

Atendimento odontológico ao paciente portador de paralisia cerebral

Dental attendance to cerebral palsy patient

André Torres Lapa Santos¹
Geraldo Bosco Lindoso Couto²

RESUMO

A paralisia cerebral é uma doença crônica que afeta o sistema nervoso central. Os pacientes portadores de paralisia cerebral apresentam algumas manifestações comuns como: deficiência mental, deficiências sensoriais, convulsões e contração das articulações, além das deficiências motoras. Nenhuma anomalia intra-oral é exclusiva das pessoas com paralisia cerebral. Entretanto, diversas condições, tais como: doença periodontal, cáries dentárias, maloclusão e bruxismo, são mais comuns ou mais severas do que na população em geral. O cirurgião dentista tem um papel essencial na melhora da qualidade de vida desses pacientes, assim como o aumento do tempo da vida. Um profissional que não tem conhecimento sobre paralisia cerebral e outras condições físicas ou mentalmente incapacitantes pode sentir-se pouco a vontade ao tratar tais pacientes, recusando-se a fazê-lo. O objetivo deste artigo foi conceituar, classificar e demonstrar os aspectos da paralisia cerebral, a fim de esclarecer e demonstrar a importância do tratamento odontológico desses pacientes, através da revisão da literatura.

Palavras-chave: Paralisia Cerebral; Odontologia; Abordagem.

ABSTRACT

Cerebral paralysis is a chronic illness that affects the central nervous system. Carrying cerebral paralysis patients present some common manifestations such as: mental and sensorial deficiency, convulsions and contraction of the joints, beyond motor deficiencies. No intra-oral anomaly is exclusive of these patients. However, diverse conditions, as: periodontal illness, dental caries, malocclusion and bruxism have, are more common or more severe when compared to population in general. The dentist surgeon has an essential paper in improve the quality of life of these patients, as well as increasing the time of life. A professional without knowledge on cerebral paralysis and other physical or mentally incapacitating conditions may feel uncomfortable when treating such patients and refuse to make it. The objective of this article was to appraise, classify and demonstrate the oral aspects of cerebral paralysis aiming to demonstrate the importance of odontological treatment for these patients.

Key words: Cerebral palsy; Dentistry; Approach

1 – Cirurgião-dentista
2 – Prof. Livre Docente do Depto. De
Clínica e Odontologia Preventiva UFPE,
Recife-PE, Brasil

Correspondência:
Geraldo Bosco Lindoso Couto
Av. prof. Moraes Rego 1235
Cidade Universitária, Recife-PE
CEP: 50670-901
e-mail: gbosco@ufpe.br

INTRODUÇÃO

Em meados do século XIX, William Little, um ortopedista inglês, fez os primeiros relatos de uma enfermidade que afetava crianças nos primeiros anos de vida, caracterizada por rigidez muscular, em especial nos membros inferiores, e em menor grau nos superiores^{1,2}.

A paralisia cerebral caracteriza-se por distúrbios no tônus muscular, postura e movimentação voluntária e é definida como uma disfunção predominantemente sensoriomotora³⁻⁷.

Os avanços tecnológicos e na área da saúde nas três últimas décadas têm aumentado as chances de vida de crianças pré-termo e de baixo peso, surgindo, então, novos desafios para os profissionais que atuam com essas crianças⁸. Algumas delas,

em decorrência de problemas durante o nascimento, acabam desenvolvendo problemas neurológicos, como é o caso da paralisia cerebral⁹. Este fato faz com que áreas afins ganhem importância no tratamento visando medidas reabilitadoras e paliativas⁸.

O tratamento da paralisia cerebral necessita de grandes investimentos e uma demanda de uma equipe multidisciplinar, não só em termos de serviços de saúde, educação e assistência social, mas também para as famílias e as próprias crianças^{10,11}.

Com relação ao atendimento odontológico, as crianças com deficiência podem apresentar desafios que requerem um preparo anterior do dentista e do pessoal auxiliar⁴. O atendimento do paciente especial, atualmente denominado de paciente com necessidades especiais, pelo

cirurgião-dentista apresenta a cada dia maior importância em decorrência do aumento do número de crianças portadoras de algum tipo de deficiência⁵

Este trabalho procurou abordar a etiologia, epidemiologia, características clínicas, tratamento e aspectos de interesse para o atendimento odontológico de pacientes portadores de paralisia cerebral, através da revisão de literatura.

REVISÃO DE LITERATURA

Conceito

A paralisia cerebral é conhecida como um grupo de distúrbios cerebrais de caráter estacionário devido a lesões ou anomalias do desenvolvimento cerebral ocorridas durante a vida fetal ou durante os primeiros meses de vida, sendo a principal causa de limitações físicas na infância. Não existe um conceito suficientemente amplo ou específico sobre a Paralisia Cerebral, tanto pela etiologia variada, quanto pelas manifestações clínicas múltiplas^{12,13}.

A disfunção neuromotora refere-se a um transtorno sensorio motor conseqüente de uma lesão encefálica não progressiva¹⁴⁻¹⁶. A paralisia cerebral, também denominada encefalopatia crônica não progressiva da infância, é conseqüência de uma lesão estática, ocorrida no período pré, peri ou pós-natal, que afeta o sistema nervoso central em fase de maturação estrutural e funcional. É uma disfunção predominantemente sensoriomotora, envolvendo distúrbios no tônus muscular, postura e movimentação voluntária³⁻⁷.

Epidemiologia

Na atualidade, têm-se visto um aumento relativamente grande do interesse na deficiência humana. Cerca de 10% ou mais da população mundial sofre de alguma deficiência, seja física, mental ou sensorial⁵.

Em países desenvolvidos, observou-se um aumento nos casos de Paralisia Cerebral nas duas últimas décadas, com índice de prevalência dos casos moderados e severos variando entre 1,5 e 2,5 por 1000 nascimentos^{6,17}. Estes dados têm sido atribuídos à melhoria dos cuidados médicos perinatais, contribuindo para o aumento da sobrevivência de crianças em idade gestacional e baixo peso ao nascimento cada vez mais extremos^{5,6}.

Este distúrbio é bastante freqüente

entre as patologias infantis, tendo incidência na população de aproximadamente dois em cada 1000 nascidos vivos, podendo chegar a sete por 1000 em países em desenvolvimento, que é a incidência encontrada nos países subdesenvolvidos. Esta freqüência não vem se modificando nos últimos anos. Tem uma predileção pelo sexo masculino^{6,8,14,15}.

Entre os recém nascidos pré-termo com baixo peso acentuado (inferior a 1.500g), a presença de disfunções neurológicas é observada com maior freqüência do que em crianças nascidas a termo com peso adequado, podendo a Paralisia Cerebral acontecer com uma freqüência de 25 a 30 vezes mais no grupo de crianças consideradas de risco perinatal^{18,19}.

A freqüência de paralisia cerebral se estima entre 1,5 e 2,5/ 1000 nascidos vivos e de 1,2 a 2/1000 em menores de 15 anos. Cerca de 65% dos pacientes portadores de paralisia sofrem paralisia espástica, sendo esta uma dos fatores que produzem mais alterações da função motora e complicações musculoesqueléticas⁶. Coletta et al.¹ citou que no Brasil, segundo os dados do IBGE (2000), este índice chega a 14,5% da população com algum tipo de deficiência. Estima-se também que no Brasil há cerca de 30.000 a 40.000 casos novos por ano de pacientes portadores de paralisia cerebral²⁰.

Etiologia

Para poder prevenir a Paralisia Cerebral é preciso conhecer sua etiologia, que é muito variada²¹. As causas podem variar desde ocorrências pré-natais, traumas obstétricos, até distúrbios pós-nascimento. O mais correto é afirmar que sua etiologia é multifatorial^{12,15,19,21}.

A etiologia requer também conhecimentos sobre o substrato biológico da maturação da sua normalidade e de suas modificações, determinadas por fatores ambientais, genéticos, ou ambos. Cerca de 6% dos casos de paralisia são causados por hipóxia durante o trabalho de parto. Existem evidências que a incidência aumenta em crianças prematuras com baixo peso ao nascimento¹⁵.

Embora sua causa exata seja desconhecida, os fatores aparentes predisponentes incluem, o peso infantil muito baixo ao nascimento e o abuso do consumo de álcool, do fumo e a ingestão de determinadas drogas no período gestacional. Muitas crianças devido à deficiência do

oxigênio durante o processo do nascimento têm sido afetadas por essa desordem. A severidade do problema depende da extensão dos danos ao cérebro. Aqueles com casos suaves podem ter somente alguns músculos afetados, enquanto que os casos severos podem resultar na perda total da coordenação ou da paralisia²².

Diversas infecções virais maternas, como citomegalovírus, podem ser passadas para o feto, nos diferentes estágios da gestação. Estudos demonstram que de 5 a 10% das crianças com Paralisia Cerebral adquiriram-na através da mãe infectada com o citomegalovírus durante a gravidez, podendo variar de acordo com a população⁷.

Os riscos etiológicos feitos a partir da anamnese em pacientes com paralisia cerebral herpética são nos períodos pré-natal (23%), perinatal (18%) e período indefinido em 59% dos pacientes com fatores de risco²³.

Quanto maior o número de fatores de risco (peso abaixo do esperado para a idade, intercorrências clínicas e longa permanência no cuidado intensivo neonatal), maiores serão as chances de a criança vir a apresentar seqüelas neurológicas e cognitivas, mas esta relação nem sempre é direta¹⁸.

Classificação

A paralisia é classificada de acordo com o tipo; o número de membros afetados; a época de instalação; o grau de comprometimento; a extensão e natureza da lesão cerebral^{12,15,19,21}.

A paralisia cerebral é classificada de acordo com o tipo de comprometimento neuromuscular em espástica, discinética (inclusive as formas coreo-atetóide e distônica), com movimentos involuntários, rígida, atáxica, hipotônica e mista. No que se refere à topografia, classifica-se em: monoplegia, hemiplegia, diplegia, triplegia, tetraplegia^{4,15}.

A paralisia espástica é a mais freqüente, acometendo 70% das crianças com paralisia cerebral. Apresenta contraturas prolongadas em cotovelo, punho, quadril, joelho e tornozelo. A diplegia e a hemiplegia apresentam melhor prognóstico do ponto de vista funcional. A diplegia é freqüentemente associada à prematuridade. Retardo mental e epilepsia são comuns na forma quadriplégica¹⁵.

A paralisia cerebral do tipo tetraparética espástica representa a forma clínica mais

grave²⁴. Na paralisia cerebral espástica quadriplégica a inervação que controla os movimentos da boca, língua e faringe pode estar comprometida, o que pode causar dificuldade de alimentação e hidratação, podendo ser necessária a utilização de sonda nasogástrica ou a realização de gastrotomia. Pneumonia de aspiração é freqüente. A probabilidade de melhora funcional neste tipo de paciente é pequena¹⁵.

A paralisia cerebral discinética ocorre em cerca de 20% das crianças com paralisia cerebral. Podem estar associada com surdez, disartria e sialorréia. Convulsões ocorrem em 25% dos pacientes. Na Paralisia Cerebral atáxica o equilíbrio é comprometido e alterações da fala são comuns. Retardo mental e epilepsia são freqüentemente observadas. Este grupo tem pouca probabilidade de melhora funcional. As formas mistas ocorrem quando dois ou mais tipos de Paralisia Cerebral estão presentes. Mais freqüentemente estão associados à Paralisia Cerebral espástica e a discinética¹⁵.

Características clínicas

O quadro clínico varia amplamente desde uma leve monoplegia com capacidade intelectual normal até espasticidade intensa de todo o corpo associado ao retardo mental¹⁵.

Os diferentes tipos de paralisia cerebral têm como características comuns as disfunções sensorio-motoras, comumente associadas a distúrbios visuais, auditivos, perceptivos e convulsões²⁵.

Crianças com alterações severas como a paralisia cerebral vêm a apresentar sinais de distúrbios de aprendizagem, dificuldades de linguagem, problemas de comportamento, déficits na coordenação motora e percepção de visão e espaço^{17,18}, além de distúrbios afetando a boca com os problemas na deglutição, disfagia, bruxismo e problemas em regiões específicas como língua, lábio e tecidos dentários.

Na maioria dos casos de paralisia cerebral, as crianças apresentam retardo mental, crises convulsivas e graves comprometimentos motores²⁴.

Os distúrbios caracterizam-se pela falta de controle sobre movimentos, pelas modificações adaptativas do comprimento do músculo e também pelas deformidades ósseas¹³. Esta lesão freqüentemente interfere na aquisição de habilidades motoras na infância, as quais são essenciais

para o desempenho de atividades e tarefas da rotina diária. A locomoção é uma das atividades motoras que geralmente apresenta-se alterada em crianças com paralisia cerebral quando comparadas com crianças normais²⁶.

A sintomatologia básica da paralisia cerebral caracteriza-se por transtornos motores que vão se estruturando com o passar do tempo, ocasionando atraso ou interrupção do desenvolvimento sensorio motor. As crianças com distúrbios severos apresentam comprometimento em várias maneiras, entre elas: ausência do controle voluntário dos membros, tronco e pescoço, ou por necessitar de ajuda de terceiros para participar de atividades de rotina, além de não ter autonomia para iniciar ou integrar-se em atividades comunitárias. Apresentam também comprometimento na fala²⁷.

Uma criança com Paralisia Cerebral pode apresentar limitações para desempenhar atividades típicas da infância como andar, subir, descer escadas, vestir-se e despir-se, além de encontrar barreiras que podem restringi-la de frequentar escola com outras crianças²⁶.

A paralisia cerebral é de caráter não progressivo e caracterizada por variação de tônus, distúrbios da postura e do movimento e distúrbios sensoriais. Além dessas características básicas, outros problemas podem estar associados, como convulsões, déficit mental, distúrbios visuais e auditivos. No que se refere ao desenvolvimento cognitivo, os graus de deficiência mental podem variar bastante¹².

Sabe-se que de 39% a 56% das crianças com problemas crônicos de desenvolvimento, dentre elas a paralisia cerebral, apresentam ou irão desenvolver um distúrbio da deglutição⁹.

A deglutição é um ato neuromuscular complexo, estando sob o controle neurofisiológico com componentes sensoriais e motores. Compreendem duas fases voluntárias (preparatória e oral) e duas fases involuntárias (faríngea e esofágica)²⁸.

As alterações crônicas da deglutição resultam em desnutrição, desidratação, aspiração e pneumonia. Os sintomas nesses casos são regurgitação, dificuldade de deglutir a própria saliva, tosse no momento da alimentação e instabilidade respiratória ou apnéia, dentre outros, que podem gerar aversão para comer determinados alimentos, grande tempo despendido com a alimentação e a necessidade de dieta especial, diferente da utilizada pelo restante

da família. Estes sintomas acabam gerando uma situação de tensão e ansiedade nos pais, o que torna o ato de comer difícil, cansativo e de pouco prazer. As consequências desse distúrbio acabam por acarretar novos problemas de saúde que, por sua vez, pioram ainda mais as condições globais desses indivíduos e sua capacidade de adaptar-se socialmente⁹.

As crianças com dificuldades graves de expressão oral tendem a simplificar aspectos gramaticais e conseqüentemente, o índice de diversas palavras, fazendo uso de repertório mais restrito, com a tendência a diminuir o número de enunciados, nas atividades dialógicas com suas possibilidades motoras²⁷.

Na paralisia cerebral do tipo espástica, os circuitos neurais que modulam o tônus estão cronicamente comprometidos, levando à mudança das propriedades elétricas intrínsecas dos neurônios. Isto se deve à alteração na condutância da membrana, mediada por aumento da concentração de moduladores neurais, como a serotonina, que provocariam um pulso despolarizante prolongado¹³. O Diazepam atua na medula espinhal facilitando a neurotransmissão mediada por receptores para o neurotransmissor ácido gama amino butírico (GABA)²⁰.

Características específicas de interesse para odontologia

O achado fisiopatológico mais grave na paralisia cerebral pode ser a falta de coordenação entre as ações motoras necessárias para a deglutição. Essa incoordenação pode trazer consequências graves, que são as queixas mais frequentes pelas quais as crianças são encaminhadas para a videofluoroscopia; vômitos durante a alimentação, regurgitação nasofaríngea, desnutrição, falência no crescimento, suspeita de aspiração, ocorrência de tosse durante a alimentação e pneumonias da repetição²⁴.

Nos casos de disfunção neuromotora observa-se a prevalência de 90% de alteração motora oral e ainda 60% das crianças apresentam dificuldades de alimentação que precedem o diagnóstico da doença, sendo importante a observação das aquisições oromotoras e alimentares da casa. As crianças acometidas por este transtorno podem ainda apresentar dificuldades para atingir o fechamento da cavidade oral com o vedamento de lábios

concomitante à dificuldade em realizar ação motora para deglutir. Essa situação leva ao constrangimento frente ao meio social^{7,16}.

A liberação da saliva é feita a ação do sistema simpático e parassimpático. Quando há um comprometimento neuromotor, essa regulação fica comprometida e a liberação da saliva não acontece de maneira normal. A saliva possui funções importantes para o organismo humano, tais como lubrificação da cavidade oral e efeito de agregar partículas alimentares importantes na formação do bolo, além de proteção das estruturas da cavidade oral, evitando a ação das bactérias e promovendo o controle do pH intra-oral²⁹.

Shinkai et al.³³, destacaram que crianças com distúrbios neurológicos, como a paralisia cerebral, têm um grande risco de desenvolver bruxismo. Esta parafunção é comumente observada em pacientes com paralisia cerebral⁴.

A prevalência de maloclusão é de aproximadamente o dobro da população geral. Geralmente encontra-se protrusão dos dentes antero – superiores, sobremordida e trespasse horizontal exagerado, mordida aberta e mordidas cruzadas unilaterais. A causa primária pode ser uma relação desarmônica entre músculos intraorais e periorais⁴.

A doença periodontal ocorre com grande frequência, principalmente devido à deficiência de higiene bucal. Outra causa é a dificuldade de mastigação, que faz com que a criança se alimente de comidas pastosas, que são ricas em carboidratos. Pacientes que fazem uso de fenitoína para controlar ataques terão geralmente um alto grau de hiperplasia gengival⁴.

Aspectos psicológicos

O estresse psicológico está presente na vida do portador de paralisia cerebral. Este problema, muitas vezes, dificulta seu processo de inclusão. A mãe do portador de paralisia, que na maioria dos casos têm o papel do cuidador, apresenta um maior impacto no potencial psicológico. A adaptação psicossocial em famílias das quais uma criança é portadora de Paralisia Cerebral pode ser definida como um processo complexo que envolve diferentes fatores, promovendo e mantendo a qualidade de vida da criança e da família como um todo³⁰.

Os obstáculos mais freqüentes ao tratamento dentário de portadores de

necessidades especiais incluem: ansiedade dos pais, baixa prioridade devido a numerosos problemas na prática diária, apreensão dos pais quanto à aceitação, incapacidade dos mais deficientes em comunicar um problema dentário, entre outros³¹.

Formas de tratamento

O tratamento destes pacientes visa medidas paliativas e de reabilitação, no entanto, nenhuma delas é capaz de promover uma recuperação completa⁸.

Os avanços na ciência têm redirecionado o manuseio de criança com paralisia cerebral, de uma fase passiva e de suporte para uma fase mais ativa, utilizando, em determinados casos, o tratamento sob anestesia geral¹⁵.

Quando houver a indicação de atendimento odontológico ambulatorial, alguns cuidados devem ser observados. Devem-se avaliar completamente cada paciente, em termos de características pessoais, sintomas e comportamento, para então proceder conforme as condições e necessidades sugeridas. Uma história médica e odontológica minuciosa é muito importante, devendo o pai ou o responsável ser entrevistado antes do início de qualquer tratamento. Para o dentista desinformado, a pessoa com paralisia cerebral que tem movimentos involuntários dos membros e da cabeça pode ser vista como um paciente não cooperador e de difícil controle⁴. Quanto mais avança no conhecimento das causas, melhor se definem as condutas na prática clínica, evitam-se exames desnecessários e propõem-se melhores estratégias de prevenção³².

Com relação à prevenção, as escovas dentais podem sofrer um série de adaptações para atender vários fatores incapacitantes dos pacientes especiais como: cabo longo, AM ângulo, de velcro ou de outro material. Desta forma a engenhosidade do profissional é fundamental para o êxito das adaptações. Observa-se também adaptações nos limpadores de língua e fio dental³¹.

No tratamento odontológico dever ser rotineiro o uso de abridores de boca, aspirador de saliva, posicionamento na cadeira, contenção e uma auxiliar bem treinada, para mantê-lo em posição⁶. Abridores de boca são indispensáveis para aqueles pacientes incapazes de abrir e manter a boca aberta durante a escovação.

Podendo estes ser de borracha, de madeira, acrílico ou também dispositivos adaptados, como dedeiras confeccionadas com o bico da garrafa de refrigerante³¹.

O posicionamento do paciente na cadeira odontológica deve ser o mais adequado possível, evitando problemas de reflexos gerais. Pode-se optar pelo uso de cadeiras especiais, macris, de acordo com a idade do paciente. Durante o tratamento dentário, os reflexos gerais e bucais podem ser iniciados por estímulos de luz do refletor, ruídos na caneta e outros. Deve-se ressaltar, também, que esses pacientes se cansam rapidamente e o tempo de atendimento deve ser curto⁵.

Weddel, Sanders, Jones⁴ enumeraram as seguintes sugestões para o atendimento clínico do paciente parálítico cerebral:

- 1- Considerar a possibilidade de tratar o paciente que usa cadeira de rodas na própria cadeira de rodas;
- 2- Estabilizar a cabeça do paciente durante todas as fases do tratamento odontológico, mantendo as costas do paciente levemente elevadas, para minimizar as dificuldades de deglutição;
- 3- Determinar o grau de conforto do paciente, considerando o uso de travesseiro, toalhas e outras medidas para apoiar o tronco e os membros;
- 4- Usar a imobilização para controlar os movimentos das extremidades;
- 5- Para controlar os movimentos involuntários da mandíbula, escolher um entre vários abridores de boca e protetores para dedo;
- 6- Evitar estímulos tais como movimentos abruptos, barulhos e luzes, avisando previamente o paciente;
- 7- Introduzir os estímulos intra-orais lentamente, para evitar a incitação do reflexo de náuseas ou para torná-los menos severos;
- 8- Utilizar dique de borracha.

DISCUSSÃO

A paralisia Cerebral é uma condição definitiva, devido à lesão no sistema nervoso central, ocasionando distúrbios sensorio motores, ocorridos durante a vida fetal ou durante os primeiros meses de vida compromete regiões de tônus muscular, postura e movimentação voluntária, afetando atividades motoras como a locomoção, essências essenciais para o desempenho de atividades e tarefas da rotina diária^{3-5,12,15,16,26,30}.

Uma razoável parcela da população

apresenta algum comprometimento físico, mental ou sensorial. Em países desenvolvidos que apresentaram uma melhora nos cuidados médicos perinatais a taxa de sobre vida das crianças aumentaram. Estima-se que entre 1,5 e 2,5 em cada 1000 nascidos apresentem a paralisia cerebral, podendo chegar até a 7:1000 nascidos vivos. Tendo uma predileção pelo sexo masculino^{5,8,17}.

Crianças consideradas abaixo do peso normal apresentam uma maior chance de serem portadoras da paralisia^{18,19}. A paralisia do tipo espástica, caracterizada por alterações motoras e sensoriais, é a mais frequente²⁰.

No Brasil segundo dados do IBGE (2000) estima-se que cerca de 14,5% da população apresente esta deficiência¹. No Brasil cerca de 30000 a 40000 novos casos por ano surgem de pacientes portadores de paralisia cerebral⁶.

Problemas ocorridos no período pré-natal, durante o parto ou até pós nascimento podem levar a paralisia, no entanto é mais prudente afirmar que a causa da paralisia é de ordem multifatorial^{12,19,21}.

A paralisia cerebral apresenta causas variadas, no entanto a gravidade do problema vai depender da extensão ao dano ao sistema nervoso. Abuso de álcool, drogas, fumo, baixo peso, falta de oxigênio todos estes são fatores causadores da paralisia cerebral¹⁸.

Infecções virais como citomegalovírus que são passadas para o feto podem provocar em 5 a 10% dos casos levar a paralisia cerebral⁷.

O número de fatores de risco está diretamente ligada a probabilidade da criança apresentar alguma alteração neuromotora¹⁸. Além da falta de coordenação muscular apresenta deformidades ósseas¹³. É importante conhecer a causa para poder prevenir a paralisia²¹.

A classificação varia de acordo com o comprometimento, tipo, extensão da lesão, número de membros afetados, época da instalação e natureza da lesão^{4,12,19}.

A paralisia cerebral espástica pode ser classificada quanto aos movimentos involuntários ou a sua topografia^{4,15}. Esta paralisia acomete a maioria dos portadores. E aquela que apresenta o maior grau de funcionalidade é a diplegia e hemiplegia¹⁵.

Entre as paralisias espástica a de maior gravidade é a tetraparética. Apresenta

dificuldade na alimentação e hidratação por ter comprometimento da inervação nas áreas de língua, faringe e boca. Estes pacientes têm uma probabilidade mínima de melhora. Na paralisia discinética ocorre em 20% dos pacientes podendo ocorrer surdez, disartria, sialorréia e até convulsões¹⁵.

Os problemas gerados pela paralisia podem variar enormemente, desde uma leve monoplegia com a capacidade intelectual normal até uma espasticidade intensa¹⁵.

Independente do tipo de paralisia, distúrbios sensório motores associados a problemas visuais, auditivos, perceptivos, são características comuns^{12,18}. Além de problemas relacionados a deglutição, bruxismo e em regiões específicas como língua, lábio e tecidos dentários. Na maioria dos casos de paralisia a criança apresenta retardo mental, crises convulsivas e problema motor²⁴.

Atividades de rotina diária são comprometidas em pacientes com paralisia, a própria locomoção torna-se difícil²⁶.

A deglutição é um ato complexo, sob o controle neuromuscular e uma parcela significativa dos pacientes com paralisia cerebral apresenta problemas na deglutição. Este problema resulta em desnutrição, desidratação, aspiração e pneumonia. Os pacientes apresentam dificuldade no fechamento da cavidade oral e vedamento dos lábios dificultando o ato da deglutição^{9,16,24,28}.

A paralisia do tipo espástica apresenta comprometimento nos circuitos neuronais, levando desordens na liberação de serotonina. O Diazepan pode ser usado nessa regulação^{13,20}.

Problemas decorrentes da falta de coordenação motora da deglutição são freqüentes, como vômitos durante a alimentação, regurgitação nasofaringeal, desnutrição, falência no crescimento, suspeita de aspiração, ocorrência de tosse durante a alimentação e pneumonias da repetição²⁴.

Em muitos pacientes com paralisia cerebral encontra-se problemas em motricidade oral com o vedamento de lábios, concomitante à dificuldade em realizar ação motora para deglutir. Ocorre também problemas relacionados a liberação de saliva, o que compromete todo o processo de digestão^{7,29}.

Problemas relacionados ao bruxismo também são encontrados em pacientes com paralisia cerebral do tipo atetóide^{4,33}.

A prevalência de má-oclusão nos portadores de paralisia é o dobro da população em geral. Sobremordidas, traspasse horizontal acentuado e mordida cruzada, geralmente são encontrados nos pacientes com paralisia cerebral, estima-se que a causa primária é a desarmonia entre os músculos intraorais e periorais⁴.

Problemas periodontais ocorrem devido à falta de higiene oral adequada. Em pacientes que tomam fenitoína, para controlar ataques, terão, geralmente, um alto grau de hiperplasia gengival⁴.

Os estresses psicológicos estão presente na vida dos portadores de paralisia, tanto nos pacientes como nos familiares e pessoas que cuidam desse pacientes^{30,31}.

Em regra geral os cuidados do pacientes com paralisia visam cuidados paliativos e reabilitadores⁸. Pode-se utilizar recursos mais ativos, como anestesia geral, no tratamento dos portadores de paralisia cerebral¹⁵.

No tratamento odontológico deve ser feito minuciosamente, inclusive com história medica⁴. É importante saber se a causa da paralisia para melhor definir as condutas clínicas³².

O uso de escovas dentais, limpadores de língua e fio dentais são instrumentos básicos na prevenção da cárie e doenças periodontais, sendo estes instrumentos passíveis de adaptação e modificação, dependendo da engenhosidade do fabricante³¹.

No tratamento odontológico é indispensável o uso de abridores de boca, aspiradores de saliva, contenção, uma auxiliar bem treinada e um bom posicionamento na cadeira. As cadeiras podem ser especiais, macris, variando de acordo com a idade do paciente. Deve-se lembrar também que as consultas deverão ser rápidas^{5,31}.

Algumas sugestões devem ser seguidas para um adequado atendimento clínico, como um bom posicionamento do paciente, onde este fique de forma confortável que não provoque nenhum reflexo indesejado, a utilização de diques de borracha, uso de imobilizadores e abridores de boca, todas essas medidas e outras também visam o sucesso do tratamento e o bem está do paciente especial⁴.

CONCLUSÃO

Para o diagnóstico da paralisia cerebral é necessário abrir os horizontes, sendo

realizado por uma equipe multidisciplinar.

Apesar das dificuldades e dos avanços do conhecimento científico sobre a deficiência, a atenção à saúde é de modo geral, insuficiente. Necessita-se da criação de mecanismos de acompanhamento, controle, supervisão e avaliação de serviços para facilitar o acesso e a qualidade do atendimento.

Em saúde bucal, particularmente, a assistência aos pacientes paráliticos cerebrais é insignificante, necessitando-se, imediata e definitivamente, da implementação de estratégias que possibilitam o acesso ao atendimento clínico odontológico adequado, dentro de uma proposta de atenção dos pacientes com paralisia cerebral.

Além disso, é essencial a ampliação dos horizontes de interesse e atuação daqueles que trabalham na área odontológica, levando-se a transformar os profissionais em agentes catalisadores de mudanças sociais, que forneçam a melhoria dos níveis de saúde geral e bucal das comunidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coletta EDD, Caminato RA, Gorta JI, Calegart DR. Avaliação psicomotora em pessoas portadoras de paralisia cerebral do APAE de toledo/Pr. Buenos Aires: jun. 2005. Seção Revista digital.<:http://www.efdeportes.com/efd85/apae.htm>. Acesso em: 1 jun. 2007.
- Cândido AMDM. Paralisia cerebral: abordagem para a pediatria geral e manejo multidisciplinar. Brasília. 2004. Disponível em: <http://em:www.medico.org.br/especialidade/neonatalogia/paralisiacerebra.doc> Acesso em 01 jun.2007.
- Pharoah POD. Epidemiology of cerebral palsy: a review. J R Soc Med 1981; 74(7):512-520.
- Weddel JA, Sanders BJ, Jones JE. Problemas dentários da criança deficiente. In: McDonald RE, Avery DR. Odontopediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 411-435, 2001.
- Haddad AS, Ciamponi AL, Guaré RO. Pacientes especiais. In: Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. São Paulo: Santos; 2003.p. 894-931.
- Mancini MC, Fiúza PM, Rebelo JM, Magalhães LC, Coelho ZAC, Paixão ML et al. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. Arq Neuro-Psiquiatr 2002; 60(2B):446-452.
- Albermam E, Peckam C. Cerebral palsy and perinatal exposure to neurotropic viruses. BMJ 2006; 332:63-64.
- Arroyave GL. et al. Cost effectiveness of the drug-based treatment of cerebral palsy involving spasticity in Mexico. Rev Esp Salud Publica 2000; 74:5-6.
- Aurelio SR, Genaro KF, Macedo Filho ED. Análise comparativa dos padrões de deglutição de crianças com paralisia cerebral e crianças normais. Rev Bras Otorrinolaringol 2002; 68(2):167-173.
- Cardoso AA, Magalhães LC, Amorim RHC, Paixão ML, Mancini MC, Rossi LDF. Validade preditiva do movement assessment of infants para crianças pré-termo brasileiras. Arq Neuro-Psiquiatr 2004; 62(4):1052-1057.
- Gomes C, Barbosa AJG. Inclusão escolar do portador de paralisia cerebral: atitudes de professores do ensino fundamental. Rev bras educ espec 2006; 12(1):85-100.
- Diniz D. Dilemas éticos da vida humana: a trajetória hospitalar de crianças portadoras de paralisia facial grave. Cad Saúde Pública 1996; 12(3):345-355.
- Iwabe C, Piovesana AMMSG. Estudo comparativo do tono muscular na paralisia cerebral tetraparética em crianças com lesões predominantemente corticais ou subcorticais na tomografia computadorizada de crânio. Arq Neuro-Psiquiatr 2003; 61(3A):617-620.
- Calcagno NC, Pinto TPS, Vaz DV, Mancini MC, Sampaio RF. Análise dos efeitos da utilização da tala seriada em crianças portadoras de paralisia cerebral: uma revisão sistemática da literatura. Rev Bras Saude Mater Infant 2006; 6(1):11-22.
- Maranhao MVM. Anestesia e paralisia cerebral. Rev Bras Anesthesiol 2005; 55(6):680-702.
- Rosa D. Estimulação Essencial, uma abordagem fonoaudiológica. 1999. Monografia (Especialização)-CEFAC, Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica Motricidade Oral, Curitiba, 1999.
- Rosenbaum P. Cerebral palsy: What parents and doctors want to know. BMJ 2003; 326:970-974.
- Magalhães LC, Catarina PW, Barbosa VM, Mancini MC, Paixão, ML. Estudo comparativo sobre o desempenho perceptual e motor na idade escolar em crianças nascidas pré-termo e a termo. Arq Neuro-Psiquiatr 2003; 61(2A):250-255.
- Molnar GE. Rehabilitation in cerebral palsy. West J Med 1991; 154(5):569-572.
- Lopez IS et al. Efectividad de baclofeno en el tratamiento de espasticidad de origen cerebral. Rev chil Pediatr 1996; 67(5):206-211.
- Cohen P. Cerebral palsy: The correlation of clinical an pathological. Calif Med 1962; 96(2):102-108.
- Turolla de Souza RC Ciasca SM, Maura-Ribeiro MVL, Zanardi VA. Paralisia cerebral hemiparética: dados clínicos comparados à neuroimagem. Rev bras fisioter 2006; 10(2):157-162.
- Piovesana AMMSG, Moura-Ribeiro MVL, Zanardi VA, Gonçalves VMG. Paralisia cerebral hemiparética: fatores de risco etiológico e neuroimagem. Arq Neuro-Psiquiatr 2001; 59(1):29-34.
- Furkim AM, Behlau MS, Weckx LLM. Clinical and videofluoroscopic evaluation of deglutition in children with tetraparetic spastic cerebral palsy. Arq. Neuro-Psiquiatr 2003; 61(3A):611-616.
- Lamonica DAC, Chiari BM, Pereira LD. Perda auditiva em indivíduos paráliticos cerebrais: discussão etiológica. Rev Bras Otorrinolaringol 2001; 68(1):40-45.
- Cury VCR, Mancini MC, Melo AP, Fonseca ST, Sampaio RF, Tirado MGA. Efeitos do uso de órtese na mobilidade funcional de crianças com paralisia cerebral. Rev bras Fisioter 2006; 10(1):67-74.
- Yoshimura RM, Kasama ST, Rodrigues LCB, Lamônica DAC. Habilidades comunicativas receptivas em criança com bilinguismo português-japonês e paralisia cerebral: relato de caso. Rev bras educ espec 2006; 12(3):413-422.
- Manrique D, Melo ECM, Buhler RB. Avaliação nasofibrolaringoscópica da deglutição em crianças. Rev bras Otorrinolaringol 2001; 67(6):798-801.
- Rosa CMR, Lopes RA, Santos FF, Motta AR. A crioterapia como recurso para diminuir a sialorréia em crianças com disfunção neuromotora: relato de caso. Revista CEFAC 2006; 7(3):300-306.
- Freitas PM, Carvalho RCL, Leite MRSD. Relação entre o estresse materno e a inclusão escolar de

crianças com paralisia cerebral. Arq Bras Psicol 2005; 57(1):46-57.

31. Ribeiro G, Braga MBP, Simões RA. Pacientes com desvios neurológicos: métodos alternativos de prevenção e atendimento. Rev Fac Odontol Anápolis 2004; 6(1):1-6.

32. Caram LHA, Funayama CAR, Spina CÍ, Giuliani LR, Pina Neto JM. Investigação das causas de atraso no neurodesenvolvimento: recursos e desafios. Arq. Neuro-Psiquiatr 2006; 64(2B):466-472.

33. Shinkai RSA, Santos LM, Silva FAE, Nobre dos Santos M. Contribuição ao estudo da prevalência de bruxismo excêntrico noturno em crianças de 2 a 11 anos de idade. Rev Odontol Univ São Paulo 1998; 12(1):29-37.

34. Bruck I, Antoniuk SA, Spessatto A, Bem RS, Hausberger R, Pacheco CG et al. Epilepsia em crianças com paralisia cerebral. Arq Neuro-Psiquiatr 2001; 59(1):35-39.