deficiência mental	58	87

Epilepsia controlada c/ medicação:	26	39
Epilepsia persistente	14	21
Distúrbios visuais	21	31
Distúrbios auditivos	5	7
Distúrbios visuais e auditivos	2	3
Distúrbios na fala	56	84
Padrão de deglutição alterado	25	37
Consistência dos alimentos na dieta diurna		
Amassada	21	31
Pastosa	13	19
Portador de Gastrotomia	1	1
Refluxo Gastroesofágico (RGE) :		
Controlado com medicação	6	9
Persistente	10	15
Distúrbios de VAS-VAI	52	78
Rinite	8	12
Sinusite	8	12
Inflamação/adenóide	11	16
Inflamação/amígdala	29	43
Asma	3	4
Bronquite	22	33
Padrão de respiração bucal	35	52
Pacientes hospitalizados anteriormente	58	87
Causas das internações hospitalares:		
Pneumonias	29	43
Convulsões	9	13
Causas diversas	30	45
Medicamentos de uso contínuo		
Anticonvulsivantes	49	73
Antieméticos	3	4
Neuroléptico	1	1
Hipno-sedativos	4	6
Ansiolíticos	11	16
Broncodilatadores	2	3
Glicocorticóides	2	3
Anticolinérgico	1	1
Medicação xaroposa de uso contínuo	16	24
Grau de dependência nas AVD		
Leve	11	16
Moderado	12	18
Severo	44	66

FONTE: Pesquisa de campo - os autores.

Muitos estiveram internados mais de uma vez enfrentando situações críticas e dolorosas dentro de um ambiente hospitalar. Considerando este aspecto, o manejo deste paciente apresentou dificuldades exigindo da equipe odontológica uma atenção especial diante de sua fragilidade emocional, bem como a de seu cuidador, principalmente diante de procedimentos mais invasivos como a contenção física, exodontias múltiplas e até mesmo um simples exame clínico.

Destaca-se que muitos medicamentos utilizados desde a primeira infância nos indivíduos com PC têm efeitos adversos sobre os dentes. Ansiolíticos, anticolinérgicos, antidepressivos, anti-histamínicos, antináuseas, antipsicótico, agentes anti-parkinson, dilatadores de brônquios, descongestionante nasal, sedativos, xarope contra tosse e febre, todos têm ação xerogênica, isto é, podem produzir xerostomia (boca seca). Os cuidadores não têm sido alertados sobre os efeitos dessas drogas na cavidade bucal e nem como minimizá-los, crendo unicamente no mito do antibiótico como causador único da cárie dental. Estudos constataram que pacientes com hipossalivação podem apresentar uma alteração no estado dentário geral, com aumento da placa bacteriana e do número de lesões de cárie, presença de áreas de desmineralização e recidivas, manifestação típica de alto risco de cárie¹⁴, principalmente nos casos em que a medicação foi administrada na forma xaroposa (24%) ou com o auxílio de um veículo açucarado (viscoso).

Segundo a Tabela 3, foi na Unidade do HRAN que 61% dos pacientes tiveram acesso pela primeira vez a uma consulta odontológica. Os Centros de Saúde do SUS-DF (Santa Maria, Gama, Riacho Fundo, São Sebastião e Planaltina) responderam por 9% deste atendimento e outras instituições públicas por 16%, enquanto o setor privado recebeu apenas 10% do total da amostra. Muito embora esta clientela tenha tido que permanecer por meses, em uma lista de espera, aguardando vaga para iniciar o tratamento, conclui-se que as ações de saúde bucal desenvolvidas na unidade de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais do HRAN foram imprescindíveis para os que vieram das cidades satélites e da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE/DF).

Por outro lado, considerando o conjunto de características clínicas desta clientela, avalia-se que as ações de saúde bucal poderiam ter se iniciado em um período mais precoce da vida destes pacientes, pois a grande maioria chegou com mais de três anos de idade, apresentando nesta ocasião queixas como, dor de dente, dentes estragados, gengiva sangrando, dente quebrado e mau hálito. Muitos autores destacam a importância das ações educativas e preventivas junto à faixa etária de zero a três anos⁹. O fato de 75% dos pacientes ter chegado pela primeira vez ao serviço odontológico já com muitas necessidades acumuladas ou em situações de urgência ou emergência sinaliza para ações de saúde bucal excludentes no Distrito Federal.

TABELA 3.

Condições nas quais os 67 pacientes com pc, atendidos no HRAN em 2005, tiveram acesso a sua primeira consulta odontológica.

PRIMEIRA CONSULTA	N	%
Idade do paciente		
Até 3 anos	9	13
3 a 7anos	29	43
7 a12 anos	18	27
12 a 16 anos	4	6
16 anos e mais	7	11
Local		
Hospital Regional da Asa Norte - HRAN	41	61
Centros de Saúde do SUS/DF	6	9
Hospital Regional Taguatinga - HRT	1	1
APAED - Ceilândia	2	3
Centro de Ensino Especial - CEE	2	3
Hospital SARAH	3	4
Hospital das Forças Armadas - HFA	1	1
Hospital Universitário de Brasília - HUB	2	3
INTEGRA	1	1
ABO-DF	1	1
Clínica particular	6	9
Não citado	1	1
Queixas principais		
Dor de dente	32	48
Dentes estragados	44	66
Dente quebrado	5	7
Gengiva sangrando	25	37
Mau hálito	18	27
Prevenção	17	25

FONTE: Pesquisa de campo - os autores

Um dos fatores que mais contribuem para esta atenção excludente é a pouca formação de recursos humanos considerando que existem no país inteiro mais de 195 mil cirurgiões-dentistas regis-

trados nos Conselhos Regionais, sendo 290 com especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e destes, apenas nove atuando no Distrito Federal⁴.

Na Tabela 4 ficou identificado que ao exame clínico os pacientes apresentaram não só lesões de cárie isoladas, mas também cárie rampante em um terço da amostra. Muitos estudos indicam que esses pacientes têm uma maior experiência de cárie devido a sua impossibilidade ou dificuldades de autocuidado, contudo, outros fatores contribuem para a maior incidência de cárie nesta população, como a presença de dieta pastosa, hipoplasia de esmalte, respiração bucal crônica, uso de drogas para controle da salivagem (baba), bem como a permanência dos alimentos por mais tempo na cavidade bucal devido ao quadro clínico de disfagia¹⁶. A fratura dental apresentou-se em 40% dos pacientes, sendo bastante freqüente nos dentes anteriores de indivíduos com maloclusão (classe II) e protrusão de maxila. Estudos anteriores destacam que 58,53% dos indivíduos com PC sofreram lesão dental ou dos tecidos de suporte como consequência de traumatismo²⁰. A ocorrência de fratura em dentes posteriores é mais comum devido ao bruxismo severo. O bruxismo que esteve presente em 57% da amostra, tem como sinais clínicos mais freqüentes, hipertrofia de masseter, distúrbios na articulação temporomandibular e desgaste anormal dos dentes tanto no bruxismo agudo quanto no crônico, resultante do contínuo ranger e apertar dos mesmos. Sintomas como dores de cabeça e hipersensibilidade dentária também são comuns neste quadro clínico.

TABELA 4

Achados clínicos odontológicos em 67 pacientes com PC, HRAN - 2005.

Pacientes	PRINCIPAIS ACHADOS								
	Protrusão dental	Bruxismo	Gengivite dilantínica	Placa bacteriana	Cálculo dental	Hipoplasia de esmalte	Cárie rampante	Cáries isoladas	Fratura dental
N	30	38	8	43	24	19	21	25	27
%	45	57	12	64	36	28	31	37	40

FONTE: Pesquisa de campo - os autores.

Outros sinais evidenciados são pulpíte, odontalgias (com polpa normal), cálculos pulpares, fraturas radiculares, fraturas parciais de coroa e migração de dentes. Na gengivite dilantínica instala-se um quadro inflamatório produtivo clinicamente observado pelo aumento de volume generaliza-

do de toda a gengiva. Ocorre pela ação do agente químico fenitoína com a contribuição da placa bacteriana atuando em nível local para o agravamento do processo. A prevalência e severidade das maloclusões na PC, estudos consideram que estas aumentam com a idade, quando o overjet

apresenta-se significativamente maior na população mais velha que no grupo de 6 -11 anos¹⁷.

A Tabela 5 sintetiza os recursos adicionais utilizados na clínica odontológica do HRAN para viabilizar o ato operatório 97% dos indivíduos desta amostra. Dentre estes, o mais importante foi o trabalho “a seis mãos” (84%) que se caracterizou pela presença de um auxiliar de enfermagem atuando permanentemente ao lado do cirurgião-dentista para manter posicionada adequadamente a cabeça do paciente, o abridor de boca e o sugador de saliva, enquanto o outro auxiliar circulava no consultório provendo o material e instrumental necessários à realização do procedimento. A presença de movimentos involuntários e desvios graves de comportamento em muitos pacientes (42%) impuseram à técnica do “pacote pediátrico”⁹ como meio de contenção física. Também o autismo pode estar associado ao quadro de PC em 4% casos¹⁸ dificultando sobremaneira o manejo desse indivíduo durante os procedimentos clínicos. Nos casos em que a Paralisia Cerebral esteve associada aos quadros severos de hidrocefalia ou escoliose, optou-se por manter o paciente posicionado na própria cadeira de rodas (13%) visando seu maior conforto e estabilidade. Reconhecido como alguém que conhece os limites e potencialidades desse paciente, o cuidador foi chamado a participar ativamente nas várias fases do tratamento invertendo seu papel de espectador impotente. Para aqueles indivíduos oligofrênicos, moderado ou severamente dependentes nos aspectos de comunicação e expressão, fragilizados emocionalmente, com distúrbios de conduta, dificuldades respiratórias, dentre outros problemas, fez-se necessário à atuação do cuidador compondo a equipe num esforço conjunto guiado pelo cirurgião-dentista. Dentre as suas muitas funções, o cuidador serviu de intérprete do paciente ao manter toda sua atenção voltada para seu semblante, observando suas reações e necessidades, bem como auxiliou na aspiração de secreções das vias aéreas, além de contribuir na contenção física. A participação ativa deste cuidador permitiu que algumas barreiras físicas e emocionais fossem transpostas pela equipe, possibilitando a execução dos atos operatórios com maior segurança. Grande parte da clientela necessitou que mais de um destes recursos fossem utilizados nas várias fases do tratamento. Embora disponível no HRAN, os procedimentos odontológicos de dentística restauradora e cirurgia oral menor, em centro cirúrgico sob anestesia geral, não foram indicados para qualquer indivíduo desta amostra por representarem alto custo para o serviço, não interferirem no controle da cárie e da

doença periodontal e principalmente por significar risco para esse tipo de paciente¹⁵.

TABELA 5.

Necessidades especiais dos 67 pacientes com pc, na clínica odontológica do HRAN -2005.

RECURSOS ADICIONAIS	N	%
Trabalho “a seis mãos” (1)	56	84
Contenção física (2)	28	42
Atendimento na própria cadeira de rodas	9	13
Participação ativa do cuidador	21	31
Nenhum recurso extra	2	3

FONTE: Pesquisa de campo -os autores.

NOTA: (1) Equipe com 1 cirurgião-dentista e 2 auxiliares.

(2) Técnica de contenção, “pacote pediátrico”.

CONCLUSÃO

O perfil da amostra identifica que esse grupo pertence a um segmento social de baixa renda; moram em áreas periféricas de Brasília e do Distrito Federal onde, praticamente não existe oferta de serviços odontológicos para este tipo de clientela; apresentam seqüelas neuropsicomotoras que comprometem seu estado geral com danos significativos na saúde bucal; são de moderado a severamente dependente de um cuidador com baixa escolaridade e sobrecarregado. O paciente com este perfil encontra-se excluído das ações de promoção e prevenção de saúde bucal e com difícil acesso aos poucos serviços especializados da rede pública. Na ocasião em que foi viabilizado seu tratamento restaurador e cirúrgico no ambulatório de odontologia do HRAN, em 2005, utilizou-se recursos e estratégias adicionais que incluíam uma equipe odontológica treinada; técnicas de contenção física; manutenção do paciente em sua própria cadeira de rodas durante o ato operatório e participação ativa do cuidador auxiliando a equipe. Considerando as características dessa clientela e sua maior vulnerabilidade nos aspectos de saúde bucal, faz-se necessário que o Sistema Único de Saúde inclua na área odontológica políticas efetivas de promoção, prevenção e melhores condições nos serviços especializados e assegure ações inter-setoriais que venham contribuir para integralidade de sua assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora se reconheça a dificuldade na formação de cirurgiões-dentistas que atendam a clientela com Necessidades Especiais em suas clínicas públicas

ou privadas, bem como as precárias condições de trabalho que vêm desestimulando os poucos profissionais da rede SUS-DF comprometidos com esses pacientes, pretende-se com esta pesquisa que a Odontologia reconheça o seu papel na equipe multidisciplinar responsável pelo atendimento fonoaudiológico, psicopedagógico, oftalmológico, ortopédico, pediátrico, neurológico, nutricional, dentre outros, desde o período mais precoce de vida desses pacientes.

Por outro lado, tendo em vista os aspectos multifatoriais que levam esse indivíduo a ser de moderado a severamente dependente em suas Atividades de Vida Diária, o estudo recomenda que sejam priorizadas as ações educativas de saúde bucal junto ao cuidador, dando-lhe a chance de intervir na própria realidade e alterá-la positivamente, desde a primeira infância de seu filho. As ações humanizadoras devem se fazer presentes, no aspecto educativo, a partir da construção de um diálogo autêntico entre os atores comprometidos com esses indivíduos, que, segundo Paulo Freire, haja *“uma disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro... e ao escutá-lo, aprender a falar com ele”*²¹.

Considera-se que a inclusão do paciente com Necessidades Especiais no âmbito da odontologia seja um processo que passa não somente pelos meios de desenvolver e adaptar tecnologias que venha lhe favorecer, mas pela superação de preconceitos e estigmas que afastam a sociedade como um todo de reconhecer neste indivíduo um ser humano e sua integralidade.

Em relação ao crescimento da população de indivíduos com PC o Comitê de Especialistas em Genética da Organização Mundial de Saúde (OMS) informa que os avanços da ciência nas áreas de Pediatria e Neonatologia permitem que hoje sejam salvas centenas de crianças recém-nascidas que décadas atrás estavam condenadas à morte e destaca que o Estado precisará desenvolver programas de atenção básica que incluam efetivamente essas pessoas com necessidades especiais, para uma vida mais plena em seu meio familiar e social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwartzman JS. Paralisia cerebral. Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral. 2004; 1(1): 4-7.

2. Sabbagh-Haddad A, Cipioni AL, Guaré RO. Pacientes Especiais. In: Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. São Paulo, 2001; Editora: Santos.
3. Olney SJ, Wright MJ. Cerebral palsy. In Campbell SK (Ed). Physical therapy for children. Philadelphia: Saunders, 1995:489-524.
4. Costa MHP da. A Assistência Odontológica ao Paciente com Necessidades Especiais - PcNE no SUS-DF: Anais da XIX Jornada Odontológica Brasileira de Estudos em Pacientes Especiais – JOPE, Campo Grande-MS, 06/out/2005.
5. Hutton JL, Cook T, Pharoah PO. Life expectancy in children with C P. BMJ 1994; 309: 431-5.
6. Waldman HB, Herman SP and Swerdloff M. Children with mental retardation/ developmental disabilities: do physicians ever consider needed dental care? American Association on Mental Retardation, 2001, vol 39, number 1: 53-56.
7. Hadjipanayis A, Hadjichristodoulou C, Youroukos S. Epilepsy in patients with Cerebral Palsy. Dev. Med. Chil. Neurol; 1996; 39: 659-63.
8. Magalhães MG de, Becker MM, Ramos MS. Aplicação de um programa de higienização supervisionada em pacientes portadores de paralisia cerebral. RPG-Vol 4- N° 2- abr/Mai/Jun 1997.
9. Schmidt MG. Pacientes Especiais - Portadores de Deficiências Neuropsicomotora. In: Correa, MSN, 2001, Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Santos, 1998, p. 655-663.
10. Corrêa MSN, Ciamponi AL, Guaré RO. A Criança Portadora de Necessidades Especiais - Aspectos Psicológicos Gerais. In: Correa, MSN. Sucesso no Atendimento Odontopediátrico. São Paulo: Santos; 2002 p. 529-534.
11. Pegoraro CN, Sakamoto FFO, Domingues LA. Perimólise: Etiologia, Diagnóstico e Prevenção. Rev. APCD, 2000, v.54, N. 2.
12. Borges MBS, Galigali AT, Assad RA. Prevalência de distúrbios respiratórios em crianças com Paralisia Cerebral na clínica da Escola de Fisioterapia da Universidade Católica de Brasília, Rev. Fisioterapia em Movimento, Curitiba, 2005, v.18, n.1, p. 37-47.

13. Coelho MF, Terra VL. Implicações clínicas em pacientes respiradores bucais. *Revista Brasileira de Patologia Oral*. 2004; 3 (1): 17-19.
14. Luz MAAC, Birman EG. Cárie em paciente com hipossalivação: aspectos clínicos, terapêuticos e preventivos. *Rev. Bras.Odont*, 1996, vol.III, n.6, p.27-31.
15. Abreu MHNG de, Paixão HH, ResendeVLS. Portadores de Paralisia Cerebral: aspectos de interesse da odontologia. *Arq. Odontologia*, jan-jun/2001, 37(1): 53-60.
16. Southern Association of Institutional Dentists. Cerebral Palsy, a review for dental professional. Self-Study Course, Module 4. Disponível em: www.nidcr.nih.gov Acessado em 13/jan/2006.
17. Pope JEC, Curson MET. The dental status of cerebral palsied children. *Pediatr. dent* 1991 May-Jun; 13(3): 156-62.
18. Rotta NT. Paralisia Cerebral, novas perspectivas terapêuticas. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 2002; vol.78, (Supl. 1): s48-s54.
19. Fourniol Filho A. Pacientes Especiais e a Odontologia. São Paulo, Santos; 1998, 472 p.
20. Manzano MAP et. al. Patologia bucal prevalente em niños excepcionales. *Acta odontol. Venez.*,1999, V.37 n.3.
21. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. (Coleção Leitura) São Paulo: Paz e Terra, 1996.

Trabalho desenvolvido junto ao Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília-UnB e o Centro de Treinamento, Pesquisa e Atenção em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais-PcNE, Hospital Regional da Asa Norte - HRAN.