



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

Medeiros Rodrigues CARDOSO, Andreia; Martins FELIPE, Antonia Clarisse; Rodrigues NUNES,
Fernanda Maria; Nascimento PADILHA, Wilton Wilney
Programa de Saúde Bucal Domiciliar para Crianças e Adolescentes com Paralisia Cerebral
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 12, núm. 1, 2012, pp. 127-133
Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63723468020>

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

Programa de Saúde Bucal Domiciliar para Crianças e Adolescentes com Paralisia Cerebral

Oral Health Home Program for Children and Teenagers with Cerebral Palsy

Andreia Medeiros Rodrigues CARDOSO¹, Antonia Clarisse Martins FELIPE², Fernanda Maria Rodrigues NUNES², Wilton Wilney Nascimento PADILHA³

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

²Graduanda em Odontologia na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

³Professor Doutor Titular de Clínica Integrada do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

RESUMO

Objetivo: avaliar um programa de cuidado em Saúde Bucal (SB) domiciliar para Crianças e Adolescentes com Paralisia Cerebral (CAPC) e seus cuidadores.

Metodologia: estudo de Intervenção com ensaio clínico não controlado. A amostra compreendeu 12 CAPC entre 2-16 anos e 12 cuidadores. O programa preventivo domiciliar constou de ações individuais semanais. As ações foram planejadas a partir dos dados coletados nos exames clínicos nas CAPC, antes da implantação do programa. O cuidador recebeu noções de educação em saúde e treinamento para Escovação Supervisionada (ES) adaptada com abridores de boca. As CAPC receberam ações de ES, aplicação tópica de flúor, raspagem periodontal supragengival e Tratamento Restaurador Atraumático. O exame clínico registrou, por examinador calibrado (Kappa 0,88), o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), Índice de Sangramento Gengival (ISG), Dentes Perdidos, Cariados e Obturados (CPOD) e dentes decidídos cariados, extraídos e obturados (ceo-d) analisados pelo teste Wilcoxon ($\alpha=0,05$). O programa foi avaliado pela comparação entre os dados coletados antes (t0) e após três meses (t1) de implantação do programa.

Resultados: Foram realizadas 94 consultas domiciliares, no período de agosto a outubro de 2011. Os resultados do IHOS médio ($t_0 = 2,26 \pm 0,43$; $t_1 = 0,62 \pm 0,32$) e do ISG médio ($t_0 = 19,3 \pm 7,68$; $t_1 = 4,0 \pm 3,39$) apresentaram diferença significativa ($p < 0,002$). O CPOD médio ($0,5 \pm 1,73$) e ceo-d médio ($2,0 \pm 3,27$) não foram modificados entre t_0 e t_1 ($p > 0,005$). O componente cariado do ceo-d ($t_0 = 1,08 \pm 2,27$; $t_1 = 0,0 \pm 0,0$) foi revertido em obturado ($t_0 = 0,34 \pm 1,15$; $t_1 = 1,42 \pm 2,67$). Os componentes Cariado ($0,0 \pm 0,0$), Perdido ($0,0 \pm 0,0$) e Obturado ($0,5 \pm 1,73$) do CPO-D e extraído ($0,58 \pm 2,02$) do ceo-d não foram alterados entre t_0 e t_1 .

Conclusão: O programa domiciliar avaliado qualificou o cuidado em SB das CAPC e produziu alterações positivas dos índices bucais.

ABSTRACT

Objective: To evaluate an oral health (OH) home program for children and teenagers with cerebral palsy (CTCP) and for their respective caregivers.

Methods: This was an interventional study with non-controlled clinical trial. The sample consisted of 12 CTCP aged 2 to 16 years and 12 caregivers. The preventive home program consisted of weekly individual interventions. Actions were planned according to data collected in the clinical examinations of the CTCP before implementing the program. Caregivers were instructed as regards health education and training for supervised tooth brushing (STB) adapted with mouth openers. The CTCP underwent STB, fluoride topical application, supragingival scaling and Atraumatic Restorative Treatment. On clinical examination, a calibrated examiner (Kappa 0.88) registered the simplified Oral Hygiene Index (S-OHI); Gingival Bleeding Index (GBI); decayed, missing and filled teeth (DMFT) and decayed, extracted and filled primary teeth (def), which were analyzed by the Wilcoxon test ($\alpha=0.05$). The program was assessed by comparing data collected at baseline (t_0) and after three months (t_1) upon its implementation.

Results: 94 home consultations were performed from August to October 2011. S-OHI mean ($t_0 = 2.26 \pm 0.43$; $t_1 = 0.62 \pm 0.32$) and GBI mean ($t_0 = 19.3 \pm 7.68$; $t_1 = 4.0 \pm 3.39$) were found to present significant difference ($p < 0.002$). DMFT mean (0.5 ± 1.73) and def mean (2.0 ± 3.27) were not modified between t_0 and t_1 ($p > 0.005$). The 'decayed' component of def ($t_0 = 1.08 \pm 2.27$; $t_1 = 0.0 \pm 0.0$) turned into 'filled' ($t_0 = 0.34 \pm 1.15$; $t_1 = 1.42 \pm 2.67$). The 'decayed' (0.0 ± 0.0), 'missing' (0.0 ± 0.0) and 'filled' (0.5 ± 1.73) components of DMFT and the 'extracted' component of def did not differ significantly between t_0 and t_1 .

Conclusion: The assessed home program provided OH care for CTCP and resulted in positive changes of the oral indexes.

DESCRITORES

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

KEY-WORDS

Dental Care for Disabled; Cerebral Palsy; Oral Health.

INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC) é definida como um prejuízo permanente do movimento ou postura, resultante de uma desordem encefálica não progressiva¹. Autores destacaram a importância de outras alterações que estão associados aos distúrbios motores nos indivíduos com PC². 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. Como, por exemplo, 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 postural².

A condição de saúde bucal dos indivíduos com PC tem sido identificada em estudos nacionais e internacionais¹⁻⁸. Nestas investigações, as experiências de cárie e gengivite, índice de higiene oral, erosão dentária, má oclusão, traumatismo dentário, hipoplasia do esmalte e bruxismo foram identificadas com diferença estatística entre os grupos de pacientes com e sem a PC, em relação à frequência desses eventos¹⁻⁸.

De acordo com a literatura, pacientes com PC possuem alto índice de cárie dentária, doença periodontal e higiene oral devido à falta de coordenação motora, a hipertonia, os movimentos inadequados da língua, a falta de informação dos seus responsáveis sobre os cuidados necessários em saúde bucal, a presença de hipoplasia do esmalte³, a dieta inadequada com consistência pastosa e ao fluxo salivar reduzido⁹.

Visto que a atenção em saúde bucal é um componente padrão da assistência em saúde integral para crianças com necessidades especiais¹³, alguns estudos da literatura odontológica têm examinado o acesso ao atendimento odontológico das crianças com necessidades especiais de saúde a partir da perspectiva dos pais. Nesses estudos, 13 a 75 por cento das crianças com necessidades especiais tiveram problemas em obter o cuidado em saúde bucal¹⁰⁻¹².

Algumas experiências que envolvem propostas de cuidado em saúde bucal para pacientes com Paralisia Cerebral têm sido relatadas na literatura¹³⁻¹⁴. Redução estatisticamente significante de biofilme cariogênico foi relatada, após intervenções que se constituíram de processos de educação em saúde e escovação supervisionada com os cuidadores e pessoas especiais¹³⁻¹⁴.

Na odontologia, a ferramenta teórica utilizada para diagnosticar e tratar os problemas de saúde oral da comunidade é o atendimento odontológico integral. Com ações horizontais por meio de procedimentos preventivos e ações verticais com procedimentos curativos¹⁵. Verifica-se a ausência de estudos que avaliem as mudanças nos índices bucais, após intervenções preventivas e curativas, na prática do cuidado desses indivíduos.

Diante disso, aponta-se a necessidade de

implantar uma ação em saúde bucal integral, humanizada, rotineira e respaldada pela promoção em saúde, para estes indivíduos. Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar a implantação de um Programa de Cuidado em Saúde Bucal para Crianças e Adolescentes com Paralisia Cerebral (CAPC), junto aos seus respectivos cuidadores familiares.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de intervenção, com ensaio clínico não controlado, de abordagem quantitativa, técnica da pesquisa-ação e com procedimentos descritivos e estatísticos^{16,17}. O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba (SES-PB) sob Protocolo 349-11. Os responsáveis das CAPC e cuidadores foram esclarecidos sobre a pesquisa, inclusive seus aspectos éticos, e assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O período do estudo correspondeu aos meses de agosto a novembro de 2011.

A população deste estudo foi composta por indivíduos com Paralisia Cerebral de 0 a 19 anos e pelos seus cuidadores familiares, residentes na cidade de João Pessoa-PB. Os critérios de inclusão na amostra, para crianças e adolescentes, foram: a faixa etária de 0 a 19 anos, de ambos os gêneros, com diagnóstico de PC e residente na cidade de João Pessoa. Os cuidadores foram incluídos na amostra, de acordo com os seguintes critérios: cuidador familiar, maior de 18 anos e responsável pela realização das atividades de vida diária da CAPC. A amostra do estudo, selecionada por conveniência, foi composta por 12 CAPC e 12 cuidadores.

O Programa de Cuidado em Saúde Bucal para CAPC baseou-se em programas preventivos e educativos, desenvolvidos em Associações e Centros Institucionais, para pessoas com Paralisia Cerebral^{13,14} e apresentou como proposta: ampliar o acesso ao serviço; diagnosticar as necessidades odontológicas básicas e eliminá-las; realizar o controle periódico das infecções, tratamentos curativos, educação em saúde e medidas preventivas; qualificar o cuidado domiciliar em saúde bucal; e promover a saúde.

A proposta avaliada foi realizada no domicílio das CAPC, a partir de identificação e busca ativa, de forma individual, periódica, com eliminação das necessidades básicas em saúde bucal e participação ativa dos cuidadores, dentro de um processo de aprendizagem horizontal.

O programa considerou a realização de cinco fases de cuidado em saúde: identificação das CAPC nos seus domicílios; caracterização e diagnóstico do processo de cuidado em Saúde Bucal – T₀; planejamento das decisões sobre os cuidados individuais para eliminação das necessidades de saúde bucal identificadas; a associação de intervenções curativas, preventivas e de promoção em saúde; a avaliação da condição de cuidado em SB obtido para estes indivíduos – T₁, e controles periódicos.

A identificação das CAPC foi baseada: nas informações obtidas com Apoiadores, Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) e prontuários das Unidades de Saúde da Família (USF's) de João Pessoa-PB; e, na busca ativa em domicílio. Esta identificação de CAPC a partir da participação dos ACS's foi respaldada pelas orientações do Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica, que descreve a realização da identificação dos casos de gestação e deficiência pelo ACS, quando da visita domiciliar, com ou sem referência da família, incluindo, neste grupo, as CAPC¹⁷.

A avaliação da implantação do programa foi realizada com relação ao momento, em *ex-ante* - T₀ e *ex-post* - T₁¹⁸. Portanto, a avaliação do cuidado em saúde bucal oferecido a CAPC foi efetuado em T₀, T₁ e nos controles periódicos através de registros das condições de saúde bucal das CAPC.

No planejamento das ações para as CAPC foram examinadas as decisões sobre os cuidados individuais, entre a equipe de pesquisa e os cuidadores, com o objetivo de oferecer o cuidado para as necessidades básicas de saúde bucal identificadas.

Na etapa de execução das ações propostas foram adotados os seguintes procedimentos, de acordo com as necessidades observadas, a cada consulta: adequação do meio bucal; selamento de lesões cariosas sem exposição pulpar: Tratamento Restaurador Atraumático - ART; raspagem supragengival; remineralização de manchas brancas ativas; motivação para o cuidado e educação em saúde; higienização oral supervisionada (utilização de reveladores de biofilme, instrução e treinamento sobre técnica de escovação com adaptação, a partir da utilização de abridores de boca, no caso, a espátula de madeira envolta por gaze, além do uso do fio dental e de enxaguatórios bucais); adequação e orientação da dieta; e, aplicação tópica de flúor. A periodicidade das intervenções foi semanal.

Após a oferta e qualificação do cuidado em saúde bucal oferecido as CAPC, foram realizados controles periódicos mensais.

Para coleta dos dados, foram efetuados exames clínicos nas CAPC. Os exames e as fichas clínicas permitiram a coleta e análise da caracterização da amostra, do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S)¹⁹, do Índice de Sangramento Gengival (ISG)²⁰, de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D), dentes deciduos cariados, extraídos e obturados (ceo-d) e Necessidade de Tratamento de acordo com os códigos e critérios estabelecidos pelo projeto do SB BRASIL 2010²¹, e, dos procedimentos realizados nas CAPC.

O diagnóstico e classificação, presentes na caracterização da amostra, foram realizados a partir das informações que constavam no prontuário da CAPC da USF, na qual era usuário. Estas informações foram preenchidas pelo médico da USF, a partir do laudo anexado no prontuário, após avaliação neurológica. Os diagnósticos foram efetuados por neurologistas, ligado às instituições: Hospital Universitário Lauro Wanderley, Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência (FUNAD), Associação de Pais e Amigos dos

Excepcionais de João Pessoa (APAE/JP) e Associação de Apoio à criança Deficiente (AACD).

A partir dos índices CPO-D e ceo-d, foi estimado o índice de cuidados odontológicos. Esta medida foi proposta originalmente por Walsh em 1970, como estratégia para dimensionar a utilização de serviços odontológicos de modo relacionado às necessidades de tratamento de restauração dentária por parte da população²². Seu cálculo está demonstrado abaixo²².

$$\text{Índice de cuidados} = O/CPO \times 100$$

Os exames clínicos foram realizados com espelho bucal, sonda da Organização Mundial de Saúde (OMS) e revelador de biofilme (Eviplac®, Rio de Janeiro – RJ, Brasil), sob luz natural, por uma examinadora calibrada com coeficiente Kappa: 0,85 para IHO-S; 0,73 para ISG; 0,98 para CPO-D; 0,98 para ceo-d; e, 0,98 para Necessidade de tratamento.

A análise de dados quantitativos se deu pela estatística descritiva e inferencial. Os dados coletados referentes à caracterização da amostra e produtividade foram analisados pela estatística descritiva. Os dados obtidos das aferições dos índices bucais, no caso, os resultados iniciais e finais de cada participante do estudo, foram analisados pela estatística inferencial com o Teste Wilcoxon ($\alpha=0,05$) no software BioEstat versão 5.0 (Belém – PA, Brasil)

RESULTADOS

Durante o período de realização do estudo (agosto a novembro de 2011) foram cumpridas 164 horas de trabalho. Nesse intervalo, 40 horas foram destinadas para a fase de identificação, efetuada no mês de agosto de 2011, e 124 horas para os 31 turnos de atendimento com duração de quatro horas, cada. Nestas horas de trabalho, está incluído o tempo decorrido de deslocamento entre os domicílios dos participantes.

Na fase de identificação dos indivíduos, foram encontrados 20 CAPC, destes, 12 compuseram a amostra. Os motivos de 8 CAPC indivíduos não estarem incluídos na amostra foram: o deslocamento permanente da CAPC para outra cidade (02), a casa estava fechada nas três vezes consecutivas de visita de identificação do pesquisador e o telefone fornecido pelo ACS não estava disponível para contatos (02), a família estava viajando temporariamente no período do estudo (02); a CAPC estava hospitalizada durante o período do estudo (01); e, a responsável não permitiu a participação da CAPC na pesquisa (01).

O Quadro 1 apresenta a caracterização dos participantes do estudo de acordo com os aspectos demográficos e socioeconômicos. Conforme o relato dos cuidadores, as CAPC apresentam a condição clínica de Paralisia Cerebral e residem em João Pessoa-PB desde o nascimento.

Foram realizadas 94 consultas odontológicas

vinculadas ao cuidado em saúde bucal, sendo produzidas primeiras consultas, intervenções em saúde bucal e avaliações/controles periódicos (Tabela 1). Todos os componentes da amostra necessitaram de tratamento odontológico e atenção em saúde bucal, sendo ofertadas, no mínimo, seis consultas até alcançar o cuidado em saúde bucal das necessidades identificadas, sendo esta condição alcançada pelos 12 componentes. Nas intervenções em saúde bucal foram efetuados 211 procedimentos. Desta total, 133 (63,1%) foram do tipo preventivo e promocional (Tabela 2), enquanto 78 (36,9%) foram do tipo curativo e restaurador (Tabela 3).

Quadro 1. Caracterização dos participantes do estudo, segundo relato dos cuidadores das CAPC (João Pessoa-PB, 2011).

Aspectos	CAPC		Cuidadores			
Gênero	Fem. (7)	Masc. (5)	Fem. (12)	Masc. (0)		
Faixa etária	2 a 16 anos		21 a 46 anos			
Escolaridade	1º Grau incompleto (7) Não estuda (5)		1º Grau incompleto (5) 2º Grau (4) 3º Grau (3)			
Tipo de Moradia	Moradia Própria (5) Moradia Cedida (4) Moradia Alugada (3)					
Renda Familiar	1 a 2 Salários Mínimos (7) 3 a 4 Salários Mínimos (1) 5 a 6 Salários Mínimos (4)					
Possui meio de transporte	Sim (6); Não (06)					
Qual o meio de transporte	Automóvel (06)					
Classificação da PC quanto à localização anatômica	Tetraparesia (08) Diparesia (04)					
Classificação da PC quanto ao tipo	Espática (10) Extrapiramidal (02)					

Tabela 1. Consultas odontológicas realizadas durante o Programa de Cuidado em Saúde Bucal para CAPC (João Pessoa-PB, 2011).

Consultas	Valor Absoluto (n)	Percentual (%)
Primeira consulta Odontológica	12	12,8
Intervenções em Saúde Bucal	58	61,7
Avaliações e Controles Períodicos	24	25,5
Total de Consultas	94	100,00

Tabela 2. Procedimentos Odontológicos preventivos e promocionais realizados durante o Programa de Cuidado em Saúde Bucal para CAPC (João Pessoa-PB, 2011).

Procedimentos	Valor Absoluto (n)	Percentual (%)
Ação de Educação em Saúde Bucal	34	16,1
Ação de Adequação da Dieta	13	6,2
Escovação Supervisionada	57	27,1
Aplicação Tópica de Flúor (por arco dentário)	29	13,7
Total de Procedimentos Preventivos e Promocionais	133	63,1

Tabela 3. Procedimentos Odontológicos curativos e restauradores realizados durante o Programa de Cuidado em Saúde Bucal para CAPC (João Pessoa-PB, 2011).

Procedimento	Quantitativo	Percentual
Raspagem Periodontal (por sextante)	18	8,5
Remineralização de Mancha Branca (por dente)	47	22,3
Tratamento Restaurador Atraumático (ART)	13	6,1
Procedimentos Curativos e Restauradores	78	36,9

A média, desvio-padrão, mediana e diferença estatística obtida para os índices IHO-S, ISG, CPO-D e ceo-d aferidos nas CAPC durante os momentos T_0 e T_1 do Programa, estão apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4. Média, Desvio-Padrão, Mediana e Diferença Estatística (p-valor) obtida para os índices IHO-S, ISG, CPO-D + ceo-d aferidos nas CAPC nos momentos inicial (T_0) e final (T_1) do programa. (João Pessoa-PB, 2011).

Índices	Médias e Desvios-Padrão	Mediana	Diferenças estatísticas entre as médias (p-valor)
IHO-S inicial	2,26 ± 0,43	2,6	0,02
IHO-S final	0,62 ± 0,32	0,7	
ISG inicial	19,3 ± 7,68	20,0	0,02
ISG final	4,0 ± 3,39	3,4	
CPO-D + ceo-d inicial	2,5 ± 3,55	0,0	p > 0,05
CPO-D + ceo-d final	2,5 ± 3,55	0,0	

A média e desvio-padrão obtido para os componentes do CPO-D e do ceo-d aferidos nos momentos T_0 (inicial) e T_1 (final) do programa, são apresentados na Tabela 5. O Índice de cuidado odontológico apresentou uma alteração ($T_0 = 12,6\%$; $T_1 = 34,3\%$) com diferença estatística significativa ($p < 0,002$).

Tabela 5. Média e Desvio-Padrão obtido para os componentes Cariados (C), Perdidos (P) e Obturados (O) do índice CPO-D; e c (cariado), e (extraído) e o (obturado) do índice ceo-d aferidos nas CAPC dos momentos T_0 (inicial) e T_1 (final) do programa (João Pessoa-PB, 2011).

Componentes dos Índices	Média e Desvio-Padrão (Início)	Média e Desvio-Padrão (Final)
CPO-D + ceo-d	2,5 ± 3,55	2,5 ± 3,55
CPO-D	0,5 ± 1,73	0,5 ± 1,73
C	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,0
P	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,0
O	0,5 ± 1,73	0,5 ± 1,73
Ceo-d	2,0 ± 3,27	2,0 ± 3,27
C	1,08, ± 2,27	0,0 ± 0,0
E	0,58 ± 2,02	0,58 ± 2,02
O	0,34 ± 1,15	1,42 ± 2,67

A média e desvio-padrão para Necessidade de Tratamento dos dentes decidídos e permanentes das CAPC aferidos nos momentos T_0 e T_1 do programa estão

ilustradas na Figura 1.

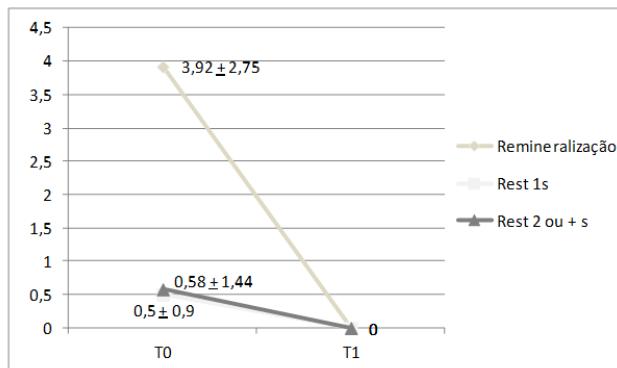


Figura 1. Valores das Médias da Necessidade de Tratamento dos dentes decíduos e permanentes aferidos nas CAPC nos momentos T₀ e T₁ do programa.

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a implantação de um Programa de Cuidado em Saúde bucal para CAPC. A análise foi realizada de acordo com os momentos T₀ e T₁, apresentando dificuldades, limitações e recomendações, que possibilitem corrigir os rumos do programa ou disseminar aprendizagens para à melhoria da qualidade e do desempenho no seu processo de implantação.

Na busca ativa dos indivíduos, 20 CAPC foram identificadas pelos ACS e apoiadores. A PC não é uma condição de notificação compulsória, considera-se que no Brasil seja elevada devido à dificuldade de acesso ao serviço de pré-natal e perinatal adequado²³.

A participação do ACS e apoiadores na identificação de CAPC: reduziu a hora de trabalho da equipe pesquisadora na etapa de identificação; favoreceu o deslocamento dos pesquisadores nas áreas de abrangência das USFs; e, permitiu o envolvimento dos profissionais do serviço da saúde no cuidado das CAPC.

Ressalta-se que 10% dos habitantes de João Pessoa, população residente nas áreas descobertas pelo Programa Saúde da Família²⁴, não foram incluídos na amostra, em decorrência da metodologia utilizada. Portanto, é interessante, na identificação das CAPC de João Pessoa durante o processo de continuidade, realizar a busca ativa das CAPC em outros centros de referência utilizados por estes indivíduos, que não fazem parte a priori do sistema de referência e contra-referência do SUS como a Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (FUNAD), Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE), Associação Paraibana de Equoterapia (ASPEQ), Centro de Atividades Especiais Helena Holanda, Associação Pestalozzi Paraibana, Centro de Fisioterapia infantil da UFPB e Centro de Fisioterapia da UNIPÊ.

As CAPC foram classificadas quanto a disfunção neuromuscular e localização anatômica da PC em espásticas e tetraparesias, respectivamente, estas duas condições clínicas apresentadas desde o nascimento, favorecem o aumento do grau de dependência das CAPC

para a realização das atividades de vida diárias²⁶.

A escolaridade das CAPC identificada foi de 1º grau incompleto, o acesso às atividades escolares podem configurar estratégias de inclusão social e de estimulação dentro do processo terapêutico-educativo².

Os cuidadores eram do sexo feminino e apresentavam o grau de parentesco de mãe predominantemente^{1,2, 23}. É característica do paciente com PC apresentar um forte vínculo emocional com quem lhes presta cuidados diários, portanto, é importante a colaboração deste cuidador durante o tratamento¹³.

A escolaridade dos cuidadores foi heterogênea^{1,2,23}, as moradias são cedidas e alugadas, a renda familiar destes indivíduos foi de 1 a 2 salários mínimos^{1,2,23} e o transporte familiar depende do transporte público. Esses fatores dificultam, conforme descrição da literatura, o acesso e continuidade de tratamento odontológico²³.

A escovação supervisionada foi o procedimento preventivo realizado com maior frequência nas CAPC, em virtude da necessidade de treinamento dos cuidadores para a realização da higiene oral satisfatória nestes indivíduos. A diminuição do consumo de açúcar combinado a um esforço para melhorar os níveis de higiene bucal e o acesso a produtos fluoretados pode permitir o controle da cárie dentária e doença periodontal²⁷.

O domicílio das CAPC foi o espaço das ações em saúde bucal, isto superou as dificuldades de locomoção apresentada pelas CAPC, uma das barreiras de acesso geográfico para o atendimento odontológico²⁸ e, favoreceu o condicionamento psicológico das CAPC, durante as abordagens odontológicas.

Ao avaliar a implantação de programas preventivos para pacientes especiais, estudos identificaram melhorias significativas das condições de saúde bucal, reveladas por índices clínicos bucais ou satisfação dos pacientes. No presente estudo, a implantação do Programa de Cuidado em Saúde Bucal foi capaz de provocar mudanças nas condições de saúde bucal das CAPC^{13,14} através do cuidado domiciliar. As CAPC não apresentaram necessidades de tratamento distintas das ofertadas no programa, caso contrário, as mesmas seriam encaminhadas para a USF.

A análise do IHO-S mostrou a alteração de uma condição de higiene oral insatisfatória das CAPC para uma higiene oral satisfatória. No ISG, as CAPC passaram de gengivite moderada a gengivite leve. Um estudo anterior demonstrou que a adequação do meio bucal, a educação em saúde e controles periódicos com o dentista viabilizaram melhorias do índice de higiene oral de crianças atendidas em uma clínica de ensino²⁹. Assim, o índice de IHO-S e o ISG das CAPC foram reduzidos a partir das ações desenvolvidas.

Na análise do CPO-d e ceo-d das CAPC, o programa não provocou alteração significativa do CPO-D e ceo-d. Nos componentes dos índices CPO-D e ceo-d, destaca-se que o total de dentes perdidos não foi modificado, enquanto que o componente cariado foi

convertido em componente obturado. Portanto, o índice de cuidado odontológico foi elevado após a implantação do programa, significativamente, a partir da oferta de assistência odontológica para as CAPC.

A remineralização de mancha branca foi a necessidade de tratamento mais observada. O fato do índice CPO-D desconsiderar mancha branca (estágio inicial de cárie) como dente cariado, subestimou a quantidade de CAPC que apresentaram a cárie dentária, mesmo no estágio inicial, de acordo com as necessidades de tratamento. Os estudos da literatura relatam uma alta prevalência de cárie das CAPC^{1,2,23}.

Na avaliação do programa foram observados impactos positivos para a atuação preventiva sobre a doença cárie, revelada pela eliminação da necessidade de remineralização de mancha branca e restaurações. Esta atuação sustenta duas implicações favoráveis: não surgiram novas manchas brancas em esmalte e cavidades de cárie e aquelas inicialmente existentes foram inativadas e restauradas, respectivamente.

Autores identificaram a redução do número de exodontias frente ao aumento da oferta de primeiras consultas e realização de atividades coletivas de educação em saúde³⁰. Os resultados deste estudo mostraram a melhoria de indicadores bucais e menores necessidade de tratamento, diante da ampliação do acesso e execução de medidas preventivo-promocionais e curativas.

Portanto, a avaliação deste programa pode fundamentar e motivar a continuação do processo de implantação do programa, visando modificar o cuidado e a condição de saúde bucal dos indivíduos que tem necessidades especiais, mais especificamente, a Paralisia Cerebral.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que a implantação do Programa de Cuidado em Saúde Bucal para CAPC favoreceu a ampliação do acesso e a qualificação do cuidado em saúde bucal, bem como a melhoria dos índices bucais das CAPC.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Costa MHP, Costa MABT, Pereira MF. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Paralisia Cerebral assistidos em um centro de odontologia do Distrito Federal. *Com. Ciências Saúde* 2007; 18(2):129-39.
3. Guare RO, Ciampioni AL. Prevalence of periodontal disease in the primary dentition of children with cerebral palsy. *Dent Child (Chic)* 2004; 71(1):27-32.
4. Gonçalves GK, Carmagnani FG, Corrêa MS, Duarte DA, Santos MT. Dental erosion in cerebral palsy patients. *J Dent Child*. 2008; 75(2):117-20.
5. Kumar S, Sharma J, Duraiswamy P, Kulkarni S. Determinants for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. *J Indian Soc Pedod Prevent Dent* 2009; 27(3):151-7.
6. Du RY, McGrath C, Yiu CK, King NM. Oral health in preschool children with cerebral palsy: a case-control community-based study. *Int J Paediatr Dent* 2010; 20(5):330-5.
7. Miamoto CB, Ramos-Jorge ML, Pereira LJ, Paiva SM, Pordeus IA, Marques LS. Severity of malocclusion in patients with cerebral palsy: determinant factors. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2010; 138(4): 394-395.
8. Miamoto CB, Ramos-Jorge ML, Ferreira MC, Oliveira M, Vieira-Andrade RG, Marques LS. Dental trauma in individuals with severe cerebral palsy: prevalence and associated factors. *Braz Oral Res*. 2011; 25(4):319-23.
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.
10. Agili DEAL, Roseman J, Pass MA, Thornton JB, Chavers LS. Access to dental care in alabama for children with special needs. *J Am Dent Assoc* 2004; 135(4):490-5.
11. Prabhu NT, Nunn JH, Evans DJ, Girdler NM. Acess to dental care - parent's caregivers' views on dental treatment services for people with disabilities. *Spec Care Dentist* 2010; 30(2):35-45.
12. Burtner 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.
13. Magalhães MG, Becker MM, Ramos MS. Aplicação de um programa de higienização supervisionada em pacientes portadores de paralisia cerebral. *RPG* 2007; 4(2):22-7.
14. 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.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal* 2004; Brasília: 2-7.
16. Lakatos EM, Marconi MA. *Fundamentos da Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas; 2009. 315p.
17. Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – 1. ed., 4.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
19. Draibe SM. "Avaliação de Implementação: Esboço de uma Metodologia de Trabalho em Políticas Públicas. In: M. C. Brandt de Carvalho e Cecília Barreiro Roxo. *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. Cap. 1. São Paulo: Ed. IEE/PUC, 2001.
20. Greene JC, Vermillion Jr. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc* 1964; 68(1):7-13.
21. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J*. 1975; 25(4):229-35.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010: Projeto Técnico*. Brasília, 2009.
23. Walsh J. International Partterns of oral health care – The example of New Zealand. *New Zealand Dent J*. 1970; 66(304):143-52.
24. Camargo MAF. *Estudo da prevalência de cárie em pacientes portadores de paralisia cerebral*, 2005. Dissertação de mestrado do programa de Pós-graduação em Ciências

odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

25. SMS-JP. *Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de João Pessoa.* Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/cobertura-do-psf-na-capital-entre-as-melhores-do-ne/>. Acesso em: 07/11/11.

26. Blair E, Watson L. Epidemiology of cerebral palsy. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 2006; 11(2):117-25.

27. Narvai PC, Frazão P. *Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 148p.

28. Cardoso AMR, Brito DBA, Alves VF, Padilha WWN. O Acesso ao Cuidado em Saúde Bucal para Crianças com Deficiência Motora: Perspectivas dos Cuidadores. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2011; 11(4):593-9.

29. Gomes VE, Silva DD. A importância do controle de placa dental na clínica odontológica. *Arq Odontol.* 2010; 46(1):22-7.

30. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev. saúde pública* 2005; 39(6): 930-6.

Recebido/Received: 18/07/2011

Revisado/Reviewed: 05/02/2012

Aprovado/Approved: 12/03/2012

Correspondência:

Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso

Rua Cordelia Veloso Frade, 70 – Jardim Cidade

Universitária

João Pessoa – Paraíba - Brasil

CEP: 58.052-430

Email: andreiamedeiros29@yahoo.com.br