



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada
ISSN: 1519-0501
apesb@terra.com.br
Universidade Federal da Paraíba
Brasil

Medeiros Rodrigues CARDOSO, Andreia; Wanderley CAVALCANTI, Yuri; Nascimento PADILHA,
Wilton Wilney
Impacto de Programa de Promoção em Saúde Bucal para Cuidadores e Crianças com Paralisia
Cerebral
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 11, núm. 2, abril-junio, 2011, pp. 223-
229
Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63721615012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Impacto de Programa de Promoção em Saúde Bucal para Cuidadores e Crianças com Paralisia Cerebral

Impact of Oral Health Promotion Program for Caregivers and Children with Cerebral Palsy

Andreia Medeiros Rodrigues CARDOSO¹, Yuri Wanderley CAVALCANTI¹, Wilton Wilney Nascimento PADILHA²

¹Aluno de Graduação em Odontologia. Bolsista de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq/UFPB), Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

²Professor Doutor Titular de Clínica Integrada, Departamento de Clínica e Odontologia Social, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Relatar o efeito de um programa de promoção em Saúde Bucal para crianças com Paralisia Cerebral (PC) e cuidadores.

Método: Estudo de intervenção com ensaio clínico não controlado, realizado nos domicílios de 10 crianças (3-13 anos) com PC e seus cuidadores, identificadas nas unidades de saúde de João Pessoa/PB. Entrevista com cuidador e exame clínico da criança com registro do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) foram realizados antes e após programa. Na entrevista foram coletados hábitos alimentares e de higiene bucal. No exame clínico foi registrado o IHOS por examinador calibrado ($Kappa = 0,85$). Por 90 dias foram realizadas visitas semanais, com ações educativas, individualizadas e planejadas a partir dos dados da entrevista inicial (I1); trabalho da técnica de escovação feita pelo cuidador na criança, com orientação, demonstração e supervisão; e fluoroterapia. Na avaliação, foi feito uma nova entrevista (E2) e exames bucais. A análise estatística utilizou o Teste *t* de Student, sendo adotado um nível de significância de 5%.

Resultados: Hábitos alimentares, em I1: o utensílio era mamadeira (7), ofereciam açúcar em excesso (10), e todas as dietas pastosas incluíam açúcar (8). Em E2: o utensílio foi copo/colher (8), ofereciam açúcar em excesso (zero), recebiam dietas pastosas e fibrosas sem açúcar (8). Hábitos de higiene, em I1: gaze e colutório exclusivo, uma vez ao dia (1); sem técnica de escovação, uma vez ao dia (9). Em E2: uso de gaze com colutório semanal (1), técnica satisfatória de escovação, duas vezes ao dia (10). O IHOS médio no primeiro exame foi 2,63 e no segundo 0,91, com diferença estatisticamente significante ($p<0,01$).

Conclusão: O cuidado de Saúde Bucal das crianças com PC foi alterado e as ações produziram mudanças positivas nos hábito de higiene e alimentação, bem como na quantidade de biofilme.

ABSTRACT

Objective: To report the effect of an oral health promotion program for children with cerebral palsy and their caregivers.

Method: An interventional study with non-controlled clinical trial was performed in the homes of 10 children (3-13 years) with cerebral palsy and their caregivers, identified at the Public Health Units of João Pessoa, PB, Brazil. Before and after the program, the caregivers were interviewed and the children were subjected to clinical exam and application of the Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S). Information on dietary habits and oral hygiene was collected during the interview. The OHI-S was recorded by a calibrated examiner ($Kappa = 0.85$) in the clinical exam. During 90 days, weekly visits were carried out involving individualized educative actions planned from the data collected in the initial interview (I1) with the caregivers; working on the toothbrushing technique used by the caregiver in the child, comprising orientation, demonstration and supervision; and fluoride therapy. After the program, a new interview (I2) and a new clinical exam were performed. The statistical analysis used the Student's *t*-test at a significance level of 5%.

Results: Dietary habits, in I1: a bottle feeding was used (7); offered of sugar in excess (10); and all pasty diets included sugar (8). In I2: a glass/spoon was used (8); offered sugar in excess (0), offered pasty and fibrous diets without sugar (8). Hygiene habits, in I1: gaze and mouthwash exclusivo (?), once a day (1); no toothbrushing technique, once a day (9). In I2: use of gauze soaked with mouthwash once a week (1), satisfactory toothbrushing technique, twice a day (10). The mean OHI-S was 2.63 in the first exam and 0.91 in the second exam, with statistically significant difference between them ($p<0.01$).

Conclusion: Oral health care of children with cerebral palsy was altered and the actions produced positive changes in the hygiene and dietary habits as well as in the amount of dental biofilm.

DESCRITORES

Assistência Odontológica para Pessoas com Deficiências; Paralisia Cerebral; Saúde Bucal; Odontologia Preventiva.

KEY-WORDS

Dental Care for Disabled; Cerebral Palsy; Oral Health; Preventive Dentistry.

INTRODUÇÃO

Os indivíduos com Paralisia Cerebral (PC) estão entre aqueles denominados de pacientes com necessidades especiais. A PC é definida como um prejuízo permanente do movimento ou postura resultante de uma desordem encefálica não progressiva^{1,2}. Outros desvios são associados aos distúrbios motores nos indivíduos com PC, dentre as alterações mais freqüentes, encontram-se aquelas que podem interferir direta ou indiretamente, em maior ou menor grau na forma, função e estética do sistema estomatognático. Como exemplo, destaca-se a deficiência mental, epilepsia, disfagia, distúrbios de via aéreas superiores e inferiores, xerostomia, padrão de respiração bucal, bruxismo, refluxo gastroesofágico, distúrbios da marcha e equilíbrio postural³.

Altos índices de biofilme dentário, cárie dentária e gengivite são relatados nos indivíduos com PC³⁻⁶. Pacientes portadores de PC possuem alto índice de cárie dentária e doença periodontal, devido à falta de coordenação motora, a hipertonia, resultante da espasticidade, que interfere na musculatura mastigatória e da falta de informação aos seus responsáveis sobre os cuidados em saúde bucal necessários, resultando na dificuldade dos responsáveis em higienizar corretamente a cavidade bucal⁷.

O desenvolvimento da cárie e da doença periodontal é favorecido pela dieta inadequada destes pacientes, com consistência pastosa, que permanece mais tempo na cavidade bucal e pelo fluxo salivar reduzido pela capacidade limitada de mastigar⁸. A incapacidade neuromuscular impede que tais pacientes façam uso de alimentos mais consistentes, o que também favorece ao uso prolongado da mamadeira com papel deletério no desenvolvimento da cárie dentária⁹.

Além desses desvios inerentes ao quadro clínico de PC, também podem constituir risco à saúde bucal desse grupo os fatores socioeconômicos como, baixo nível de renda familiar; baixo nível de escolaridade; 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 privada⁵.

Na avaliação da experiência de cárie e índices de higiene oral em crianças portadoras de PC, com alimentação via oral e gastrostomia, menores valores de CPO-D para o grupo com gastrostomia foi relatado, devido menor oferta intra-oral de alimentos e, portanto, menor quantidade de resíduos alimentares para o desenvolvimento da cárie dentária¹⁰. Com relação ao índice de higiene oral, o grupo gastrotomizados apresentou valores significativamente maiores, devido à eliminação parcial ou total das forças mecânicas intrabucais, que ocorrem durante a mastigação, favorecendo o acúmulo de biofilme¹⁰. Essa condição também foi agravada diante da correlação da má

atenção odontológica é um componente padrão da assistência em saúde integral para crianças com necessidades especiais¹¹. Portanto, o cuidado em saúde bucal para estes pacientes deve ser uma prática rotineira e eficiente⁷. O tratamento mais indicado seria a prevenção e o controle da saúde bucal, pois o tratamento restaurador muitas vezes não pode ser realizado em ambulatório e aquele realizado sob anestesia geral constitui risco para o paciente e oneroso para o poder público⁷.

As ações de saúde, tanto educativas quanto curativas, visam proporcionar aos grupos humanos o mais elevado grau de saúde, permitindo melhor qualidade de vida, sendo o processo educativo necessário na Odontologia, visando mudanças de comportamento essenciais para manutenção, aquisição e promoção de cuidado¹².

Poucos estudos na literatura odontológica têm examinado o acesso ao atendimento odontológico para crianças com necessidades especiais de saúde a partir da perspectiva dos pais. Nestes estudos, 13 a 75 por cento das crianças com necessidades especiais tiveram problemas em obter o cuidado em saúde bucal^{11,13-15}.

Um questionário foi enviado para 122 pais de crianças especiais¹⁶. O mesmo foi respondido por 70% dos pais¹⁶. Entre esses, 94% eram a favor de que um programa preventivo fosse realizado, e 98% gostariam de receber maiores informações sobre saúde bucal.

Pais de crianças nesta condição gostariam de conhecer melhores dietas e métodos de higienização para seus filhos, assim como sobre as implicações do uso do flúor¹⁶. Os pais também destacaram a necessidade de um atendimento odontológico sem qualquer tipo de discriminação para seus filhos¹⁶.

Algumas experiências que envolvem propostas de cuidado em saúde bucal para pacientes especiais têm sido relatadas na literatura^{12,17,18}. Redução estatisticamente significante de biofilme cariogênico foi relatada, após as intervenções, as quais se constituíram de processos de educação em saúde com os cuidadores e pessoas especiais^{12,17,18}. Poucas experiências de atendimento clínico desses indivíduos foram desenvolvidas¹². Verifica-se a ausência de estudos que avaliem as mudanças nos hábitos alimentares e de higiene, após intervenções, na prática do cuidado dos pacientes especiais. Dessa forma, esta pesquisa se justifica pela necessidade de validar a utilização de programas preventivos nas estratégias de saúde bucal direcionada a esse grupo de indivíduos. Assim, o objetivo deste estudo foi relatar o efeito de um programa de promoção em Saúde Bucal para crianças com Paralisia Cerebral e cuidadores.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de intervenção em cuidados clínicos, de abordagem quantitativa e técnica

de Saúde da Paraíba, sob protocolo CAAE 5669.0.000.349-09. Os indivíduos participantes do estudo, ou seus responsáveis legais, foram esclarecidos quanto aos aspectos éticos e assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram respeitadas as diretrizes e normas do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos (Resolução 196/96).

A amostra, definida por conveniência, foi composta por 10 crianças, na faixa etária de 3 a 13 anos, de ambos os性s, com diagnóstico de PC, identificadas, a partir de busca ativa, nas unidades de saúde de João Pessoa/PB, Brasil, e seus respectivos cuidadores que aceitaram participar, entre os meses de julho a setembro de 2010. Como critérios de inclusão, as crianças deveriam ter o diagnóstico médico de Paralisia Cerebral, a idade de 0 a 13 anos, residir em João Pessoa e a aceitação dos responsáveis em permitir a participação na pesquisa.

O programa de promoção em saúde bucal para crianças com PC e cuidadores realizado no domicílio dos participantes foi baseado em programas educativos e preventivos em saúde bucal direcionados para estes indivíduos^{12,17}. A estratégia de Educação Permanente em Saúde, uma metodologia através da qual se busca atingir, através da problematização do próprio cenário de práticas, a qualificação dos processos de atenção em saúde, também foi utilizada como referencial²¹. Assim, o estudo ficou estruturado em quatro etapas, a partir de adaptações: diagnóstico do cuidado em saúde bucal das crianças; planejamento das atividades de cuidado em saúde bucal na criança com PC; execução das intervenções propostas e por último, avaliação do programa.

O diagnóstico do cuidado em saúde bucal das crianças (primeira etapa) foi realizado com a caracterização do cuidado domiciliar em Saúde Bucal dirigido às crianças com PC, a partir da avaliação das condições de higiene bucal das crianças e do relato dos seus cuidadores sobre hábitos alimentares e de higiene. Na segunda etapa, foi planejado, entre a equipe envolvida e os participantes do estudo, de forma individualizada, formas de intervenção na prática do cuidado desses indivíduos, de acordo com as necessidades observadas.

Em seguida, foram executadas as intervenções propostas para as crianças com PC e cuidadores, individualmente nos seus domicílios, em visitas semanais durante 90 dias, sendo realizado, de acordo com as necessidades observadas: ações educativas com o auxílio de álbum seriado, cartilhas, desenhos e macromodelos, buscando motivar, orientar e adequar os hábitos alimentares e de higiene oral, assim como o cuidado em saúde bucal; higiene oral supervisionada - mediante a utilização de reveladores de biofilme, instrução e demonstração sobre técnica de escovação, com adaptação, a partir da utilização de abridores de boca, no caso, a espátula de madeira envolta por gaze; e, aplicação tópica de fluroeto, por meio de verniz.

junto aos cuidadores, depois do período de intervenções, com a avaliação novamente das condições de higiene bucal das crianças e do relato dos seus cuidadores sobre hábitos alimentares e de higiene.

Para coleta dos dados, foram efetuados os exames clínicos nas crianças com PC com registro do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)²². O exame bucal foi realizado com espelho bucal e revelador de biofilme (Eviplac® - FABRICANTE, Rio de Janeiro-RJ, Brasil), sob luz natural, nas etapas de diagnóstico e avaliação do programa. Este exame clínico foi realizado por um examinador calibrado com coeficiente Kappa 0,85.

Além dos exames clínicos nas crianças com PC, nestes dois momentos, também foram efetuadas entrevistas com roteiro semi-estruturado, dirigido aos cuidadores respectivos das crianças, com coleta dos hábitos alimentares e de higiene bucal das crianças que cuidam. As entrevistas foram gravadas em áudio digital e transcritas em texto eletrônico, com o auxílio de um editor de texto (Microsoft Office Word 2007).

A análise de dados quantitativos das entrevistas, antes e após a realização das ações, se deu através da estatística descritiva, subsidiada pela construção de quadros e tabelas. Os dados obtidos das aferições do índice bucal, IHOS, nos momentos antes e após a realização das ações foram analisados por estatística inferencial (Teste Wilcoxon – 5% de significância).

RESULTADOS

O Quadro 1 apresenta os aspectos socioeconômicos dos participantes do estudo quanto ao gênero, faixa etária, escolaridade, tipo de moradia e renda familiar. Entre as crianças portadoras de PC participantes do estudo, observou-se equilíbrio entre o gênero masculino (n=4) e feminino (n=6), sendo estes indivíduos cuidados por pessoas do gênero feminino (representadas por componentes familiares). Os cuidadores apresentam, ao menos, a escolaridade básica e a maioria das crianças (n=7) não estudam.

Quadro 1. Aspectos socioeconômicos dos participantes do estudo, segundo relato dos cuidadores das crianças com Paralisia Cerebral (João Pessoa, 2010).

Aspecto Socioeconômico	Cuidadores		Crianças com PC	
Gênero	Fem. (10)	Masc. (0)	Fem. (6)	Masc. (4)
Faixa etária	25 a 40 anos		3 a 13 anos	
Escolaridade	2º Grau (8) 1º Grau (2)		1º Grau (3) Não estuda (7)	
Tipo de Moradia	Moradia Própria (7) Moradia Alugada (3)			
Renda Familiar	1 a 2 Salários Mínimos (7) 3 a 4 Salários Mínimos (3)			

O Quadro 2 apresenta a conduta dos cuidadores

saúde bucal, os hábitos alimentares e de higiene foram considerados precários. A frequência de higienização e as técnicas empregadas eram inadequadas, sem a utilização de dentífricos fluoretados, de acordo com a idade da criança. A dieta apresentou alta ingestão de açúcar, sendo a alimentação de consistência pastosa e aplicada por meio de mamadeira.

As crianças participantes do estudo também apresentaram outros aspectos que contribuem para agravar a condição de saúde bucal. A presença de refluxo gástrico e a utilização de medicação de uso crônico com presença de açúcar, de acordo com a bula do mesmo, o que contribuem para o desenvolvimento de lesões de cárie e de erosão do esmalte.

Após a realização das intervenções planejadas para cada participante do estudo, a conduta dos cuidadores foi novamente registrada, sendo verificadas

mudanças nas práticas do cuidado, higiene e alimentação das crianças. A higiene oral foi qualificada, sendo incorporado o uso de dentífricos fluoretados, técnicas de escovação e maior frequência de higienização. A dieta foi modificada para alimentos menos pastosos e liquefeitos, administrados por outros utensílios (em substituição à mamadeira) e com menor ingestão de açúcar.

A Tabela 1 apresenta os valores de mediana, média e desvio-padrão para o Índice de Higiene Oral Superficial (IHOS) das crianças com PC participantes do estudo, antes e depois das intervenções do programa de promoção da saúde bucal. A higiene oral das crianças participantes do estudo foi qualificada e o IHOS foi modificado para satisfatória, sendo esta diferença estatisticamente significante (Teste Wilcoxon – $p<0,01$).

Quadro 2. Conduta dos cuidadores das crianças com Paralisia Cerebral quanto aos cuidados em saúde bucal, higiene oral e hábitos alimentares, antes e após a implantação do programa preventivo em saúde bucal (João Pessoa, 2010).

Conduta dos Cuidadores	Antes da Intervenção	Após a Intervenção
Forma de higienização (métodos)	Escovação (9) Gaze + Colutório (1)	Escovação (9) Escovação + Gaze + Colutório (1)
Frequência diária de higienização	Escovação: 1 vez (9) Enxaguatório: 1 vez (1)	Escovação: 2 vezes(10) Enxaguatório: 1 vez por semana (1)
Momento da higienização	Manhã no banho (8) Após refeições (1) Antes de dormir (1)	Manhã no banho e antes de dormir (10)
A Higiene Oral obedece a técnicas?	Sim (1) Não (9)	Sim (10) Não (0)
Utiliza-se dentífrico fluoretado de acordo com a idade	Sim (2) Não (8)	Sim (10) Não (0)
Dificuldades do cuidador frente à higiene bucal do portador de PC	Movimentos involuntários (8) Engole dentífrico (5) Não deixa (1) Mordidas (5) Medo (1)	Movimentos involuntários (8) Engole dentífrico (1) Não deixa (1) Mordidas (0) Medo (0)
Consistência do alimento	Pastosa (5) Pastosa e Fibrosa (3) Fibrosa, cereais e carnes (2)	Pastosa (2) Pastosa e Fibrosa (5) Fibrosa, cereais e carnes (3)
Utensílio usado para alimentação	Apenas mamadeira (2) Mamadeira e copo (2) Mamadeira e colher (3) Copo e colher (2) Sonda nasogástrica (1)	Apenas mamadeira (0) Mamadeira e copo (0) Mamadeira e colher (1) Copo e colher (8) Sonda nasogástrica (1)
Quantidade de açúcar na dieta diária	Uso em Excesso (10) Uso Normal (0) Pouco uso (0)	Uso em Excesso (0) Uso Normal (6) Pouco uso (4)
Frequência de açúcar na dieta	Açúcar em todas as dietas (8) Uso intermitente de açúcar (1) Não usa açúcar (1)	Açúcar em todas as dietas (0) Uso intermitente de açúcar (9) Não usa açúcar (1)

Tabela 1 – Valores de mediana, média e desvio-padrão do Índice de Higiene Oral Superficial (IHOS) aferidos nos momentos antes e depois da implantação do programa preventivo para crianças com Paralisia Cerebral (João Pessoa, 2010)

Índice	Mediana	Média e desvio-padrão
IHOS (antes)	2,66	$2,63 \pm 0,32$
IHOS (depois)	0,83	$0,91 \pm 0,40$

DISCUSSÃO

O programa de promoção em saúde bucal para crianças com PC, avaliado nesta investigação, se estruturou na promoção da saúde, em medidas preventivas e de educação em saúde, na resolutividade e na definição das necessidades de cuidado em saúde bucal. Após sua implantação, obteve-se a qualificação do cuidado em saúde bucal, a melhoria dos índices de higiene bucal, bem como mudanças positivas nos hábitos alimentares e de higiene bucal.

A construção do programa de promoção em saúde bucal avaliado neste estudo baseou-se em programas preventivos, desenvolvidos em Associações e Centros Institucionais, para pessoas com necessidades especiais^{12,17}. Esses estudos realizaram intervenções pontuais, representadas por educação em saúde, as quais não previam a continuidade das ações e a mudança de comportamento para o cuidado em saúde bucal.

Nesta investigação, as intervenções foram realizadas nos domicílios dos participantes, a partir da busca ativa, de forma individual, periódica e com participação ativa dos cuidadores, dentro de um processo de aprendizagem horizontal, fundamentado na educação permanente em saúde, na avaliação do impacto e na mudança de práticas. Dessa forma, buscou-se atender às necessidades sobre a existência de políticas de atenção que considerem a busca ativa dos usuários, a educação em saúde e a realização de controles periódicos regulares²³.

Estas adaptações foram realizadas com o objetivo de superar as dificuldades de locomoção apresentada pelas crianças com PC e sentidas pelos cuidadores, sendo esta, uma das barreiras de acesso geográfico para o atendimento odontológico¹¹. Buscou-se também a participação individual e ativa dos cuidadores junto às crianças com PC, dentro de uma aprendizagem horizontal, com educação libertadora, ou seja, tanto o educador quanto o educando aprofundam seus conhecimentos em torno do mesmo objeto cognoscível para poder intervir sobre ele²⁴. Isso permitiu que as ações educativas fossem capazes de desenvolver nos cuidadores a consciência crítica das causas reais dos seus problemas, no caso, das doenças que podem acarretar a cavidade bucal na falta de cuidado, e, ao mesmo tempo, desenvolver autonomia para atuar no sentido da mudança.

Os hábitos alimentares e de higiene têm um componente cultural muito forte e são muito difíceis de serem modificados²⁵. Para tanto, implantação de um programa que favoreça essas mudanças é fundamental para alcançar a qualificação da saúde bucal e dos cuidados direcionados a esses indivíduos.

Na perspectiva do processo de aprendizagem utilizado, destaca-se a Educação Permanente em Saúde (EPS), a qual fundamentou o desenho do programa

integral e humanístico à saúde, a partir da organização de trabalho coletivo²¹.

Semelhante ao observado nesta investigação, dificuldades enfrentadas por pais no cuidado em saúde bucal direcionado a seus filhos, tem sido relatadas^{12,17,18}. Destacando-se as dúvidas quanto à dieta, método de higienização, e utilização de produtos fluoretados^{12,17,18}. Fortalecendo a necessidade de implantação de um serviço odontológico abrangente e integral, direcionado ao cuidado dessas crianças^{12,17,18}. Partindo-se das necessidades desse grupo particular (crianças com paralisia cerebral), buscou-se implantar o programa de promoção em saúde bucal dirigido aos mesmos, verificando-se que a proposta de intervenção, quando aplicada sobre as práticas de cuidado domiciliar, contribuiu para mudanças na condição de saúde bucal das crianças com PC.

Ao avaliar a implantação de programas preventivos para pacientes especiais, melhorias significativas das condições de saúde bucal, reveladas por índices clínicos bucais ou satisfação dos pacientes foram ditas^{12,17,18}. O presente estudo corrobora os demais achados da literatura na medida em que a implantação e execução de propostas de cuidado em saúde bucal são capazes de provocar mudanças nas condições de saúde bucal das crianças com PC.

O presente estudo identificou que os hábitos alimentares e de higiene oral, direcionados às crianças com PC, eram inadequados e compatíveis com a condição de higiene diagnosticada no momento anterior a aplicação das intervenções de promoção da saúde. Os cuidadores utilizaram como justificativa para este cuidado ofertado, as dificuldades encontradas na prática diária, devido à condição de hipertonia/espasticidade da criança com PC e o conhecimento insatisfatório em saúde bucal, inclusive da técnica adequada de higienização, o que corrobora com a literatura^{6,10,12,17}. Os cuidadores de crianças com PC não possuem conhecimento adequado sobre a maneira correta de higienização, e de hábitos alimentares saudáveis (ingestão de alimentos com pouco açúcar)^{6,10,12,17}.

O estudo também permitiu a identificação, no relato dos cuidadores, da presença de refluxo gástrorrefágico e a utilização de medicação de uso crônico com presença de açúcar, de acordo com a bula, nas crianças com PC, contribuindo para o desenvolvimento de lesões de cárie e de erosão do esmalte. No entanto, estes aspectos fogem à governabilidade da equipe de pesquisa e não puderam ser modificados durante a implantação do programa preventivo.

A “omissão” dos cirurgiões-dentistas, no que tange à prevenção em saúde bucal destinada a pacientes especiais, foi mostrada, já que poucos cuidadores relataram o aprendizado das técnicas com a orientação de seu dentista¹⁷. Um maior comprometimento desta situação é verificado em decorrência da procura, em sua maioria, pelo profissional de saúde bucal para a realização das consultas e tratamentos.

nas ações de modo a gerar mudanças positivas nos hábitos alimentares e de higiene, assim como, diminuir as dificuldades encontradas pelos cuidadores (como o medo e as mordidas) na prática de cuidado, através da informação e de adaptações que podem ser utilizadas, como os abridores bucais, permitindo mais comodidade e segurança neste momento. No programa, utilizou-se a espátula de madeira envolta por gaze, pelo menor custo e maior acessibilidade dos cuidadores a estes materiais, dentro do seu cotidiano.

Portanto, a condição da PC por si só não predispõe às doenças cárie e periodontal, contudo os aspectos socioeconômicos e culturais interferem nestas doenças, como atitudes inadequadas no controle da ingestão de alimentos cariogênicos e na higienização bucal²⁶. Sendo relevante o desenvolvimento de programas de promoção em saúde bucal com a participação dos cuidadores, para a oferta de um cuidado mais resolutivo às crianças com necessidades especiais. Os resultados positivos deste programa podem fundamentar e motivar a implantação de estratégias que visem modificar o cuidado em saúde bucal dos indivíduos que tem necessidades especiais, mais especificamente, a Paralisia Cerebral.

Assim, na perspectiva da universalidade do SUS, temos como proposta de continuidade, a busca ativa de indivíduos com Paralisia Cerebral, com ampliação da faixa etária para 0 a 21 anos, incluindo a presença dos presentes participantes, com a possibilidade de implementação de ações restauradoras como o Tratamento restaurador atraumático dentro deste Programa de Promoção em Saúde Bucal e a participação da Equipe de Saúde Bucal local, no acompanhamento destes indivíduos em longo prazo.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que o cuidado de saúde bucal das crianças com Paralisia Cerebral foi qualificado após a implantação do programa de promoção em saúde bucal. As ações produziram mudanças positivas nos hábito de higiene e alimentação, bem como na quantidade de biofilme, em curto prazo.

REFERÊNCIAS

- Guerreiro PO, Garcias GL. Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral do município de Pelotas, Ciênc Saúde Coletiva 2009; 14(5):1939-46.
- Murphy N, Such-Neibar T. Cerebral palsy diagnosis and management: the state of the art. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2003;33:146-69.
- Costa MHP, Costa MABT, Pereira MF. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Paralisia Cerebral assistidos em um centro de odontologia do Distrito Federal. Com Ciênc Saúde 2007; 18(2):129-39.
- Cardoso RR, Mendes PE, Prado Jr PP, Maite Neto JM. Oral health status of children with cerebral palsy. J Indian Soc Pedod Prevent Dent 2009; 27(3):151-7.
- Flório FM, Basting RT, Salvatto MV, Migliato KL. Saúde bucal em indivíduos portadores de múltiplas deficiências. RGO 2007; 55(3):251-6.
- Abreu MHNG, Paixão HH, Resende VLS. Portadores de paralisia cerebral: aspectos de interesse na odontologia. Arq Odontol 2001; 37(1):53-9.
- Abanto J, Bortolotti R, Carvalho TS, Alves FBT, Raggio DP, Ciamponi AL. Avaliação dos hábitos alimentares de interesse odontológico em crianças com paralisia cerebral. Rev Inst Ciência Saúde 2009; 27(3):244-8.
- Resende VLS, Castilho LS, Viegas CMS, Soares MA. Fatores de risco para a cárie em dentes deciduos de portadores de necessidades especiais. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2007; 7(2):111-7.
- Previtali EF, Santos MTBR. Cárie dentária e higiene bucal em crianças com paralisia cerebral tetraparesia espástica com alimentação por vias oral e gastrostomia. Pesq Bras Odontoped Clín Integr 2009; 9(1):43-7.
- Agili DEAL, Roseman J, Pass MA, Thornton JB, Chavers S. Access to dental care in Alabama for children with special needs. J Am Dent Assoc 2004; 135(4):490-5.
- Oliveira LFA, Oliveira CCC, Gonçalves SRJ. Impacto de um programa de educação e motivação de higiene oral direcionado a crianças portadoras de necessidades especiais. Odontol Clín-Cient 2004; 3(3):187-92.
- Prabhu NT, Nunn Jh, Evans DJ, Girdler NM. Access to dental care - parent's caregivers' views on dental treatment services for people with disabilities. Spec Care Dentist 2010; 30(2):35-45.
- Hagglund KJ, Clark M, Conforti K, Shigaki CL. Access to health care services among people with disabilities receiving Medicaid. Mo Med 1999; 96(9):447-53.
- Burnett AP, Jones JS, McNeal DR, Low DW. A survey of the availability of dental services to developmentally disabled persons residing in the community. Spec Care Dentist 1990; 10(6):182-4.
- Arch LM, Jenner AM, Whittle JG. The views and expectations regarding dental care of the parents of children with special dental needs: a survey in the County of Cheshire, England. Int J Paediatr Dent 1994;4(2):127-32.
- Tomita NE, Fagote BF. Programa educativo em saúde bucal para pacientes especiais. Odontol Soc 1999; 1(1/2):45-50.
- Almomani F, Williams K, Catley D, Brown C. Effects of an oral health promotion program in people with mental illness, J Dent Res 2009; 88(7):648-52.
- Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos da Metodologia Científica. São Paulo: Atlas, 2009. 315p.
- Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.
- Cavalcanti YW, Wanzeler MCC. Educação permanente em saúde na qualificação de processos de trabalho em saúde coletiva. Rev Bras Ciênc Saúde 2009; 13(1):13-20.
- Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. J Am Dent Assoc 1964; 68(1):7-13.
- Camargo MBJ, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. Cad Saúde Pública 2009; 25(9):1894-906.
- Freire, P. Educação como prática da liberdade. 19.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989. 190p.
- Chaves SCL, Vieira-Da-Silva LM. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. Cad Saúde Pública 2002; 18(1):120-32.

paralisia cerebral. Rev Paraense Odontol 1997; 2(1):11-8.

Recebido/Received: 28.11.10

Revisado/Reviewed:15.01.11

Aprovado/Approved:18.02.11

Correspondência:

Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso
Rua Cordelia Veloso Frade, 70 – Jardim Cidade
Universitária – João Pessoa-PB. CEP: 58052-430
Telefone: (83)99070190
Email: andreiamedeiros29@yahoo.com.br