

ELIZABETH LOUISY MARQUES SOARES DA SILVA

**CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL A
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA
CEREBRAL: VISÃO DOS PAIS E CUIDADORES**

RECIFE

2018

ELIZABETH LOUISY MARQUES SOARES DA SILVA

**CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL A
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA
CEREBRAL: VISÃO DOS PAIS E CUIDADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Marília de Carvalho Lima

Área de Concentração: Abordagens Quantitativas em Saúde

Linha de pesquisa: Estudos da morbimortalidade da criança

RECIFE

2018

Catálogo na fonte:
bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4:1895

S586c Silva, Elizabeth Louisy Marques Soares da.
Caracterização dos cuidados em saúde bucal a crianças e adolescentes com paralisia cerebral: visão dos pais e cuidadores / Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva. – Recife: o autor, 2018.
87 f.; il; 30 cm.
Orientadora: Marília de Carvalho Lima.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em saúde da criança e do adolescente.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Paralisia cerebral. 2. Criança. 3. Adolescente. 4. Odontologia para pessoas com deficiência. I. Lima, Marília de Carvalho (orientadora). II. Título.

618.92 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2018 - 044)

ELIZABETH LOUISY MARQUES SOARES DA SILVA

CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL: VISÃO DOS PAIS E CUIDADORES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 19/02/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes
(Membro Interno – Depto. Clínica e Odontologia Preventiva – UFPE)

Prof^a. Dr^a. Sílvia Regina Jamelli
(Membro Interno – Depto. Clínica e Odontologia Preventiva – UFPE)

Prof^a. Dr^a. Márcia Maria Vendiciano Barbosa Vasconcelos
(Membro Externo – Depto. Clínica e Odontologia Preventiva – UFPE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Profª. Drª. Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Ernani Rodrigues Carvalho Neto

DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

VICE-DIRETORA

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

COORDENADOR DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COLEGIADO

CORPO DOCENTE PERMANENTE

Prof. Dr. Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (Coordenador)

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes (Vice-Coodenador)

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir

Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira

Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

Prof. Dr. José Ângelo Rizzo

Profa. Dra. Kátia Galeão Brandt

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima

Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes

Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Profa. Dra. Poliana Coelho Cabral

Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho

Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann

(Mayra Ruana de Alencar Gomes - Representante discente - Doutorado)

(Amanda Araújo das Mercês - Representante discente - Mestrado)

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga

Profa. Dra. Claudia Marina Tavares de Araújo

Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo

Profa. Dra. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus

Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian

Profa. Dra. Silvia Regina Jamelli

SECRETARIA

Paulo Sérgio Oliveira do Nascimento (Secretário)

Juliene Gomes Brasileiro

Vitória Maria Oliveira dos Santos

Ricardo da Cruz Júnior

*Aos meus pais Rosilda e Alberto,
por serem a base de minha trajetória e
a minha maior inspiração na busca por meus objetivos*

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu Criador e Pai protetor, que me sustentou nas horas difíceis, guiando-me a este momento de vitória e agradecimentos.

Aos meus pais, José Alberto e Rosilda, que com toda dedicação e amor, ensinaram-me a importância de uma boa educação e da persistência diante dos obstáculos.

Ao meu amado noivo, Carlos Selva Jr, por todo o apoio, companheirismo e amor dedicados a mim nesta caminhada, imprescindíveis na realização de meus sonhos e alegrias que hoje compartilhamos.

À minha família, aos meus amigos e à Tia Neide (*In memoriam*) por todo amor, incentivo e admiração.

À minha orientadora, Professora Marília de Carvalho Lima, por toda sabedoria, dedicação e comprometimento, os quais acrescentaram significativamente em minha formação profissional e pessoal, além de toda compreensão, paciência e respeito em todas as fases deste longo trajeto.

Aos Professores Paulo Góes e Silvia Jamelli, por toda contribuição durante a qualificação do projeto e dos resultados, da pré-banca e da apresentação final desta pesquisa.

À Professora Márcia Vasconcelos por também muito contribuir nas etapas supracitadas e por caminhar comigo desde a graduação, me incentivando a crescer e a acreditar sempre na melhor profissional/estudante que há em mim.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente pelo ensino de qualidade e pela dedicação de seus funcionários.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela oportunidade e investimento fornecidos através da bolsa de estudos.

Aos responsáveis pelas crianças/adolescentes participantes da pesquisa, minha imensa gratidão, por se mostrarem sempre tão dispostos a ajudar e por tantos ensinamentos de vida aprendidos em seus discursos.

Aos Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Terapeutas Ocupacionais, Psicopedagogos, Médicos e funcionários da Fundação Perrone, Hospital das Clínicas e Pepita Duran – Clínica Multiserviço e Home Care, que foram essenciais para que a pesquisa realmente acontecesse, sendo receptivos e dispostos a ajudar no necessário.

E a elas, não menos importantes, amigas de uma longa trajetória de estudos, pesquisa e dedicação, com quem dividi sonhos, abraços, dúvidas e crescimento... Raíne, Rafaela, Mirella e Jocastra. Sem vocês, esses dois anos não teriam sido os mesmos!

*O que vale na vida não é o ponto de partida e sim
a caminhada. Caminhando e semeando,
no fim terás o que colher. (Cora Coralina)*

RESUMO

Crianças e adolescentes com paralisia cerebral (PC) apresentam características típicas, advindas da lesão no sistema nervoso central, que provoca alterações no movimento e na postura, e conseqüentemente, repercussões no desempenho de atividades comuns no dia-a-dia, tais como fazer sua própria higiene bucal, dependendo muitas vezes do auxílio de um cuidador, inclusive para o acesso aos serviços odontológicos. Diante das dificuldades diárias desses indivíduos, delineamos um estudo cujo objetivo foi avaliar os cuidados odontológicos de crianças e adolescentes com PC, de acordo com sua gravidade, através da visão dos pais e cuidadores. Trata-se de um estudo série de casos realizado no período de janeiro a agosto de 2017, no setor de Fisioterapia da Fundação Giácomo e Lúcia Perrone, na Pepita Duran - Clínica Multisserviço e HomeCare – e nos Ambulatórios de Reabilitação (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional) e de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clínicas/UFPE. A coleta de dados consistiu de informações prestadas pelas mães através de entrevistas utilizando-se formulário com perguntas fechadas e pré-codificadas sobre as condições socioeconômicas, hábitos de higiene bucal, dificuldade de acesso ao serviço odontológico e percepção quanto à qualidade da sua saúde bucal e a do seu filho. Participaram 94 pais/cuidadores de crianças e adolescentes com diagnóstico de PC, entre cinco e dezoito anos de idade, com níveis de comprometimento motor leve, moderado e grave avaliados pelo Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS). Verificou-se percentual significativamente maior de crianças/adolescentes com PC grave pertencentes às famílias de baixa renda, procedentes do interior do Estado, em uso de anticonvulsivante e alimentando-se através de sonda/gastrostomia com alimentos de consistência líquida/pastosa. A higiene bucal desse grupo de indivíduos foi realizada mais frequentemente apenas pelo cuidador, com utilização de gaze/fralda umedecida e com ausência do uso do fio dental. As dificuldades relatadas pelas mães/cuidadores quanto ao acesso aos cuidados odontológicos se relacionaram mais frequentemente ao transporte e à acessibilidade ao serviço odontológico, como também informaram perceber uma maior necessidade nos cuidados na higiene bucal da criança/adolescente com PC grave. As mães/cuidadores destacaram a necessidade de maior disponibilidade de dentistas especializados para atendimento a pessoas com Necessidades Especiais, seguido de maior facilidade de transporte, como prioridade para melhoria dos cuidados odontológicos a esses indivíduos. Conclui-se que são necessárias iniciativas que promovam orientações aos cuidadores/familiares sobre a adoção de práticas cotidianas de higiene bucal, como também sejam motivadas a realizar visitas frequentes ao Cirurgião-Dentista, diminuindo a ocorrência de doenças bucais e melhorando a qualidade de vida das crianças/adolescentes com PC.

Palavras-chave: Paralisia cerebral. Criança. Adolescente. Odontologia para pessoas com deficiência

ABSTRACT

Children and adolescents with cerebral palsy (CP) present typical characteristics, due to injury of the central nervous system, which causes limitations in movement and posture, and consequently, repercussions on the performance of functional and common daily activities such as doing their own oral hygiene, often depending on the care of a caregiver, including the access to dental services. Faced with the daily difficulties of these individuals, we outlined a study whose objective was to evaluate the dental care of children and adolescents with CP, according to their severity, through the parents' and caregivers' view. This is a case series study carried out from January to August 2017, in the Physiotherapy sector of the Fundação Giacomio and Lúcia Perrone, Pepita Duran – Multiservice Clinic and HomeCare, and in the Rehabilitation outpatient clinics (Physiotherapy, Speech Therapy and Occupational Therapy) and Pediatric Gastroenterology at Hospital das Clínicas/UFPE. Data collection consisted of information provided by mothers through interviews using closed-ended and pre-coded questionnaire about socioeconomic conditions, oral hygiene habits, difficulty in accessing the dental service and perception of the quality of their own oral health and that of their children. A total of 94 parents/caregivers of children and adolescents diagnosed as having CP, between five and eighteen years old, having mild, moderate and severe motor impairment assessed by the Gross Motor Function Classification System (GMFCS). We found a significantly higher percentage of children/adolescents with severe CP belonging to low-income families, coming from the interior of the State, using anticonvulsivant and feeding through gavage/gastrostomy with a liquid/pasty consistency diet. The oral hygiene of this group of individuals was performed more frequently only by the caregiver, with the use of gauze/diaper moistened and without the use of dental floss. The difficulties reported by mothers/caregivers regarding access to dental care were more frequently related to transportation and accessibility to dental service, they also reported perceiving a greater need for care in the oral hygiene of the child/adolescent with severe CP. Mothers/caregivers highlighted the need of greater availability of specialized dentists to care for people with special needs, followed by greater ease of transportation, as a priority to improve dental care for these individuals. In conclusion, there is a need for initiatives that promote caregivers/family orientations on the adoption of daily oral hygiene practices, as well as to motivate frequent visits to the Dentists, aiming to reduce the occurrence of oral diseases and improving the quality of life of children/adolescents with CP.

Keywords: Cerebral palsy. Child. Adolescent. Dental care for disabled

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Características das mães/cuidadores e das crianças/adolescentes com paralisia cerebral de acordo com o grau de comprometimento motor. Recife, 2017.....Pág.42
- Tabela 2.** Hábitos de higiene bucal de crianças e adolescentes com paralisia cerebral de acordo com o grau de comprometimento motor, Recife, 2017.....Pág. 44
- Tabela 3.** Relato das mães/cuidadores sobre o acesso odontológico de crianças e adolescentes com paralisia cerebral de acordo com o grau de comprometimento motor, Recife, 2017.....Pág. 45
- Tabela 4.** Dificuldades relatadas pelas mães/cuidadores quanto ao acesso aos cuidados odontológicos de crianças/adolescentes com paralisia cerebral de acordo com o grau de comprometimento motor, Recife, 2017.....Pág. 46
- Tabela 5.** Percepção das mães/cuidadores sobre sua saúde bucal e a saúde bucal da criança/adolescente com paralisia cerebral de acordo com o grau de comprometimento motor, Recife, 2017..... Pág.48

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Distribuição percentual das crianças/adolescentes com paralisia cerebral, de acordo com o grau de comprometimento motor, nas três instituições pesquisadas, Recife, 2017.....Pág.41
- Figura 2.** Distribuição percentual das sugestões prestadas pelas mães/cuidadores sobre o que precisa melhorar nos cuidados em saúde bucal de crianças/adolescentes com paralisia cerebral, Recife, 2017.....Pág. 49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAPD – Academia Americana de Odontopediatria

AGD – Academy of General Dentistry

GMFCS – Gross Motor Function Classification System (GMFCS) (Sistema de classificação da função motora grossa)

HC – Hospital das Clínicas

PC – Paralisia Cerebral

PE – Pernambuco

PNE – Pacientes com Necessidades Especiais

RCPD – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	17
1.1 Introdução	17
1.2 Pergunta Condutora	17
1.3 Objetivos	17
1.3.1 <i>Objetivos específicos</i>	17
1.4 Estrutura da Dissertação	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde	21
2.1.1 <i>Conceitos e modelos teóricos do acesso aos serviços de saúde</i>	21
2.2 Acesso aos cuidados odontológicos	23
2.2.1 <i>Fatores que interferem no cuidado odontológico de pessoas com deficiências</i>	24
2.3 Paralisia Cerebral	26
2.3.1 <i>Definição, caracterização e prevalência</i>	26
2.3.2 <i>Classificação da Paralisia Cerebral</i>	27
2.4 Fatores associados aos cuidados odontológicos de pessoas com Paralisia Cerebral	27
2.4.1 <i>Fatores relacionados ao paciente/família</i>	29
2.4.2 <i>Fatores relacionados ao Cirurgião-Dentista</i>	30
3 MÉTODOS	34
3.1 Local e delineamento do estudo	34
3.2 Participantes do estudo	34
3.2.1 <i>Critérios de elegibilidade</i>	35
3.3 Definição de termos e parâmetros	35
3.4 Variáveis do estudo	35
3.5 Procedimentos da coleta de dados	37
3.6 Análise estatística	38
3.7 Aspectos Éticos	38
3.8 Limitações metodológicas	38
4 RESULTADOS	41
5 DISCUSSÃO	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE	53
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	69

APÊNDICE B – FORMULÁRIO ESTRUTURADO.....	70
ANEXOS.....	61
ANEXO A – SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DA FUNÇÃO MOTORA GROSSA PARA PARALISIA CEREBRAL (GMFCS)	77
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)	83

APRESENTAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO

1.1 Introdução

No decorrer da minha formação como Cirurgiã-Dentista descobri uma afeição às crianças, ao desafio de fazê-las se envolverem com o tratamento odontológico, à espontaneidade e sinceridade que lhe são peculiares. Com o passar do tempo o interesse por esta área aumentou gradativamente e hoje não tenho dúvidas quanto à minha intenção em continuar seguindo a área da Odontopediatria.

Ainda na graduação tive uma excelente oportunidade de atender e acompanhar diversas crianças com necessidades especiais ao lado de competentes mestres e, agora, companheiros de profissão. Ser docente na área da Odontopediatria é uma das minhas metas acadêmicas, o que me impulsionou a realizar o mestrado. Durante a decisão do meu tema de pesquisa houve novamente a feliz aproximação com a abordagem dos cuidados odontológicos a crianças com necessidades especiais.

Então, surgiu a ideia de investigar o quadro da caracterização dos cuidados em saúde bucal de crianças e adolescentes com paralisia cerebral (PC) de acordo com os níveis de comprometimento motor, onde esta escolha foi construída conjuntamente com a orientadora. A temática foi inovadora e desafiadora para mim, em todas as etapas de elaboração do projeto, o que me motivou a estabelecer um maior envolvimento com o estudo, tendo os obstáculos sido ultrapassados em busca de uma pesquisa de relevância, a qual realmente pudesse acrescentar informações importantes à população estudada.

Realizar pesquisas sobre a saúde bucal de crianças e adolescentes com PC é relevante, visto que se trata de indivíduos que sofrem com diversas dificuldades no cotidiano – características de sua condição – e que têm cuidados de saúde bucal muitas vezes negligenciados devido às altas demandas de terapias envolvendo às demais áreas da saúde e sobrecarga de seus cuidadores.

Crianças e adolescentes com paralisia cerebral (PC) apresentam características típicas, devido à lesão no sistema nervoso central em desenvolvimento, que provoca alterações no movimento e na postura, e conseqüentemente, repercussões na aquisição de habilidades para o desempenho de atividades funcionais e comuns no dia-a-dia tais como fazer sua própria higiene bucal.

A visão dos cuidadores sobre as práticas de higiene bucal e sobre a importância destas perpassa pela motivação, aquisição de informações e persistência na manutenção e propagação de boas atitudes de saúde bucal. Muitos fatores estão envolvidos no olhar desses

cuidadores, tornando o Cirurgião-Dentista um profissional imprescindível no direcionamento de práticas a serem realizadas no domicílio às crianças e adolescentes com paralisia cerebral, que tanto dependem de outrem para atividades básicas diárias.

A dificuldade em assistir clinicamente os pacientes com PC relaciona-se à comunicação com o paciente, aos movimentos involuntários da cabeça e pescoço e aos espasmos constantes, dificultando no manejo do paciente; assim como a rigidez acentuada, muitas vezes não permitindo o exame adequado da cavidade bucal. Além disto, também podem constituir fatores influentes os aspectos socioeconômicos como o baixo nível de renda familiar, o alto grau de dependência do paciente nas atividades da vida diária, características adversas do cuidador – como a percepção de saúde bucal – e a escassez de serviços odontológicos básicos e especializados, que podem dificultar o acesso aos serviços odontológicos por tais indivíduos e a menor aquisição de atitudes positivas a serem praticadas nos cuidados domiciliares. (COSTA et al., 2007; CARDOSO et al., 2011)

Há uma escassez de estudos de investigação quanto às possíveis dificuldades enfrentadas por cada nível de comprometimento motor desta condição e os fatores ligados aos cuidados em saúde bucal e seus desdobramentos. A atual pesquisa procurou investigar de forma mais específica esta relação sob a visão dos pais e cuidadores, destacando, entre outros aspectos, barreiras enfrentadas quanto ao acesso aos cuidados odontológicos, características da alimentação fornecida a esses indivíduos, problemas bucais e suas consequências, e obtendo, por conseguinte, uma investigação mais completa desta condição.

A preservação da funcionalidade nesta população é fundamental para aquisição e desempenho das habilidades diárias e melhora da qualidade de vida, e por isso deve receber grande atenção, inclusive na prática odontológica. Por esse motivo, compreender de que maneira a funcionalidade pode ser relacionada aos cuidados odontológicos é extremamente relevante, pois a análise desta relação pode direcionar metas de tratamento odontológico e conseqüentemente, envolver positivamente as demais áreas da saúde responsáveis pelas terapias de reabilitação, somando experiências e promovendo melhores condições de vida a esta população infanto-juvenil.

1.2 Pergunta Condutora

Qual a relação entre a gravidade da paralisia cerebral em crianças/adolescentes e os cuidados em saúde bucal?

1.3 Objetivos

Avaliar os cuidados odontológicos de crianças e adolescentes com paralisia cerebral de acordo com a sua gravidade.

1.3.1 Objetivos específicos

- Verificar a associação entre gravidade da paralisia cerebral com o perfil socioeconômico e demográfico, uso de anticonvulsivantes, hábitos alimentares e de higiene bucal prestados pela família;
- Verificar a associação entre gravidade da paralisia cerebral com os cuidados odontológicos e as dificuldades relatadas pelas mães/cuidadores quanto ao seu acesso;
- Verificar a associação entre gravidade da paralisia cerebral com a percepção dos pais/cuidadores sobre a sua saúde bucal e sobre a saúde bucal da criança e adolescente.

1.4 Estrutura da Dissertação

Esta dissertação será disposta em seis capítulos: o primeiro, a atual apresentação, com o propósito de expor a temática principal do estudo. O segundo capítulo aborda a revisão de literatura, constituída dos itens: conceito de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde; acesso aos cuidados odontológicos; definição e classificação da paralisia cerebral; fatores associados aos cuidados odontológicos de pessoas com paralisia cerebral.

Os métodos utilizados na pesquisa para obtenção dos dados e resposta aos objetivos encontram-se no terceiro capítulo e, no quarto, os resultados das variáveis analisadas, a partir dos dados empíricos coletados. O quinto capítulo trata-se da discussão, na qual os achados são analisados com base na literatura, e no sexto são descritas as considerações finais.

REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação de vários fatores, estando entre eles o comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde, tornando-se atributos essenciais para o alcance da qualidade nos serviços de saúde. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A busca pelos serviços odontológicos é importante pois na Odontologia existem os serviços odontológicos utilizados para prevenir, diagnosticar e tratar, além de ações horizontais, por meio da promoção de saúde. (BRASIL, 2004). Todavia, o acesso aos serviços de saúde, incluindo os referentes à Odontologia, enfrentam dificuldades que podem estar associadas tanto às características do indivíduo, do atendimento, quanto às barreiras geográficas e organizacionais, entre outras, o que contribui sobremaneira para o atendimento pelos serviços de saúde odontológicos.

Nesta revisão, abordaremos os conceitos dos termos acesso e acessibilidade aos serviços de saúde e os modelos teóricos utilizados; posteriormente serão analisados os fatores relacionados à caracterização dos cuidados em saúde bucal de pessoas com deficiências, como também serão abordadas características gerais da Paralisia Cerebral – definição, caracterização, prevalência e classificação – e características da saúde bucal de crianças e adolescentes acometidos pela Paralisia Cerebral e suas dificuldades em obterem o acesso aos cuidados odontológicos.

2.1 Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde

2.1.1 Conceitos e modelos teóricos do acesso aos serviços de saúde

Há discordância na literatura em relação ao uso dos termos ‘acesso’ e ‘acessibilidade’ das pessoas em obterem cuidados de saúde. O termo acesso possui um conceito complexo, que varia entre autores, mudando ao longo do tempo e do contexto social, cultural e que muitas vezes é empregado de forma imprecisa na sua relação com o uso de serviços de saúde. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004)

Donabedian (1973, 2003), por exemplo, para referir ao uso de serviços de saúde preferiu diferenciar os dois termos, empregando o termo acessibilidade como caráter ou qualidade do que é acessível (meios para se obter o acesso) e o termo acesso para o ato de ingressar, entrada – ou ainda, a junção de ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Andersen (1995) priorizou o termo acesso. Em uma das versões iniciais do seu clássico modelo de utilização de serviços de saúde, publicado em 1973, foi estabelecido que acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e o recebimento de cuidados subsequentes. Nesse modelo, a influência do acesso no uso de serviços de saúde é mediada por fatores individuais, tais como: fatores predisponentes (existem previamente ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para usarem serviços de saúde), fatores capacitantes (meios disponíveis às pessoas para obterem cuidados de saúde) e as necessidades de saúde (condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde).

Em revisões posteriores desse modelo de utilização de serviços, que é o mais aplicado tantos nos estudos de utilização, quanto nos estudos de acesso, o conceito de acesso é ampliado, passando explicitamente a incorporar as características da população influenciando o comportamento em saúde, sendo o uso dos serviços fruto da combinação de fatores sociais e individuais. Esses autores explicam a utilização dos serviços de saúde baseando-se em dimensões relacionadas às características contextuais, do indivíduo e dos serviços de saúde, levando aos resultados em saúde. (ANDERSEN; NEWMAN, 2005; ANDERSEN; DAVID, 2007)

As características contextuais referem-se ao perfil da comunidade e podem ser decompostas em características predisponentes, fatores capacitantes, e necessidades que afetam o comportamento em saúde e o estado geral. As características do indivíduo revelam atributos particulares que levam um indivíduo a usar serviços de saúde, incluindo, por exemplo, as características predisponentes, como os fatores demográficos relacionados à idade e sexo, representando imperativos biológicos com implicações sociais e de diferença quanto ao uso dos serviços de saúde. E por fim, as características dos serviços em saúde que envolve comportamentos como práticas pessoais em saúde, o autocuidado e a adesão ao tratamento, sendo influenciados pelas crenças do usuário (representações pessoais da doença) e a interação deste com o sistema formal de cuidado. (ANDERSEN; NEWMAN, 2005; ANDERSEN; DAVID, 2007)

2.2 Acesso aos cuidados odontológicos

O atual conceito de acesso odontológico (ou acesso aos cuidados dentários) vai muito além do seu significado tradicional. Antigamente, quando se considerava o conceito de acesso ao atendimento odontológico, o quadro se referia quase que exclusivamente à capacidade do doente para obter ou fazer uso de atendimento odontológico. Agora, as discussões sobre o acesso levam em conta fatores internos ao paciente: a percepção da necessidade de cuidados, diferenças culturais, de linguagem, dentre outros. Esses fatores se relacionam diretamente com a demanda por atendimento odontológico e operam independentemente da disponibilidade de ter os cuidados (GUAY, 2004; AGD, 2012).

Na literatura odontológica, vários fatores psicossociais são referidos para explicar a recusa dos pacientes ao atendimento odontológico e fornecer razões para a não adesão ao tratamento. Esses fatores incluem *status* socioeconômico, idade, sexo, etnia, a percepção da necessidade de cuidados odontológicos, estado de ansiedade odontológica, sentimentos de vulnerabilidade, entre outros. A partir desta lista de fatores, quatro principais grupos de barreiras têm sido identificados, incluindo a ansiedade odontológica, os custos financeiros, as percepções de necessidade de atendimento odontológico e a falta de acesso aos serviços odontológicos. (AMIN; PEREZ; NYACHHON, 2014)

As dificuldades na utilização desses serviços foram relacionadas às crianças de famílias de baixa renda, minorias raciais e étnicas e pessoas com necessidades especiais de saúde (pessoas com deficiência, idosos, como também aquelas com condições médicas ou comorbidades que requerem cuidados adicionais) (NELSON *et al.*, 2011; AGD, 2012).

Crianças e adolescentes com necessidades especiais enfrentam vários desafios devido a um grande número de fatores – o tratamento especializado exigido, que muitas vezes está fora da competência do dentista, difícil manejo do paciente, a necessidade de cuidados multidisciplinares integrados e um número limitado de dentistas com habilidades e formação na área. Devido a isso, tais indivíduos podem encontrar um problemático acesso aos cuidados dentários, além das dificuldades de acesso referentes a transporte e acessibilidade daqueles que residem distante de centros médicos e odontológicos (GUAY, 2004; PRABHU *et al.*, 2010).

2.2.1 Fatores que interferem no cuidado odontológico de pessoas com deficiências

Estudo realizado por Koneru e Sigal (2009) mostrou que fatores pessoais (internos), tais como ansiedade sobre procedimentos odontológicos, incapacidade de tolerar o tratamento dental, apatia sobre o cuidado dental e incapacidade de comunicar a dor dental, foram mais frequentemente citados como barreiras na obtenção ao atendimento odontológico do que fatores ambientais (externos), como custo, acesso físico, transporte e fatores relacionados ao Cirurgião-Dentista. A ansiedade odontológica neste grupo de pacientes levou a comportamentos de esquiva, como cancelar ou faltar às consultas odontológicas.

Estudos sobre o acesso aos cuidados em saúde bucal para pessoas com deficiência têm mostrado dificuldades experimentadas na obtenção desses cuidados. Nestes estudos, as razões citadas para as disparidades no acesso aos cuidados bucais estão relacionadas com a disponibilidade, a proximidade e a acessibilidade de serviços odontológicos; atitudes e crenças de cuidadores, dentistas e pessoas com deficiência; e com as questões ambientais e legais (AL AGILI *et al.*, 2004; KONERU e SIGAL, 2009; PRABHU *et al.*, 2010; OWENS, 2011).

Os custos financeiros de tratamento dentário também continuam a ser uma barreira significativa ao acesso aos cuidados dentários. Um estudo realizado na Califórnia (Estados Unidos da América) mostrou que um em cada cinco indivíduos adultos relatou ser incapaz de pagar atendimento odontológico (BROWN, 2009). Também foi mostrado que as barreiras financeiras no setor odontológico permanecem elevadas em relação a outras áreas do setor da saúde (WALL; NASSEH; VUJINIC, 2013).

No entanto, além das barreiras financeiras, a falta de entendimento dos indivíduos e dos profissionais da saúde sobre a importância da saúde bucal pode ser considerada como fator limitante para os cuidados odontológicos. Esse fator contribui para o pobre acesso porque as pessoas não entendem a importância dos cuidados de saúde bucal ou desconhecem as opções para acessar esses cuidados (INSTITUTE OF MEDICINE AND NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2011).

Em estudo realizado por Cardoso *et al.* (2011), que avaliou o acesso aos cuidados de saúde bucal em crianças com deficiência motora, pela perspectiva dos cuidadores, mostrou que a percepção destes, frente aos cuidados em saúde bucal, favorece a realização de um cuidado domiciliar em saúde bucal satisfatório, quanto à realização de medidas de prevenção e de controle. Porém, o estudo também mostrou que as condições insatisfatórias observadas se

devem às dificuldades encontradas na prática diária, durante a higienização bucal na criança, além do conhecimento insatisfatório em saúde bucal adquirido pelos cuidadores e às dificuldades de acesso aos serviços odontológicos. Corroborando este estudo, Stanfield *et al.* (2003) mostraram que o conhecimento do cuidador sobre as medidas de higiene bucal influencia o grau de higiene bucal adequado prestado aos indivíduos sob seus cuidados.

A adequação da assistência odontológica também influencia no acesso e tem sido considerada como uma possível barreira, seja em termos de dimensão ou distribuição geográfica (WALL; NASSEH; VUJINIC, 2013). A necessidade de atitudes positivas entre os dentistas frente ao atendimento de pessoas com deficiências e a falta de formação especializada para melhorar o acesso aos cuidados odontológicos nesses pacientes é citada na literatura. E nos dias atuais, sabe-se que a formação do Cirurgião-Dentista ainda é falha no que diz respeito à atenção odontológica aos pacientes com deficiência (AL AGILI *et al.*, 2004; PRABHU *et al.*, 2010; VARELLIS, 2013). Segundo Cançado *et al.* (2003), o tratamento odontológico do paciente com necessidades especiais deve ser iniciado precocemente, assim que a sua condição sistêmica seja avaliada. Isto exige uma abordagem multidisciplinar, desafiando a formação técnica do Cirurgião-Dentista, enfatizando também a importância da interação do profissional com o paciente e com sua família.

Lewis (2009) identificou que crianças diagnosticadas com deficiências, incluindo a Síndrome de Down, Paralisia Cerebral e Autismo encontram maior dificuldade em obter atendimento odontológico. A razão exata para esta disparidade no acesso aos cuidados é incerta. De acordo com orientações da Academia Americana de Odontopediatria (AAPD), as crianças que não realizam corretamente a higiene bucal diária são incluídas na categoria de risco mais elevado para a doença bucal e requerem cuidados preventivos mais frequentes e intensivos (BEIL *et al.*, 2009). Portanto, crianças e adolescentes com deficiências, incluindo as mais graves, tendem a ter maiores necessidades de saúde bucal e são tidos como os mais carentes destes cuidados, devido às dificuldades enfrentadas na prática diária de sua higiene bucal. (LEWIS, 2009; HUANG *et al.*, 2010; GATICA-ROJAS, 2017)

A seguir, apresentaremos aspectos da Paralisia Cerebral em crianças e adolescentes e o acesso deste grupo aos cuidados odontológicos.

2.3 Paralisia Cerebral

2.3.1 Definição, caracterização e prevalência

A Paralisia Cerebral é uma desordem não progressiva da postura e do movimento causada por um defeito ou insulto ao sistema nervoso central, representando a forma mais comum de deficiência neuromotora em crianças. A área do cérebro afetada ou danificada se reflete diretamente pelas incapacidades resultantes (BAX *et al.*, 2005; JONES *et al.*, 2007; FAIRHURST, 2012).

A definição de Paralisia Cerebral foi modificada através dos anos, resultando na mais atual, em que é descrita como um grupo de doenças do desenvolvimento do movimento e postura, causando limitação de atividade, que são atribuídos a distúrbios não progressivos que ocorreram no cérebro fetal ou infantil em desenvolvimento e que são frequentemente acompanhados por distúrbios da sensação, cognição, comunicação, percepção e/ou comportamento, e/ou por uma desordem de apreensão (ROSENBAUM *et al.*, 2007). Esta definição difere das anteriores que incidia exclusivamente sobre deficiências motoras e não mencionava os distúrbios de desenvolvimento adicionais que muitas vezes são observados em indivíduos com Paralisia Cerebral (REDDIHOUGH; COLLINS, 2003; DOUGHERTY, 2009). Tais comprometimentos nem sempre estão presentes, pois estão associados à gravidade da seqüela e à idade da criança, assim como não há relação direta entre a condição neuromotora e a cognitiva (BRASIL, 2013).

Esta condição engloba um grupo heterogêneo quanto à etiologia, aos sinais clínicos e à gravidade do comprometimento. No que tange à etiologia, dentre os fatores mais frequentes, incluem-se os pré-natais (infecções congênitas, falta de oxigenação); os perinatais (anóxia neonatal, eclampsia); e os pós-natais (infecções, traumas) (DODGE, 2008). Os sinais clínicos da Paralisia Cerebral envolvem as alterações de tônus, a presença de movimentos atípicos e a distribuição topográfica do comprometimento (CANS *et al.*, 2007). A gravidade da Paralisia Cerebral está associada às limitações das atividades e à presença de comorbidades (BAX *et al.*, 2005). Não há cura para esta condição de vida, mas as intervenções fisioterapêuticas, fonoaudiológicas e de terapia ocupacional, além da educação inclusiva e do uso de tecnologias assistivas podem maximizar o potencial de cada criança, melhorando suas habilidades funcionais e sua qualidade de vida (JONES *et al.*, 2007).

No Brasil há uma carência de estudos que tenham investigado especificamente a prevalência e incidência da Paralisia Cerebral no cenário nacional, entretanto, com base em

dados de outros países, faz-se projeção do dimensionamento desta condição em países em desenvolvimento. (LEITE; PRADO, 2004) Enquanto nos países desenvolvidos a prevalência encontrada varia de 1,5 a 5,9/1.000 nascidos vivos, estima-se que a prevalência de Paralisia Cerebral nos países em desenvolvimento seja de 7 por 1.000 nascidos vivos (DODGE, 2008; DOUGHERTY, 2009; ZANINI; CEMIN; PERALLES, 2009).

2.3.2 Classificação da Paralisia Cerebral

Um método de classificação dos tipos de Paralisia Cerebral leva em consideração a natureza mais predominante da desordem motora, sendo dividida nos tipos: espástico (70%-80% dos casos), discinético (10%-15% dos casos), atáxico (aproximadamente 5% dos casos) e misto (CANS *et al.*, 2007). Porém esse sistema de classificação tem sido complementado por um sistema de classificação baseado na funcionalidade, o Gross Motor Function Classification System (GMFCS) (Sistema de classificação da função motora grossa).

O GMFCS é um sistema padronizado para diferenciar crianças e adolescentes com diagnóstico de Paralisia Cerebral por níveis de mobilidade funcional, em resposta às necessidades de uma classificação para discriminar a gravidade da disfunção do movimento (PALISANO *et al.*, 1997), demonstrando sua utilidade no esclarecimento do prognóstico (DODGE, 2008; DOUGHERTY, 2009).

A Paralisia Cerebral, conforme esse sistema de classificação, é dividida em cinco níveis, variando do I, que inclui a presença de mínima ou nenhuma disfunção com respeito à mobilidade comunitária, até o V, quando há total dependência requerendo assistência para mobilidade. Esta classificação englobava a faixa etária de zero a 12 anos, subdivididas nas idades de zero a 2, 2 a 4, 4 a 6 e 6 a 12 anos de idade (PALISANO *et al.*, 2000).

Recentemente foi publicada uma nova versão do sistema de classificação da função motora grossa, o “Gross Motor Function Classification System – Expanded & Revised – GMFCS E & R” (PALISANO *et al.*, 2008) na qual foram feitas alterações na classificação original na faixa etária de 6 a 12 anos e foi adicionada a faixa etária de 12 a 18 anos.

2.4 Fatores associados aos cuidados odontológicos de pessoas com Paralisia Cerebral

Indivíduos com Paralisia Cerebral possuem dificuldades na realização, detecção e memorização de atividades de autocuidado da vida diária como comer, andar, banhar-se, vestir-se, conversar, como também de escovar os dentes. (REDDIHOUGH; COLLINS,

2003; SUBASI *et al.*, 2007). Quanto à saúde bucal, essas dificuldades podem levar a uma maior necessidade de tratamento odontológico, o que pode aumentar com a idade da criança e variar com a gravidade da Paralisia Cerebral. (HUANG *et al.*, 2010)

A condição de saúde bucal dos indivíduos com Paralisia Cerebral tem sido identificada em estudos nacionais e internacionais ao longo dos anos. (GUARE; CIAMPIONI, 2004; COSTA; COSTA; PEREIRA, 2007; GONÇALVES *et al.*, 2008; GUERREIRO; GARCIAS, 2009; KUMAR *et al.*, 2009; DU *et al.*, 2010; MIAMOTO *et al.*, 2010; MIAMOTO *et al.*, 2011; JAN; JAN, 2016)

Quanto às características bucais, nenhuma anomalia intraoral é exclusiva das pessoas com Paralisia Cerebral (SANTOS; COUTO, 2008), porém indivíduos com essa condição são de alto risco para problemas dentários (SANTOS *et al.*, 2003), incluindo: má oclusão devido às forças anormais na musculatura oromotora (WINTER; BACCAGLINI; TOMAR, 2008); pobre higiene bucal; traumatismos dentários; bruxismo e sialorreia (LOSASSO, 2014). A respiração bucal também é uma característica marcante nesses indivíduos pois podem levar à maloclusão e ao impacto negativo na higiene bucal. (GIZANI *et al.*, 2014).

Estudos apresentam que a prevalência de cárie, doença periodontal, maloclusão e quantidade de biofilme dentário é maior nos pacientes com deficiência neuromotora do que na população em geral (DE CAMARGO; ANTUNES, 2008; DU *et al.*, 2010; CARDOSO; CAVALCANTI; PADILHA, 2011). Isso está relacionado à inadequação da nutrição e da higiene bucal, consistência da dieta e retenção prolongada de resíduos alimentares na cavidade oral em função de uma inabilidade da língua. Outro fator agravante é o uso de anticonvulsivantes. Essas medicações, frequentemente utilizadas por esses indivíduos, associadas à presença de placa bacteriana, podem propiciar o crescimento gengival, favorecendo a ocorrência de problemas periodontais e dificultando a higiene bucal diária. (FERNANDES; GUARÉ, VALENTIM, 2003).

Considerando o grande número de manifestações orais em pessoas com PC, é essencial uma maior integração de Cirurgiões-Dentistas nas equipes multidisciplinares que tratam pacientes com essa condição. Portanto, é urgente explorar as necessidades de tratamento odontológico e melhorar o atendimento odontológico a crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, sendo primordial o conhecimento do estado da saúde bucal e das necessidades de tratamento desta população, levando em consideração os fatores relacionados ao paciente e sua família, como também àqueles relacionados à abordagem do Cirurgião-Dentista. (HUANG *et al.*, 2010)

2.4.1 Fatores relacionados ao paciente/família

Os bons hábitos de higiene bucal podem ser mais difíceis para indivíduos com Paralisia Cerebral devido aos movimentos físicos involuntários, disfunção motora orofacial e espasticidade dos músculos mastigatórios. A incapacidade de adaptar uma escova de dentes adequadamente ou usar o fio dental efetivamente resultam na remoção insuficiente de placa bacteriana e resíduos alimentares. Os indivíduos com essa condição neuromotora também podem ter cuidados domiciliares inadequados devido ao reflexo hiperativo de mordida, o que torna a higiene bucal dificultada. Soma-se a isso também o fato de que a utilização ineficiente de uma escova de dentes e do fio dental pode resultar em náuseas ou vômitos (SANTOS *et al.*, 2010). Portanto, muitos indivíduos com Paralisia Cerebral estão em maior risco de doenças bucais devido à má higiene bucal (SANTOS; NOGUEIRA, 2005; GATICA-ROJAS, 2017).

Os cuidadores geralmente ajudam esses indivíduos a realizarem a higiene bucal diária. No entanto, essa higiene, por vezes, é negligenciada, devido aos cuidados de indivíduos com Paralisia Cerebral serem estressantes para os cuidadores. (SANTOS *et al.*, 2010) É válido salientar que o cuidador assume o controle da manutenção dos cuidados da criança, mas desconsideram, muitas vezes, os próprios agravos à saúde, precisando também ser orientado e acompanhado por profissionais da saúde, como o Cirurgião-Dentista. (MILBRATH *et al.*, 2008; SILVA *et al.*, 2010; CATHERINE *et al.*, 2011)

Problemas relacionados à alimentação também são bastante comuns na Paralisia Cerebral, sendo cerca de 80% a prevalência de desordens alimentares nos vários tipos de comprometimento motor, de acordo com Redstone e West (2004). Nos casos de disfunção neuromotora observa-se a prevalência de 90% de alteração motora oral e ainda 60% desses indivíduos apresentam dificuldade precoce de alimentação, sendo importante a observação das aquisições oromotoras e alimentares no ambiente domiciliar. As crianças e adolescentes acometidos por este transtorno podem ainda apresentar dificuldade para atingir o fechamento da cavidade oral com o vedamento labial concomitante à dificuldade em realizar ação motora para deglutir. (ALBERMAM; PECKAM, 2006)

Sabe-se que 39% a 56% das crianças com problemas crônicos de desenvolvimento, dentre elas a Paralisia Cerebral, apresentam ou irão desenvolver um distúrbio da deglutição. As alterações crônicas na deglutição resultam em desnutrição, desidratação, aspiração e pneumonia. Os sintomas encontrados são regurgitação, dificuldade de deglutir a própria saliva, tosse no momento da alimentação e instabilidade respiratória ou apneia, dentre outros,

que podem gerar aversão para comer determinados alimentos, grande tempo despendido com a alimentação e a necessidade de dieta especial (alimentos pastosos, ricos em carboidratos), diferente da utilizada pelo restante da família (AURÉLIO; GENARO; MACEDO FILHO, 2002; KRIGGER, 2006). Corroborando essas informações, um estudo realizado por Lemos e Katz (2012) verificou que uma elevada percentagem de crianças com Paralisia Cerebral estava em dieta líquida ou tinham consumido apenas alimentos pastosos (37,7%).

Às vezes, apesar dos esforços, torna-se impossível manter o processo de alimentação por via oral, especialmente se a alimentação não consegue fornecer a quantidade suficiente de nutrientes, se a criança está aspirando frequentemente ao se alimentar devido à presença de disfagia e se há história de pneumonias recorrentes, sendo necessário, portanto, o uso de uma via alternativa de alimentação, como a sonda/gastrostomia. (MILLER; BACHRACH, 1995; BENFER *et al.*, 2016) Há também a suposição equivocada de que pessoas que recebem toda a sua alimentação por gastrostomia (como alguns pacientes graves deste quadro), não necessitem de higiene bucal regular. Porém, sabe-se que as pessoas que são alimentadas exclusivamente através desta via alternativa têm um alto risco para a ocorrência de gengivite e deposição de cálculo dentário. (JAWADI *et al.*, 2004).

Os cuidados em saúde bucal, por vezes, parecem ser mínimos entre muitas outras necessidades e prioridades de cuidados com o indivíduo com Paralisia Cerebral. Outras dificuldades mencionadas pelos pais referem-se aos meios de transporte utilizados para acessar os serviços de saúde bucal; as barreiras físicas (estruturais/arquitetônicas); e as barreiras atitudinais de preconceito (PEREIRA *et al.*, 2011). Portanto, as condições bucais encontradas nos indivíduos com Paralisia Cerebral, somando-se às dificuldades diárias enfrentadas, demonstram a necessidade de cuidados profissionais e domiciliares de higiene bucal para esse grupo (SANTOS *et al.*, 2003).

2.4.2 Fatores relacionados ao Cirurgião-Dentista

O Cirurgião-Dentista no atendimento a crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral se depara com desafios no atendimento odontológico. Dificuldades no posicionamento da criança ou adolescente com deficiência motora na cadeira do consultório odontológico e na cooperação com procedimentos odontológicos por causa dos problemas motores ou cognitivos, além de dificuldade em abrir a boca ou manter a boca do paciente aberta durante muito tempo. (PRABHU *et al.*, 2010)

A comunicação efetiva com essas crianças durante a avaliação odontológica deve levar em consideração sua idade de desenvolvimento e quaisquer distúrbios auditivos, visuais ou de fala associados. Os déficits cognitivos e de atenção também podem contribuir para dificuldades de cooperação, precisando o Cirurgião-Dentista possuir alguma aptidão em lidar com as adversidades no atendimento a pessoas com necessidades especiais. (DEMATTEI; ALLEN; GOSS, 2012; JAN; JAN, 2016) Além destas dificuldades, verificam-se barreiras para o acesso aos cuidados odontológicos incluindo ansiedade e medo, a necessidade de ser acompanhado por um prestador de cuidados e atitudes negativas para a necessidade de cuidados (KONERU; SIGAL, 2009).

O tipo de consistência dos alimentos, a ingestão de açúcar e a falta de informação sobre cuidados de saúde bucal também são considerados fatores de risco para cáries dentárias, cabendo ao Cirurgião-Dentista obter informações sobre as condições bucais e gerais do indivíduo com Paralisia Cerebral, a fim de melhor orientar os cuidadores quanto aos cuidados para uma efetiva higiene bucal domiciliar. (SANTOS; MASIERO; SIMIONATO, 2002)

Em estudo realizado por Abanto *et al.* (2009), em São Paulo - Brasil, comparando os hábitos alimentares de crianças com e sem PC, descobriu que aqueles com a deficiência neuromotora tinham uma frequência significativamente maior de ingestão de alimentos líquidos e pastosos, bem como uma maior necessidade de assistência ao comer e uma maior quantidade de placa bacteriana em comparação com o grupo controle. Os autores enfatizam que os alimentos pastosos são oferecidos às crianças com Paralisia Cerebral mais grave, sendo a preferência por este tipo de alimento devido a anomalias em relação aos músculos orofaciais, que dificultam a mastigação e a deglutição de alimentos sólidos e semi-sólidos, permanecendo mais tempo na cavidade oral, e assim encontrando dificuldades no que diz respeito à higiene bucal e, conseqüentemente, uma maior formação de placas. A remoção dessas placas, muitas vezes, só é efetiva em consultório odontológico devido à sua consistência ao redor dos dentes.

Deve-se salientar, entretanto, a importância dos aspectos educacionais em saúde bucal dos cuidadores e das crianças com PC, mesmo antes da erupção dos dentes decíduos. Programas de treinamento para os cuidadores de como realizar a higiene bucal, a importância e o uso de fio dental e uma correta remoção do biofilme são de grande valia, uma vez que, é possível a incorporação destes hábitos quando estas crianças forem mais velhas – a depender do nível de comprometimento motor que possuam –, facilitando a realização da higiene bucal, poupando seus cuidadores de diárias e repetidas dificuldades (SILVA *et al.*, 2014).

Outras barreiras adicionais incluem falta de percepção da necessidade de cuidados, as atitudes dos profissionais para prestação de cuidados, a carência de formação de dentistas interessados em tratar tais pacientes (FREEMAN, 2002; PRABHU *et al.*, 2010) e barreiras físicas (estruturais) para o acesso aos cuidados (EDWARDS E MERRY, 2002).

Em suma, os cuidados odontológicos e o grau de comprometimento funcional em crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral envolvem aspectos complexos, que sofrem influências diversas, e que podem apresentar relação importante entre si. Sabe-se que a condição de saúde bucal provoca repercussões na qualidade de vida do ser humano, assim como envolve estruturas e funções corporais, atividades e participação social, e portanto, o esclarecimento dos componentes que mais interferem sobre o acesso aos cuidados odontológicos a esses indivíduos em seus diversos níveis de comprometimento funcional parece ser de extrema relevância.

MÉTODOS

3 MÉTODOS

3.1 Local e delineamento do estudo

Efetuuou-se um estudo observacional do tipo série de casos nos serviços que acompanham crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral. Os locais em que a pesquisa foi realizada foram os Serviços de Gastroenterologia Pediátrica e de Reabilitação (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional) do Hospital das Clínicas (HC-UFPE), o setor de Fisioterapia da Fundação Giácomo e Lúcia Perrone (Fundação Perrone) e setor de Fisioterapia da Clínica Multiserviço e Home Care Pepita Duran.

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) encontra-se vinculado ao Ministério da Educação e no plano da assistência, integrando o Sistema Único de Saúde do Estado. Atua como hospital-escola, constituindo-se como centro de pesquisa científica em todas as áreas da saúde, e como prestador de serviços médico-hospitalares, com atendimento ambulatorial e de internação à população do Estado de Pernambuco (PE) e da região Nordeste.

A Fundação Giácomo e Lucia Perrone, mais conhecida como Fundação Perrone, é uma instituição beneficente, sem fins lucrativos, instalada em sede própria no município de Jaboatão dos Guararapes (PE). Presta assistência terapêutica multiprofissional a crianças com deficiência, e tem o objetivo de minimizar e recuperar as funções comprometidas dessas crianças, facilitando sua inclusão social.

A Pepita Duran – Clínica Multiserviço e HomeCare é uma instituição privada – situada no Bairro da Encruzilhada, Recife/PE, que possui serviços voltados para um público de diversas idades, principalmente nas especialidades da Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia, tanto para o atendimento na clínica quanto para o atendimento domiciliar, pois conta com uma Equipe qualificada para o HomeCare.

3.2 Participantes do estudo

A pesquisa teve como participantes todos os responsáveis/cuidadores de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral que frequentaram os serviços mencionados no período de janeiro a agosto de 2017, e que se enquadraram nos critérios de elegibilidade, totalizando assim, 94 participantes.

3.2.1 Critérios de elegibilidade

Critérios de Inclusão: ser responsável/cuidador de crianças e adolescentes com diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral, com idade entre cinco e 18 anos, com comprometimento motor leve (graus I e II), moderado (grau III) e grave (graus IV e V), classificado pelo Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS).

Critérios de Exclusão: ser responsáveis/cuidadores de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral que possuam malformação congênita não relacionada a doenças cromossômicas, deficiência auditiva e/ou visual e déficit cognitivo grave.

3.3 Definição de termos e parâmetros

Classificação do Grau de Comprometimento motor: foi realizada através do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS). O GMFCS é um instrumento amplamente utilizado para classificar o grau de comprometimento motor em crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral por ser simples, válido e confiável (MORRIS; BARTLETT, 2004; SILVA, DBR; PFEIFER, LI; FUNAYAMA, CAR, 2013), além de ter sido adaptado transculturalmente para o Brasil (HIRATUKA; MATSUKURA; PFEIFER, 2010). A escala apresenta cinco níveis ordinais. O que caracteriza a diferença entre os níveis é o conhecimento das incapacidades da criança/adolescente e do nível de assistência de que o indivíduo necessita, baseando-se na função motora grossa em atividades diárias com ênfase na mobilidade e no ficar sentado. Esta classificação engloba a faixa etária de zero a 18 anos, subdivididas nas idades de zero a 2, 2 a 4, 4 a 6, 6 a 12 e 12 a 18 anos de idade. (PALISANO *et al.*, 2000; PALISANO *et al.*, 2008). (ANEXO A)

3.4 Variáveis do estudo

- Perfil socioeconômico e demográfico do cuidador/responsável

- Principal cuidador
- Idade do cuidador/responsável
- Região de moradia (Recife e Região Metropolitana, Zona da Mata, Agreste, Sertão e outros Estados)

- Grau de instrução da mãe/responsável/cuidador (não estudou, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo, superior incompleto, superior completo)
- Benefício do governo recebido pela criança
- Renda mensal da família

- Caracterização demográfica, do comprometimento motor e uso de anticonvulsivantes

- Sexo
- Idade
- Grau de comprometimento motor (I, II, III, IV ou V)
- Uso de anticonvulsivantes (frequência diária, tempo de uso)

- Hábitos alimentares e de higiene bucal

- Via de alimentação (oral, sonda/gastrostomia)
- Consistência dos alimentos (sólido, líquido, pastoso)
- Quem realiza os cuidados de higiene bucal (a própria criança/adolescente e/ou cuidador)
- Materiais utilizados para promover a higiene bucal (gaze umedecida/fralda, escova de dente, fio dental)
- Frequência diária da higiene bucal (uma, duas e três vezes ou mais)
- Cuidados bucais diários (1-10, 11-20 minutos)
- Opinião dos pais/cuidadores sobre dificuldades encontradas para realizar a higiene bucal.

- Trajetória da criança/adolescente nos cuidados odontológicos

- Idade da primeira visita ao dentista
- Frequência de consultas odontológicas nos últimos 12 meses
- Transporte utilizado para ir ao serviço odontológico
- Tipo de serviço odontológico utilizado (privado ou público)
- Motivo da última consulta odontológica (continuação de tratamento, urgência, revisão)
- Opinião dos pais/cuidadores sobre as barreiras encontradas quanto aos cuidados odontológicos

- Opinião dos pais/cuidadores sobre sua saúde bucal e sobre a saúde bucal da criança e/ou adolescente com Paralisia Cerebral

- Autopercepção quanto à sua própria saúde bucal (boa, regular, ruim)
- Acesso dos pais/cuidadores aos cuidados odontológicos
- Tipo de serviço odontológico utilizado pelo cuidador/responsável (privado ou público)
- Avaliação da necessidade de cuidados de higiene bucal das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral (maior necessidade que outros indivíduos, igual necessidade de cuidados bucais, sem necessidade de tais cuidados)
- Opinião sobre os problemas bucais das crianças/adolescentes sob seus cuidados
- Consequências dos problemas bucais das crianças/adolescentes sob a ótica dos pais/cuidadores (dor de dente, estresse no tratamento, na alimentação, estética dos dentes, alteração no comportamento)
- Sugestões dos cuidadores/responsáveis sobre o que precisa melhorar nos cuidados em saúde bucal a crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral

3.5 Procedimentos da coleta de dados

Antes do início da coleta de dados foi realizado estudo piloto com 10 cuidadores/responsáveis para adequar as perguntas do instrumento de coleta e padronização no modo de realizar as entrevistas.

A estratégia da coleta de dados consistiu inicialmente de uma triagem para recrutamento de cuidadores/responsáveis das crianças e adolescentes que atendiam aos critérios de elegibilidade. Em seguida foi explicado ao cuidador/responsável pela criança/adolescente o propósito da pesquisa, sendo em seguida convidado a participar do estudo e solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Houve apenas uma recusa de um cuidador em participar da pesquisa, sendo esta por motivos pessoais.

A coleta de dados foi realizada pela Cirurgiã-Dentista responsável pelo projeto através de entrevista com os cuidadores/responsáveis pelas crianças utilizando instrumento (formulário) com a maioria de perguntas fechadas e pré-codificadas e algumas questões abertas sobre a percepção dos cuidadores/responsáveis em relação aos cuidados odontológicos e opinião sobre sua saúde bucal e a saúde bucal da criança e/ou adolescente. (APÊNDICE A)

3.6 Análise estatística

Os dados foram digitados em dupla entrada, para correção dos erros de digitação, e analisados no pacote estatístico Epi-Info 3.5.4 para Windows (CDC, Atlanta).

As análises descritivas foram apresentadas sob a forma de valores absolutos com respectivos percentuais. De forma exploratória, os testes do Qui-quadrado com correção de Yates para as tabelas binárias e exato de Fisher, quando indicado, foram utilizados para verificar associação entre as condições socioeconômicas e demográficas familiares, hábitos de higiene bucal e cuidados odontológicos com a gravidade da Paralisia Cerebral. Para esta análise a gravidade da Paralisia Cerebral foi agrupada em duas categorias: leve/moderada (graus I, II e III) e grave (graus IV e V). Adotou-se valor de $p < 0,05$ como estatisticamente significante.

3.7 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE registrado com número do parecer 1.979.046. (ANEXO B)

As crianças/adolescentes que apresentaram déficit nos cuidados em saúde bucal foram encaminhadas para tratamento clínico odontológico no ambulatório da disciplina de Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais e Odontologia Hospitalar do Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

3.8 Limitações metodológicas

Dentre as limitações dos estudos série de casos destacamos o viés de seleção, no entanto, este viés foi minimizado pela inclusão de todos os cuidadores/responsáveis dos indivíduos com Paralisia Cerebral que frequentavam os locais e no período de tempo estipulado para o estudo. Além desse, destacamos o viés recordatório quando o entrevistado presta informações imprecisas por dificuldade em recordar fatos passados. Este viés foi minimizado com o estímulo aos responsáveis quanto a responderem ao instrumento de maneira clara, com o tempo necessário para pensarem e estarem seguros das respostas. E por fim, o viés da resposta socialmente desejável no qual o informante deliberadamente não relata o que realmente aconteceu, por receio de algum julgamento por parte do pesquisador,

prestando informação que seria socialmente aceitável. Esses vieses juntamente ao tipo de estudo limitam a generalização dos resultados para outras populações de pacientes.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Participaram do estudo 94 mães/cuidadores de crianças e adolescentes com diagnóstico de Paralisia Cerebral na faixa etária entre cinco e 18 anos de idade. O cuidador principal foi representado mais frequentemente pelas mães (87,2%) com discreto predomínio (38,2%) na faixa etária de 40 anos ou mais, cerca de dois terços tinham nove anos ou mais de escolaridade e recebiam renda mensal de até dois salários mínimos, conforme a Tabela 1. Em relação ao grau de comprometimento motor das crianças/adolescentes, avaliado através do GMFCS, 31 (33%) apresentaram comprometimento leve/moderado (níveis I, II e III) e 63 (67%) comprometimento grave (níveis IV e V). A maioria (67%) tinha idade entre cinco e nove anos, 64,9% era do sexo masculino e 66% eram procedentes do Recife e Região Metropolitana. Quanto aos cuidados odontológicos, 8,5% referiu nunca ter ido ao dentista e, entre os que foram, fizeram a primeira visita entre um e cinco anos de idade (82,6%).

Quase metade da população (54,2%) foi obtida no Hospital das Clínicas da UFPE, onde houve um maior percentual de crianças e adolescentes com paralisia cerebral de nível grave, conforme apresentado na Figura 1.

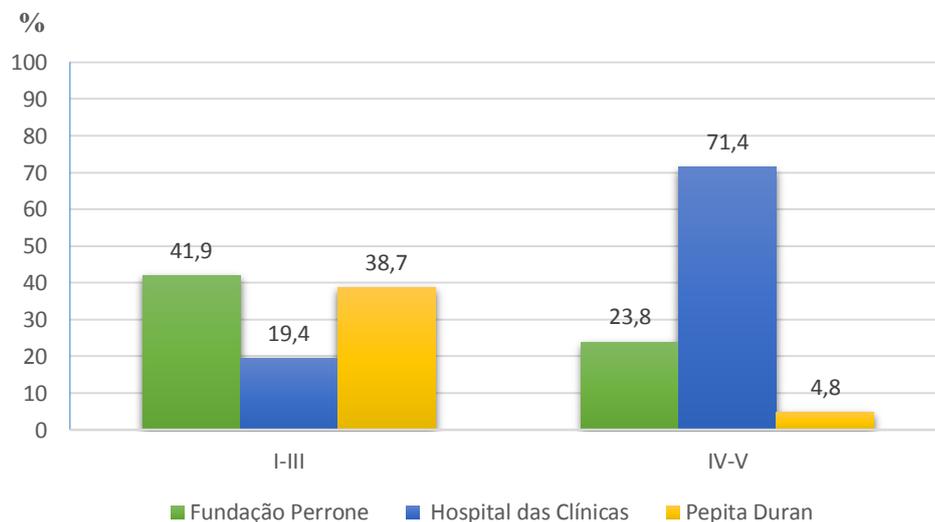


Figura 1. Distribuição percentual das crianças/adolescentes com paralisia cerebral, de acordo com o grau de comprometimento motor, nas três instituições pesquisadas, Recife, 2017

Tabela 1. Características das mães/cuidadores e das crianças/adolescentes com paralisia cerebral de acordo com o grau de comprometimento motor. Recife, 2017

Variáveis	Paralisia Cerebral			
	Total	Leve/Moderado	Grave	<i>p</i>
	N (%)	n (%)	n (%)	
MÃE/CUIDADOR				
Renda familiar mensal (SM)				
≤ 2	73 (77,7)	17 (54,8)	56 (88,9)	<0,001
>2	21 (22,3)	14 (45,2)	7 (11,1)	
Recebe benefício				
Sim	78 (83,0)	19 (61,3)	59 (93,7)	<0,001
Não	16 (17,0)	12 (38,7)	4 (6,3)	
Região de moradia				
Recife e RMR	62 (66,0)	27 (87,1)	35 (55,6)	0,005
Zona da Mata/Agreste/Sertão	32 (34,0)	4 (12,9)	28 (44,4)	
Idade (anos)				
20-29	29 (30,9)	4 (12,9)	25 (39,6)	0,01
30-39	29 (30,9)	10 (32,3)	19 (30,2)	
≥40	36 (38,2)	17 (54,8)	19 (30,2)	
Escolaridade (anos)				
≤ 8	34 (36,2)	10 (32,3)	24 (38,1)	0,74
≥9	60 (63,8)	21 (67,7)	39 (61,9)	
CRIANÇA/ADOLESCENTE				
Idade (anos)				
5-9	63 (67,0)	17 (54,8)	46 (73,0)	0,12
10-18	31 (33,0)	14 (45,2)	17 (27,0)	
Sexo				
Masculino	61 (64,9)	20 (64,5)	41 (65,1)	0,86
Feminino	33 (35,1)	11 (35,5)	22 (34,9)	
Uso de anticonvulsivante				
Sim	64 (68,1)	11 (35,5)	53 (84,1)	<0,001
Não	30 (31,9)	20 (64,5)	10 (15,9)	
Frequência diária (n=64)				
1-2 vezes	10 (15,6)	2 (18,2)	8 (15,1)	0,55*
3 vezes	54 (84,4)	9 (81,8)	45 (84,9)	
Tempo de uso (anos) (n=64)				
≤ 2	51 (79,7)	9 (81,8)	42 (79,2)	0,61*
>2	13 (20,3)	2 (18,2)	11 (20,8)	
Via de alimentação				
Oral	69 (73,4)	30 (96,8)	39 (61,9)	<0,001
Sonda/gastrostomia	25 (26,6)	1 (3,2)	24 (38,1)	
Consistência dos alimentos				
Líquida/pastosa	50 (53,2)	6 (19,4)	44 (69,8)	<0,001

Sólida	3 (3,2)	1 (3,2)	2 (3,2)
Todas	41 (43,6)	24 (77,4)	17 (27,0)

*Teste Exato de Fisher; SM=Salário mínimo

Observa-se na Tabela 1 percentual significativamente maior de crianças/adolescentes com paralisia cerebral grave procedente da Zona da Mata, Agreste e Sertão, pertencente à baixa renda, com mãe/cuidador mais jovem, em uso de anticonvulsivante, alimentando-se através de sonda/gastrostomia com alimentos de consistência líquida/pastosa quando comparados aos com paralisia cerebral leve à moderada.

Na Tabela 2 são apresentados os hábitos de higiene bucal realizados entre os dois grupos de crianças/adolescentes com paralisia cerebral. Entre as crianças/adolescentes com PC mais grave, verificou-se percentual significativamente maior de higiene bucal realizada apenas pelo cuidador, com dificuldade em realizá-la, pois o paciente não coopera/morde a escova, com utilização de gaze/fralda umedecida e ausência do uso do fio dental.

Tabela 2. Hábitos de higiene bucal de crianças e adolescentes com paralisia cerebral de acordo com o grau de comprometimento motor. Recife, 2017

Variáveis	Paralisia Cerebral			p
	Total	Leve/Moderada	Grave	
	N (%)	n (%)	n (%)	
Quem higieniza				
Criança com/sem cuidador	25 (26,6)	21 (67,7)	4 (6,3)	<0,001
Apenas cuidador	69 (73,4)	10 (32,3)	59 (93,7)	
Frequência diária HB				
1-2 vezes	46 (48,9)	15 (48,4)	31 (49,2)	0,88
≥ 3 vezes	48 (51,1)	16 (51,6)	32 (50,8)	
Cuidados bucais diários (min)				
1-10	82 (87,2)	28 (90,3)	54 (85,7)	0,39*
11-20	12 (12,8)	3 (9,7)	9 (14,3)	
Dificuldade de realizar a HB				
Sim	69 (73,4)	19 (61,3)	50 (79,4)	0,10
Não	25 (26,6)	12 (38,7)	13 (20,6)	
Morde escova/não coopera (n=69)				
Sim	62 (89,9)	14 (73,7)	48 (96,0)	0,01*
Não	7 (10,1)	5 (26,3)	2 (4,0)	
Uso de escova dental				
Sim	92 (97,9)	31 (100,0)	61 (96,8)	0,45*
Não	2 (2,1)	0 (0,0)	2 (3,2)	
Uso de gaze/fralda umedecida				
Sim	46 (48,9)	5 (16,1)	41 (65,1)	<0,001
Não	48 (51,1)	26 (83,9)	22 (34,9)	
Uso do fio dental				
Sim	16 (17,0)	12 (38,7)	4 (6,3)	<0,001
Não	78 (83,0)	19 (61,3)	59 (93,7)	

*Teste Exato de Fisher; HB: Higiene Bucal

A Tabela 3 mostra o relato das mães/cuidadores sobre o acesso odontológico realizado alguma vez na vida da criança/adolescente ou nos últimos 12 meses. Não observamos diferenças significantes em relação aos cuidados em saúde bucal entre os dois grupos estudados.

Tabela 3. Relato das mães/cuidadores sobre o acesso odontológico de crianças e adolescentes com paralisia cerebral de acordo com o grau de comprometimento motor, Recife, 2017

Variáveis	Paralisia Cerebral			p
	Total	Leve/Moderada	Grave	
	N (%)	n (%)	n (%)	
Algum dentista já recusou atendimento?				
Sim	30 (31,9)	6 (19,4)	24 (38,1)	0,11*
Não	64 (68,1)	25 (80,6)	39 (61,9)	
Foi alguma vez ao dentista				
Sim	86 (91,5)	28 (90,3)	58 (92,1)	0,52*
Não	8 (8,5)	3 (9,7)	5 (7,9)	
Idade primeira visita ao dentista (anos) (n=86)				
1-5	71 (82,6)	21 (75,0)	50 (86,2)	0,16*
6-12	15 (17,4)	7 (25,0)	8 (13,8)	
Transporte utilizado (n=86)				
Carro	24 (27,9)	11 (39,3)	13 (22,4)	0,22
Ônibus	44 (51,2)	13 (46,4)	31 (53,5)	
A pé	18 (20,9)	4 (14,3)	14 (24,1)	
ÚLTIMOS 12 MESES				
Visita ao dentista (n=94)				
Nenhuma	26 (27,7)	7 (22,6)	19 (30,2)	0,59
≥1	68 (72,3)	24 (77,4)	44 (69,8)	
Tipo de serviço (n=68)				
Privado	24 (35,3)	10 (55,6)	14 (28,0)	0,07
Público	44 (64,7)	8 (44,4)	36 (72,0)	
Motivo da visita (n=68)				
Revisão	36 (52,9)	15 (62,5)	21 (47,7)	0,30*
Urgência/Tratamento	32 (47,1)	9 (37,5)	23 (52,3)	
Dificuldades na visita ao dentista (n=68)				
Sim	27 (39,7)	8 (33,3)	19 (43,2)	0,59
Não	41 (60,3)	16 (66,7)	25 (56,8)	

*Teste exato de Fisher

Na Tabela 4 são apresentadas as dificuldades relatadas pelas mães/cuidadores quanto ao acesso aos cuidados odontológicos. Houve uma proporção significativamente maior de

mães/cuidadores que relataram dificuldade quanto ao transporte e à acessibilidade ao serviço odontológico entre as crianças/adolescentes com paralisia cerebral grave.

Tabela 4. Dificuldades relatadas pelas mães/cuidadores quanto ao acesso aos cuidados odontológicos de crianças/adolescentes com paralisia cerebral de acordo com o grau de comprometimento motor, Recife, 2017

Variáveis	Paralisia Cerebral			p
	Total	Leve/Moderada	Grave	
	N (%)	n (%)	n (%)	
Enfrentou barreiras				
Sim	74 (78,7)	24 (77,4)	50 (79,4)	0,95
Não	20 (21,3)	7 (22,6)	13 (20,6)	
Não encontrou o serviço (n=74)				
Sim	52 (70,3)	16 (66,7)	36 (72,0)	0,84
Não	22 (29,7)	8 (33,3)	14 (28,0)	
Dificuldade com transporte (n=74)				
Sim	38 (51,4)	8 (33,3)	30 (60,0)	0,05
Não	36 (48,6)	16 (66,7)	20 (40,0)	
Dificuldade com distância (n=74)				
Sim	36 (48,6)	8 (33,3)	28 (56,0)	0,11
Não	38 (51,4)	16 (66,7)	22 (44,0)	
Criança não colabora (n=74)				
Sim	44 (59,5)	12 (50,0)	32 (64,0)	0,37
Não	30 (40,5)	12 (50,0)	18 (36,0)	
Baixa oferta de dentista (n=74)				
Sim	70 (94,6)	23 (95,8)	47 (94,0)	0,61*
Não	4 (5,4)	1 (4,2)	3 (6,0)	
Falta de humanização do dentista (n=74)				
Sim	50 (67,6)	13 (54,2)	37 (74,0)	0,14
Não	24 (32,4)	11 (45,8)	13 (26,0)	
Falta de acessibilidade - estrutural/arquitetônica (n=74)				
Sim	58 (78,4)	14 (58,3)	44 (88,0)	0,009
Não	16 (21,6)	10 (41,7)	6 (12,0)	

*Teste Exato de Fisher; SB: Saúde Bucal

A Tabela 5 mostra a percepção das mães/cuidadores sobre a sua saúde bucal e a saúde bucal da criança/adolescente. Verificam-se percentuais significativamente maiores de mães/cuidadores que percebem uma maior necessidade de cuidados na higiene bucal da criança e do adolescente com PC grave. A maioria (94,6%) das mães/cuidadores informou que os problemas na saúde bucal podem gerar consequências. Dentre estas, uma proporção

significante maior mencionou a ocorrência de dor dente, prejuízo na estética dos dentes e no comportamento da criança/adolescente com paralisia cerebral grave.

Tabela 5. Percepção das mães/cuidadores sobre sua saúde bucal e a saúde bucal da criança/adolescente com paralisia cerebral de acordo com o grau de comprometimento motor, Recife, 2017

Variáveis	Paralisia Cerebral			p
	Total N (%)	Leve/Moderada n (%)	Grave n (%)	
Autoavaliação mãe/cuidador da saúde bucal (n=94)				
Satisfatória (boa ou regular)	67 (71,3)	23 (74,2)	44 (69,8)	0,84
Precisa melhorar (ruim)	27 (28,7)	8 (25,8)	19 (30,2)	
Acesso ao dentista (n=94)				
Sim	62 (66,0)	21 (67,7)	41 (65,1)	0,98
Não	32 (34,0)	10 (32,3)	22 (34,9)	
Tipo de serviço (n=62)				
Privado	32 (51,6)	13 (61,9)	19 (46,3)	0,37
Público	30 (48,4)	8 (38,1)	22 (53,7)	
Necessidade de higiene bucal da criança/adolescente?				
Maior necessidade de cuidados	53(56,4)	11 (35,5)	42 (66,7)	0,008
Igual aos demais cidadãos	41(43,6)	20 (64,5)	21 (33,3)	
Criança/adolescente possui problemas de SB atualmente?				
Sim	74 (78,7)	23 (74,2)	51 (81,0)	0,62*
Não	20 (21,3)	8 (25,8)	12 (19,0)	
Problemas na SB geram consequências? (n=74)				
Sim	70 (94,6)	22 (95,7)	48 (94,1)	0,63*
Não	4 (5,4)	1 (4,3)	3 (5,9)	
CONSEQUÊNCIAS DOS PROBLEMAS BUCAIS				
Causam dor de dente (n=70)				
Sim	65 (92,9)	18 (81,8)	47 (97,9)	0,03*
Não	5 (7,1)	4 (18,2)	1 (2,1)	
Causam estresse (n=70)				
Sim	62 (88,6)	18 (81,8)	44 (91,7)	0,20*
Não	8 (11,4)	4 (18,2)	4 (8,3)	
Afetam a alimentação (n=70)				
Sim	54 (77,1)	18 (81,8)	36 (75,0)	0,74
Não	16 (22,9)	4 (18,2)	12 (25,0)	
Afetam o comportamento (n=70)				
Sim	66 (94,3)	18 (81,8)	48 (100,0)	0,008
Não	4 (5,7)	4 (18,2)	0 (0,0)	*
Afetam a estética dental (n=70)				
Sim	64 (91,4)	17 (77,3)	47 (97,9)	0,01*
Não	6 (8,6)	5 (22,7)	1 (2,1)	

*Teste Exato de Fisher; SB: Saúde Bucal

A Figura 2 apresenta sugestões de noventa mães/cuidadores da amostra total sobre melhorias que poderiam ser realizadas nos cuidados em saúde bucal das crianças/adolescentes com paralisia cerebral. Destacam-se a necessidade de mais dentistas especializados para atendimento a pessoas com Necessidades Especiais (91,1%), seguido de maior facilidade de transporte (46,6%).

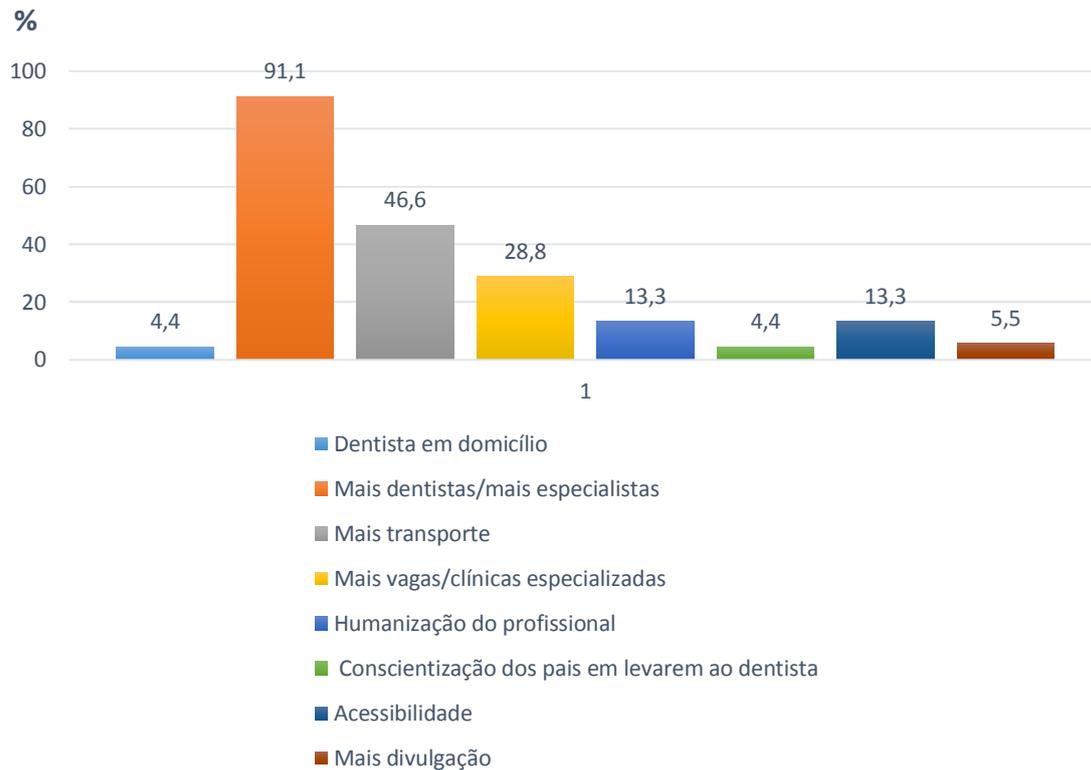


Figura 2. Distribuição percentual das sugestões prestadas pelas mães/cuidadores sobre o que precisa melhorar nos cuidados em saúde bucal de crianças/adolescentes com paralisia cerebral, Recife, 2017

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a visão dos pais e cuidadores quanto aos cuidados odontológicos de 94 crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral (PC), de acordo com sua gravidade. Dentre os principais achados observamos que os sujeitos com PC grave tinham condições socioeconômicas menos favorecidas, procediam do interior do Estado e referiram dificuldades de transporte e de falta de acessibilidade aos serviços odontológicos. As mães/cuidadores perceberam uma maior necessidade de higiene bucal da criança/adolescente e como principais consequências dos problemas de saúde bucal, citaram a dor de dente, a estética bucal e a alteração do comportamento do indivíduo.

Uma melhor renda e escolaridade dos pais proporcionam um melhor conhecimento sobre os fatores que influenciam a saúde de um modo geral e, mais especificamente, na adoção de cuidados com a saúde bucal dos filhos (SILVA; FREITAS, 2011). Entende-se que cuidar de uma criança com deficiência aumenta a demanda de recursos, pois os gastos são três vezes maiores do que com crianças típicas (BALTOR E DUPAS; 2013). Além de que com recursos financeiros restritos, essa realidade possa exercer influência na atenção aos cuidados prestados a essa população e na qualidade de vida da criança/adolescente com deficiência (ASSIS-MADEIRA; CARVALHO; BLASCOVI-ASSIS, 2013).

Além disso, a sobrecarga dessas mães e o excesso de responsabilidade podem estar aumentados de acordo com um maior nível de comprometimento motor da criança ou adolescente sob seus cuidados (GONDIM; CARVALHO, 2012; PEREIRA *et al.*, 2014; SMEHA *et al.*, 2017), gerando acúmulo de atividades diárias, e conseqüentemente um adiamento ou mesmo esquecimento das práticas de higiene bucal, necessitando ser motivadas para não as negligenciar (CAMPANARO; HUEBNER; DAVIS, 2014).

Crianças e adolescentes com necessidades especiais possuem elevada dependência de um cuidador para realizar sua higiene bucal, incluindo aqueles com desordens neuromotoras (CAMPANARO; HUEBNER; DAVIS, 2014; NASILOSKI *et al.*, 2015). Neste estudo, foi verificada maior necessidade desse auxílio nos indivíduos com comprometimento motor mais grave. Assim, dar condições à família, especialmente às mães, de proporcionarem uma dieta e adequada higiene bucal, devem ser a primeira medida para assegurar a saúde bucal destes pacientes (TRENTIN; SILVA; LINDEN, 2010; CARVALHO *et al.*, 2011; MENCHACA; ALANIS, SILVA, 2011; BHANDARY *et al.*, 2013)

Quanto ao grau de comprometimento motor das crianças/adolescentes avaliado através do GMFCS, a maioria apresentou comprometimento motor grave (graus IV e V), sendo, grande parte destes, pacientes do Hospital das Clínicas da UFPE. Entende-se que indivíduos com paralisia cerebral podem ter, associados ao prejuízo motor, comorbidades gastrointestinais incluindo disfagias, disfunção oromotoras com dificuldades para se alimentar, aumento de risco de infecções respiratórias crônicas, convulsões/epilepsias e má nutrição (SULLIVAN, 2008; MENEZES; SANTOS; ALVES, 2017) sendo necessário, portanto, o atendimento na atenção terciária como o realizado no setor de gastroenterologia pediátrica deste hospital.

A via de alimentação predominante nos indivíduos graves do estudo foi a via complementar (gastrostomia), com utilização de alimentos líquidos/pastosos, sendo de suma importância frisar a realização da higiene bucal independente da via de alimentação. Estudos com indivíduos gastrostomizados mostraram a grande ocorrência na deposição de placa bacteriana patogênica, resultando em inflamação gengival e depósito do cálculo dentário, levando a uma influência negativa nas condições bucais, se correlacionando também com propriedades salivares acidogênicas e com a microbiota oral (JAWADI *et al.*, 2004; BROWN *et al.*, 2006; PREVITALI; SANTOS; 2009; HIDAS *et al.*, 2010).

Devido à ineficiência dos músculos orofaciais, dificuldades de deglutição e inabilidade correta da língua encontrada nessa população, a consistência alimentar precisa ser diferenciada, sendo predominantemente líquida/pastosa, concordando com vários estudos na literatura, mencionando a oferta de alimentos pastosos, ricos em carboidratos, fáceis de aceitação em crianças e adolescentes com PC (ABANTO *et al.*, 2009; KATZ, 2012; SOARES *et al.*, 2013; SINHA *et al.*, 2015).

A retenção de alimentos com essa consistência às superfícies dentárias associada à deficiente higiene bucal representa um dos principais fatores que causam a cárie dentária e as doenças periodontais nesses indivíduos, tornando-se de extrema importância informação e aconselhamento sobre a dieta no controle dessas doenças (TOLEDO, 2005; SANTOS *et al.*, 2009; CORREA, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2011).

O uso prolongado de medicações como os anticonvulsivantes é outro fator relevante para a saúde bucal desses indivíduos, já que faz parte da rotina de muitos deles, principalmente se tratando de pacientes com maior déficit neuromotor. Esses fármacos possuem elevado potencial cariogênico devido à quantidade de açúcar (sacarose), a fim de serem mais palatáveis, principalmente pelas crianças; reduzem o fluxo salivar e acarretam hiperplasia gengival, contribuindo para o aumento do risco de desenvolvimento de doenças

buciais (TOLEDO, 2005; SIQUEIRA *et al.*, 2007; SOARES *et al.*, 2013). Portanto, verifica-se a importância de orientar os cuidadores quanto às alterações bucais decorrentes destas medicações, seus efeitos deletérios na dentição e a importância da escovação após sua administração (FISHER, 2012; TRENTIN; SILVA; LINDEN, 2010)

A percepção dos cuidadores de que as crianças/adolescentes com PC possuem uma maior necessidade desses cuidados e o reconhecimento das possíveis consequências advindas de problemas bucais – em afetar a estética bucal e o comportamento do indivíduo, como também causar dor dente – demonstram que esses cuidadores mostram-se preocupados com relação ao estado bucal atrelado à gravidade da PC, sendo fundamental a conscientização dessas mães/cuidadores para a efetivação de cuidados odontológicos a essas crianças e adolescentes (GATICA-ROJAS, 2017).

No âmbito domiciliar, as dificuldades mencionadas quanto à realização da higiene bucal se deram principalmente quanto à limitação da abertura de boca, conforme visto também em outros estudos (SANTOS; NOGUEIRA, 2005; SINHA *et al.*, 2015; NASILOSKI *et al.*, 2015). O termo referido como ‘morde escova/não coopera’ mostrou-se relevante para as crianças e adolescentes com níveis IV e V do GMFCS, devendo isso ao fato de que os indivíduos com PC possuem reflexo de mordida, um reflexo primitivo infantil, que promove elevação da mandíbula e, conseqüentemente, fechamento bucal.

Para Santos e Nogueira (2009) quanto mais grave o dano neurológico desses indivíduos, mais frequente é a presença deste reflexo de mordida e conseqüentemente, maior o risco de desenvolver doenças bucais devido à dificuldade em realizar uma adequada higiene bucal. A higiene bucal pode ser dificultada aliando-se à presença desse reflexo primitivo, de sialorréia, ânsia de vômito, possibilidade de aspiração e à falta de colaboração da criança/adolescente (GATICA-ROJAS, 2017). Esses fatores também podem gerar dificuldades para o atendimento no consultório odontológico, devendo o profissional lançar mão de técnicas para superar as adversidades que surjam durante a consulta (NIH, 2009).

Todos os cuidadores relataram usar escova de dentes e creme dental, no entanto, a maior frequência de utilização de gaze/fralda umedecida e a baixa adesão ao fio dental rotineiramente foram comumente vistos em crianças e adolescentes com paralisia cerebral grave. Ainda que o fio dental seja imprescindível para a desorganização do biofilme nos espaços interdentais, a ausência rotineira desse hábito também foi visualizada em outros estudos com crianças e adolescentes especiais (AZRINA; NORZULIZA; SAUB, 2007; SACCHETTO *et al.*, 2013; NASILOSKI *et al.*, 2015). Visando facilitar esta etapa da higiene bucal, deve-se estimular o uso do porta-fio dental, sendo indicado para pacientes com

deficiências motoras e com maior aceitabilidade por indivíduos mais jovens, por causar menos traumas aos tecidos gengivais (PARIZOTTO *et al.*, 2009).

A gaze/fralda umedecida como meio de higienizar a cavidade bucal tem seu uso correto, como coadjuvante, na condição de retirar o excesso de creme dental na cavidade bucal após a escovação dental, a fim de evitar uma aspiração acidental (KATZ, 2012). Por outro lado, deve ser desencorajado o uso deste material como ferramenta principal de higienização bucal através de orientações aos cuidadores sobre os benefícios dos demais materiais de higiene bucal (escova de dental, creme dental e fio dental).

As escovas dentais também podem sofrer uma série de adaptações para atender os indivíduos especiais, além do emprego de abridores de boca para uso domiciliar, devendo este ser indicado para indivíduos menos colaboradores que possuam distúrbios neuropsicomotores. Esses abridores também podem ser fabricados manualmente, visando o baixo custo e a praticidade (FERGUSON; CINOTTI, 2009; CAMPOS *et al.*, 2009; PEIXOTO; ROCHA; FERNANDES, 2010; AGUIAR; ALVES, 2013). Portanto, deve ser estimulada a busca da superação das dificuldades durante a higiene bucal, entendendo-se que a conduta dos cuidadores pode ser condicionada pelo conhecimento que possuem e adquirem sobre os procedimentos adequados para tal.

Apesar da necessidade de um acompanhamento odontológico adequado, a OMS (2011), relatou que apenas 3% da população total de deficientes tiveram acesso aos tratamentos odontológicos (NASILOSKI *et al.*, 2015). Outros dados também revelaram um menor acesso a esses serviços por crianças e adolescentes com comprometimento físico ou mental mais grave (LEWIS, 2009; GARDENS *et al.*, 2014). Esse achado decorre, em parte, devido à falta de informação e de comprometimento dos responsáveis, ao custo muitas vezes elevado do tratamento, à presença de barreiras arquitetônicas, falta de serviços públicos e à ausência de capacitação profissional (CAMPOS *et al.*, 2009; AVENALI *et al.*, 2011). Esses desafios vêm diminuindo gradativamente ao longo dos anos com a instituição de políticas na área da saúde bucal, existindo ainda um longo caminho a ser percorrido, a fim de oferecer uma maior cobertura odontológica a essa população.

Neste estudo, foi evidenciado um baixo número de crianças e adolescentes que nunca foram ao dentista, podendo este dado estar relacionado a programas como o Brasil Sorridente e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), que no setor público, tem modificado a Atenção da Saúde Bucal no Brasil, através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, ampliando o acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), nos três níveis de atenção,

incluindo o atendimento odontológico qualificado aos indivíduos com deficiência. (PUCCA, 2004; BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Neste estudo, as crianças e adolescentes com paralisia cerebral que já tinham ido alguma vez ao dentista, o fizeram entre as idades de 1 e 5 anos, com frequência de ida ao dentista de ao menos uma vez nos últimos doze meses. Esses dados em nosso estudo não tiveram diferença significativa em relação à gravidade de PC, mas vale salientar que o ingresso no atendimento odontológico deve dar-se no máximo a partir dos seis meses de idade (nascimento dos primeiros dentes) (BRASIL, 2004), indicando-se também uma consulta a cada dois anos e até duas consultas odontológicas ao ano (BRASIL, 2002). Esta conduta é de suma importância, principalmente quando nos referimos a pacientes com predisposição a doenças bucais, como os indivíduos com paralisia cerebral.

As barreiras de acesso aos serviços odontológicos citadas pelos cuidadores como a falta de acessibilidade (estrutural/arquitetônica) e de transporte tiveram maior frequência entre os cuidadores de crianças e adolescentes com PC mais grave. Esse resultado corrobora outros estudos, em que o transporte e a acessibilidade são principais dificuldades vividas pelas mães de um filho com PC (SIMÕES *et al.*, 2013; SMEHA *et al.*, 2017).

Os indivíduos com maior gravidade neuromotora eram procedentes do interior do Estado, sendo necessário um melhor cumprimento de políticas públicas que incluam o transporte adaptado de qualidade e a acessibilidade, como vem ocorrendo com o projeto “Pernambuco Conduz – caminhos para a acessibilidade”, de iniciativa estadual, que consiste do atendimento especial gratuito facilitando a mobilidade de pessoas com alto nível de deficiência (PERNAMBUCO, 2010). Além disso, é importante a existência de calçadas pavimentadas adequadamente para viabilizar o manejo da cadeira de rodas, facilitando a rotina das mães/cuidadores e melhorando a qualidade de acesso de pessoas com PC, como na ida ao dentista.

Melhorias do acesso odontológico envolvendo aumento na oferta de dentistas que atendam crianças e adolescentes com paralisia cerebral foram as sugestões mais frequentes dos cuidadores. A baixa oferta de dentistas para atender pacientes especiais ainda é presente no Brasil, mesmo sendo um dos quatro países que tem a especialidade odontológica em pacientes especiais reconhecida e registrada, (FAULKS *et al.*, 2012), podendo esta defasagem estar relacionada à deficiência na formação acadêmica (PRABHU *et al.*, 2010; CARDOSO *et al.*, 2011).

Alguns cursos de capacitação para os profissionais da Odontologia no setor público poderiam ser promovidos facilitando o atendimento aos indivíduos com necessidades

especiais (CALDAS JR *et al.*, 2013). Entretanto, independente de possuir especialização na área, o Cirurgião-Dentista clínico deve estar preparado para o atendimento a esses indivíduos, compreendendo as deficiências e limitações que o cerca, e promovendo condutas odontológicas indicadas para cada caso (CARVALHO *et al.*, 2004).

Em suma, os resultados deste trabalho mostram que as crianças e adolescentes com paralisia cerebral de maior gravidade se encontram em piores situações socioeconômicas e possuem uma maior predisposição para desenvolver doenças bucais, como a cárie dentária, devido à dieta pastosa/líquida e à precária higiene bucal, comuns nesta população (presença do reflexo primitivo de mordida e utilização de materiais de higiene bucal como gaze/fralda umedecida). Além disso, há relatos de dificuldade de transporte e acessibilidade como fatores que influenciam na obtenção de cuidados odontológicos.

Conclui-se, portanto, a necessidade de iniciativas que promovam orientações aos cuidadores/familiares sobre a adoção de práticas cotidianas de higiene bucal juntamente a ações desenvolvidas pelos serviços odontológicos, como visitas frequentes ao Cirurgião-Dentista, diminuindo a ocorrência de doenças bucais e melhorando a qualidade de vida das crianças/adolescentes com PC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência de um cuidador para a adesão aos hábitos de higiene bucal em crianças e adolescentes com paralisia cerebral faz deste cuidador um ator fundamental frente aos cuidados desempenhados diariamente ao indivíduo deficiente, principalmente aquele com maior nível de comprometimento motor. Quando instituídos e realizados, desde a infância, esses hábitos contribuem sobremaneira para o desenvolvimento de um indivíduo com uma boa saúde bucal e conseqüentemente causando positivos impactos em sua qualidade de vida.

Os cuidados bucais ao serem instituídos precocemente e tiverem suporte dos pais e do Cirurgião-Dentista leva à redução da necessidade de tratamentos odontológicos mais complexos. Portanto, práticas de higiene bucal, escolha de materiais adequados para a realização destas em domicílio, ações preventivas no consultório odontológico e conscientização dos pais/cuidadores são pontos a serem evidenciados para uma crescente promoção de saúde bucal a essa população com necessidades especiais.

As intervenções em saúde bucal devem levar em conta a complexidade da associação dos diversos fatores causadores da paralisia cerebral. Ações em nível local são importantes, entretanto, é necessário o envolvimento de diversos setores e atores da sociedade, incluindo uma equipe interdisciplinar de saúde.

A nossa pesquisa demonstrou associações entre a gravidade de PC e o uso de anticonvulsivantes, maiores dificuldades quanto à acessibilidade e ao transporte, uma maior ocorrência de fechamento bucal durante a prática de higiene bucal e com o tipo líquido/pastoso de consistência alimentar. Fatores estes que influenciam diretamente na ocorrência de doenças bucais e na busca por serviços odontológicos. Porém, novos estudos por tempo prolongado se fazem necessários a fim de confirmar tais relações frente aos níveis de comprometimento motor.

Propomos programas com orientação voltada aos cuidadores/familiares sobre a adoção de práticas cotidianas (estímulo na realização de pequenos hábitos de higiene bucal pelas próprias crianças/adolescentes de níveis mais leves de PC e o uso do lúdico para favorecer a adesão e manutenção destes hábitos em todos os níveis de PC) e visitas frequentes ao Cirurgião-Dentista promovendo cuidados preventivos/curativos e orientações de saúde bucal a esses indivíduos e à sua família, além de ações que melhorem o apoio social a essas famílias e o acesso aos serviços odontológicos através da acessibilidade e do transporte.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

-
- ABANTO, J; BORTOLOTTI, R; CARVALHO, TS; ALVES, FBT; RAGGIO DP; CIAMPONI A.L. Avaliação dos hábitos alimentares de interesse odontológico em crianças com paralisia cerebral. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v.27, n.3, p. 244-8, 2009.
- ACADEMY OF GENERAL DENTISTRY. **Barriers and solutions to accessing care – to serve and protect the oral health of the public**. p.1-5, jul 2012. Acessado em: 23/04/2016. Disponível em: <https://www.agd.org/docs/default-source/advocacy-papers/agd-white-paper-barriers-to-care.pdf?sfvrsn=2>
- AGUIAR, SMHCA, ALVES, MCRR. Dental care for cerebral palsy patients using auxiliary resources to inhibit pathological tonic reflexes. **Archives of Health Investigation**, v.2, n.4, p.39-44, 2013
- AL AGILI, DE; ROSEMAN, J; PASS, MA; THORNTON, JB; CHAVERS, LS. Access to dental care in Alabama for children with special needs: parents' perspectives. **The Journal of the American Dental Association**, v.135, n.4, p.490–5, 2004.
- ALBERMAM, E; PECKAM, C. Cerebral palsy and perinatal exposure to neutropic viroses. **British Medical Journal**, v.332, p.63-64, 2006.
- ALMEIDA, ADG; FILOGÔNIO, CFB; SILVA, LCP; FONSECA, MS; PENIDO, CVSR; CRUZ, RA. Influência da Dieta e da Higiene Oral na Prevalência da Cárie Dentária de Crianças com Paralisia Cerebral. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v.11, n.3, p.433-38, jul/set, 2011.
- AMIN, M.; PEREZ, A; NYACHHVON, P. Barriers to Utilization of Dental Services for Children Among Low-Income Families in Alberta. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 80, n.1 p.1-9, 2014.
- ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L. **Improving access to care in America: individual and contextual indicators**. In: ANDERSEN, R. M.; RICE, T. H.; KOMINSKI, G. F. Changing the U. S. health care system: key issues in health services policy and management. 3rd ed. San Francisco: John Wiley&Sons, 2007.
- ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 1-28, 2005.
- ANDERSEN, RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of health and social behavior**, v. 36, p. 1-10, 1995.
- ASSIS-MADEIRA,E. A., CARVALHO,S. G., & BLASCOVI-ASSIS, S. M. Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de níveis socioeconômicos alto e baixo. **Revista Paulista de Pediatria**, v.31, n.1, p. 51-7, 2013.
- AURÉLIO, SR; GENARO, KF; MACEDO FILHO, ED. Análise comparativa dos padrões de deglutição de crianças com paralisia cerebral e crianças normais. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.68, n.2, p. 167-173, 2002.
- AVENALI L, GUERRA F, CIPRIANO L, CORRIDORE D, OTTOLENGHI L. Disabled patients and oral health in Rome, Italy: long-term evaluation of educational initiatives. **Annali Di Stomatologia (Roma)**, v.2, n.3-4, p.25-30, mar 2011.
- AZRINA AN, NORZULIZA G, SAUB R. Oral hygiene practices among the visually impaired adolescents. **Annals of Dentistry (ADUM)**, v.14, p.1-6, dec 2007.
- BALTOR, M; DUPAS, G. Experience from families of children with cerebral paralysis in context of social vulnerability. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.4, p.8-15, 2013.

BAX, M; GOLDSTEIN, M; ROSENBAUM, P; LEVITON, A; PANETH, N; DAN, B; JACOBSSON, B; DAMIANO, D. Proposed definition and classification of cerebral palsy. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 47, n. 8, p. 571-576, abril 2005

BEIL, H; MAYER, M; ROZIER, R. G. Dental care utilization and expenditures in children with special health care needs. **The Journal of American Dental Association**, v.140, n.9, p. 1147-1155, 2009.

BENFER, Katherine A. et al. Longitudinal study of oropharyngeal dysphagia in preschool children with cerebral palsy. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 97, n. 4, p. 552-560. e9, 2016.

BHANDARY S, SHETTY V, HEGDE AM, RAI K. Knowledge of care providers regarding the oral health care of visually impaired children. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**., v.37, n.4, p.385-9, 2013

BRASIL, Ministério da Saúde. **Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal** – Brasília –DF, 2016. Acessado em: 23/10/2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passa_a_passo_ceo.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral**. 1 ed. Brasília, 2013, 82p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_paralisia_cerebral.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. **Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793/GM, de 24/4/2012. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, n. 80, n. 2 abr, p.94, 2012.

BROWN L, CASAMASSIMO P, GRIFFEN A, TATAKIS D. Supragingival calculus in children with gastrostomy feeding: significant reduction with a caregiverapplied tartar-control dentifrice. **Pediatric Dentistry**, v.28, p. 410-414, 2006.

BROWN, T; FINLAYSON, T; FULTON, B; JAHEDI, S. The demand for dental care and financial barriers in accessing care among adults in California. **Journal of the California Dental Association**, v.37, n.8, p.539-547, 2009.

CALDAS JR; AF; MACHIAVELLI, JL et al., **Atenção e Cuidado da Saúde da Pessoa com Deficiência: introdução ao estudo**. (vol 1). Recife: Ed. Universitária, 2013, 70p.

CAMPANARO M, HUEBNER CE, DAVIS BE. Facilitators and barriers to twice daily tooth brushing among children with special health care needs. **Special Care in Dentistry**, v.34, n.4, p.185-92, jul-ago, 2014. <http://dx.doi.org/10.1111/scd.12057>. PMID:24252060

CAMPOS, CC; FRAZÃO, BB; SADDI, GL; MORAIS, LA; FERREIRA, MG; SETÚBAL, PCO, et al. **Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais**. 2 ed. Goiânia: Universidade Federal de Goiânia, 2009.

CANÇADO, FM; CARVALHO E SILVA, SR; PRETO, GF; ARAÚJO, VP. Perfil de pacientes con necesidades especiales. **Boletín Asociación Argentina de Odontología para Niños**, v.32, n.1, p.8-11, 2003.

CANS, C; DOLK, H; PLATT, MJ; COLVER, A; PRASAUSKIENE, A; RAGELOH-MANN, K. Recommendations from the SCPE collaborative group for defining and classifying cerebral palsy. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 49, n. s109 p. 35-38, 2007.

CARDOSO AMR; CAVALCANTI, YW; PADILHA, WVN. Impacto de programa de promoção em Saúde Bucal para cuidadores e crianças com Paralisia Cerebral. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.11, n.2, p. 223-229, 2011.

- CARDOSO, AMR; BRITO, DBA; ALVES, VF; PADILHA, WWN. O Acesso ao Cuidado em Saúde Bucal para Crianças com Deficiência Motora: Perspectivas dos Cuidadores **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n. 4, p. 593-99, out./dez., 2011.
- CARVALHO, ML; Silva FML, Barbosa FQ, Duarte FB, Barbosa KB, Figueiredo V, Borges TF. Deficiente? Quem? Cirurgiões-dentistas ou pacientes com necessidades especiais. **Revista Extensão**, v.4, n.1, p.65-71, 2004
- CARVALHO, RB; MENDES, RF; PRDO JR; RR; MOITA NETO, JM. Oral health and oral motor Function in children with cerebral palsy. **Special Care in Dentistry**, v.31, n.2, p.58-62, 2011.
- CATHERINE, MC; RODRIGUES, EM; RODRIGUES, MM; VILANOVA, LCP. Depressão, ansiedade e sonolência diurna m cuidadores primários de crianças com paralisia cerebral. **Revista Paulista de Pediatria**, v.29, n.4, p.483-8, dec. 2011.
- CORREA, MSNP. **Odontopediatria na primeira infância**. 3ed. São Paulo: Santos, 2010
- COSTA MHP, COSTA MABT, PEREIRA MF. Perfil clinico-epidemiológico de pacientes com Paralisia Cerebral assistidos em um centro de odontologia do Distrito Federal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 18, n.2, p.129-39, 2007
- DE CAMARGO MA, ANTUNES JL. Untreated dental caries in children with cerebral palsy in the Brazilian context. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.18, p. 131-8, 2008.
- DEMATTEI, RONDA R.; ALLEN, JESSICA; GOSS, BREANNA. A service-learning project to eliminate barriers to oral care for children with special health care needs. **The Journal of School Nursing**, v. 28, n. 3, p. 168-174, 2012.
- DODGE, NN. Cerebral Palsy: Medical Aspects. **Pediatric Clinics of North America**, v. 55, n. 5, p. 1189-1207, 2008.
- DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in healthcare**. New York: Oxford University Press; 2003, 240p.
- DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.
- DOUGHERTY, NJ. A review of cerebral palsy for the oral health professional. **Dental Clinics of North America**, v. 53, n.2, p.329-338, 2009.
- DU, RY; MCGRATH, C; YIU, CK; KING, NM. Oral health in preschool children with cerebral palsy: a case-control community-based study. **International Journal of Pediatric Dentistry**, v.20, n.5, p.330-335, 2010.
- EDWARDS, DM; MERRY, AJ. Disability part 2: access to dental services for disabled people. A questionnaire survey of dental practices in Merseyside. **British Dental Journal**, v.193, p. 253-255, 2002.
- FAIRHURST, C. Cerebral palsy: the whys and hows. **Archives of Disease in Childhood-Education and Practice**, v.97, n.4, p.122-31, aug 2012.
- FAULKS, D; FREEDMAN, L; THOMPSON, S; SAGHERI, D; DOUGALI, A. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. **European Journal of Dental Education**, v.16, p.195-201, 2012.
- FERGUSON, FS; CINOTTI, D. Home oral health practice: the foundation for desensitization and dental care for special needs. **Den Clin North**, v.53, n.2, p.375-87, abr 2009.
- FERNANDES, K; GUARÉ, R.O; VALENTIM, C. Utilização de abridor de baixo custo na higiene bucal de crianças portadoras de paralisia cerebral. **Revista de Odontologia da UNICID**, São Paulo, v.15, n.2, p.85-93, 2003.

- FIGUEIRA TR, LEITE ICG. Conhecimentos e práticas quanto a saúde bucal e suas influencias sobre os cuidados dispensados aos filhos. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.8, n.1, p.87-92, 2008.
- FISHER K. Is there anything to smile about? A review of oral care for individuals with intellectual and developmental disabilities. **Nursing Research and Practice**, 2012; 2012: 860692. doi:10.1155/2012/860692.
- FREEMAN, R. Social exclusion, barriers and accessing dental care: thoughts on planning responsive dental services. **Brazilian Journal of Oral Sciences**, v.1, n.1, p. 34-9, 2002.
- GARDENS, SJ; KRISHNA M, VELLAPPALLY S, ALZOMAN H, HALAWANY HS, ABRAHAM NB, et al. Oral health survey of 6-12-year-old children with disabilities attending special schools in Chennai, India. **International Journal of Paediatr Dentistry**, v.24, n.6, p.424-33, nov 2014,
- GATICA-ROJAS V. Cerebral palsy and oral health. **Journal of Oral Research**, v.6, n.3, p.60, 2017.
- GIZANI, S; KANDILOROU, H; KAVVADIA, K; TZOUTZAS, J. Oral health care provided by Greek dentists to persons with physical and/or intellectual impairment. **Special Care in Dentistry**, v.34, p.70-6, 2014
- GONCALVES GK, CARMAGNANI FG, CORREA MS, DUARTE DA, SANTOS MT. Dental erosion in cerebral palsy patients. **Journal of Dentistry for Children**, v.75, n.2, p. 117-20, 2008
- GONDIM, K. M. & CARVALHO, F. M. Z. Sentimentos das mães de crianças com paralisia cerebral à luz da teoria de Mishel. **Escola Anna Nery**, v.16, n.1, p.11-16. 2012.
- GONDIM, K., PINHEIRO, P., & CARVALHO, Z. Participação das mães no tratamento dos filhos com Paralisia Cerebral. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.10. n.4, p. 136-44, 2009.
- GUARE RO, CIAMPIONI AL. Prevalence of periodontal disease in the primary dentition of children with cerebral palsy. **Journal of Dentistry for Children**, v.71, n.1, p.27-32, 2004.
- GUAY, A.H. Access to dental care – Solving the problem for underserved populations. **The Journal American Dental Association**, v. 135, n.11, p.1599-1605, 2004.
- GUERREIRO PO, GARCIAS GL. Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral do município de Pelotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.5, p.1939-46, 2009;
- HIDAS, A; COHEN, J; BEERI, M; SHAPIRA, J; STEINBERG, D; MOSKOVITZ, M. Salivary bacteria and oral health status in children with disabilities fed through gastrostomy. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.20, p.179-185, 2010.
- HIRATUKA, E; MATSUKURA, T.S; PFEIFER, L.I. Adaptação transcultural para o Brasil do sistema de classificação da função motora grossa (GMFCS). **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.14, n.6, p.537-544, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n6/a13v14n6.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.
- HUANG, ST; HURNG, SJ; LIU, HY;CHEN, CC; HU, WC; TAI, YC; HSIAO, SY. The oral health status and treatment needs of institutionalized children with cerebral palsy in Taiwan, **Journal of Dental Sciences**, v.5, n.2, p.75-89, 2010..
- INSTITUTE OF MEDICINE AND NATIONAL RESEARCH COUNCIL. **Improving access to oral health care for vulnerable and underserved populations**. Washington, DC: The National Academies Press, jul 2011.
- JAN BM, JAN MM. Dental health of children with cerebral palsy. **Neurosciences**, v.21, n.4, p.314-318, 2016.
- JAWADI, AH; CASAMASSIMO, PS; GRIFFEN, A; ENRILE, B; MARCONE, M. Comparison of oral findings in special needs children with and without gastrostomy. **Pediatric Dentistry**, v.26, n.3, p. 283–288, 2004.
- JONES, MW; MORGAN, E; SHELTON, JE; THOROGOOD, C. Cerebral palsy: introduction and diagnosis (part 1). **Journal of Pediatric Health Care**, v. 21, n.3, p.146–152, 2007.

- KATZ, CRT. Integrated approach to outpatient dental treatment of a patient with cerebral palsy: a case report. **Special Care in Dentistry**, v.32, n.5, p. 210-217, 2012.
- KONERU, A; SIGAL, MJ. Access to Dental Care for Persons with Developmental Disabilities in Ontario. **Journal of Canadian Dental Association**, v. 75, n. 2, p. 121-121j, 2009.
- KRIGGER, K. W. Cerebral palsy: an overview. **American Family Physician**, v. 73, n.1, p.91-100, jan. 2006.
- KUMAR S, SHARMA J, DURAISWAMY P, KULKARNI S. Determinants for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v. 27, n.3, p. 151-7, 2009
- LEITE, JMRS; PRADO, GF. Paralisia cerebral: aspectos fisioterapêuticos e clínicos. **Revista Neurociências**, v. 12, n. 1, p. 41-45, 2004.
- LEMOS, ACO; KATZ, CRT. Oral health conditions and access to dental treatment in patients with cerebral palsy treated at a reference center in northeastern - Brazil. **Revista CEFAC**, v.14, n.5, p. 861-870, 2012.
- LEWIS, CW. Dental care and children with special health care needs: A population based perspective. **Academy Pediatrics**, v.9, n.6, p.420-426, 2009.
- LOSASSO, AM. Common oral findings in dental patients with cerebral palsy. **Access**, v.28, n.10, p.20, 2014.
- MENCHACA MHR, ALANIS TMG, SILVA RG. Guía para el cuidado de la salud oral en pacientes con necesidad de cuidados especiales de salud en México. **Revista de la Asociación Dental Mexicana**, v.68, n.5, p.222-8, 2011
- MENEZES, EC; SANTOS, FAH; ALVES, FL. Disfagia na paralisia cerebral: uma revisão sistemática. **Revista CEFAC**, v.19, n.4, p.565-574, jul-ago, 2017.
- 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. **Brazilian Oral Research**, v.25, n.4, p.319-23, jul-aug 2011
- MIAMOTO CB, RAMOS-JORGE ML, PEREIRA LJ, PAIVA SM, PORDEUS IA, MARQUES LS. Severity of malocclusion in patients with cerebral palsy: determinant factors. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v.138, n.4, p.394-395, 2010.
- MILBRATH, VM; CECAGNO, D; SOARES, DC; AMESTOY, SC; SIQUEIRA, HCH. Being a woman, mother to a child with cerebral palsy. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.21, n.33, p.427-31, 2008.
- MILLER, F; BACHRACH, S.J. **Cerebral palsy: a complete guide for caregiving**. Baltimore: John Hopkins, 1995. 469p.
- MIURA, R. T. & PETEAN, E. B. L. Paralisia cerebral grave: o impacto na qualidade de vida de mães cuidadoras. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v.20, n.1-2, p.7-12, 2012.
- MORRIS, C; BARTLETT, D. Gross Motor Function Classification System: impact and utility. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v.46, n.1, p.60-65, 2004.
- NASILOSKI, KS; SILVEIRA, ER; CÉSAR NETO, JB; SCHARDOSIM, LR. Avaliação das condições periodontais e de higiene bucal em escolares com transtornos neuropsicomotores. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.44, n.2, p 103-107, 2015.
- National Institutes of Health (National Institute of Dental and Craniofacial Research). **Practical Oral Care for People With Cerebral Palsy**, No. 09-5192, Reprinted July 2009.

NELSON, LP; GETZIN, A; GRAHAM, D; ZHOU, J; WAGLE, EM; MCQUISTON, J; MCLAUGHLIN, S; GOVIND, A; SADOV, M; HUNTINGTON, NL. Unmet dental needs and barriers to care for children with significant special health care needs. **Pediatric Dentistry**, v.33, n. 1, p. 29-36, 2011.

Organização Mundial da Saúde – OMS. **Relatório Mundial sobre a deficiência**. São Paulo: Secretaria do Estado dos Direitos da Pessoa com deficiência de São Paulo; 2011.

OWENS, J. Barriers to oral health promotion in the Republic of Ireland. **Scandinavian Journal of Public Health**, v.39, n.6, p 93–97, 2011.

PALISANO, R. J; ROSENBAUM, P; WALTER, S; RUSSELL, D; WOOD, E; GALUPPI, B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v.39, n.4, p. 214-223, 1997.

PALISANO, R. J.; ROSENBAUM, P; DOREEN BARTLETT, PT; LIVINGSTON, MH. Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v.50, n.10, p.744-750, 2008.

PALISANO, RJ; HANNA, SE; ROSENBAUM, PL; RUSSELL, DJ; WALTER, SD; WOOD , EP, ET AL. Validation of a model of gross motor function for children with cerebral palsy. **Physical therapy**, v.80, n.10, p. 974-985, 2000.

PARIZOTTO, SPCOL; RUSCHEL, HC; RODRIGUES, CRD; MOSELE, GTN. Eficácia de duas técnicas de utilização de fio dental e sua associação com a ocorrência de traumatismo gengival em crianças. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.9, n.1, p. 19-23, 2009.

PEIXOTO, ITA; ROCHA, CT; FERNANDES, PM. Auxiliary devices for management of special needs patients during in-office dental treatment or at-home oral care. **International Journal of Dentistry**, v.9, n.2, p.85-9, 2010.

PEREIRA, A. R. P. F., MATSUE, R. Y., VIEIRA, L. J. E. S., & PEREIRA, R. V. S. Análise do cuidado a partir das experiências das mães de crianças com paralisia cerebral. **Revista Saúde e Sociedade**, v.23, n.2, p.616-25, 2014.

PEREIRA, Luciane Maria Fagundes et al. Acessibilidade e crianças com paralisia cerebral: a visão do cuidador primário. **Revista Fisioterapia em Movimento**, v.24, n.2, p.299-306, apr/june 2011.

PERNAMBUCO. Lei nº 14.218, de 30 de Novembro de 2010. **Cria o Programa Pernambuco Conduz, e dá outras providências**. Acessado em: 24/10/2017. Disponível em: <http://www.peconduz.pe.gov.br/files/LEI%20N%C2%BA%2014.218.pdf>

PRABHU, NT; NUNN, JH; EVANS, DJ; GIRDLER, NM. Access to dental care - parent's caregivers' views on dental treatment services for people with disabilities. **Special Care in Dentistry**, v.30, n.2, p.35- 45, 2010.

PREVITALI, EF; SANTOS, MTBR. Cárie dentária e Higiene Bucal em Crianças com Paralisia Cerebral Tetraparesia Espástica com Alimentação por Vias Oral e Gastrostomia. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v.9, n.1, p.43-47, jan./abr., 2009.

PUCCA, JRG. Por um Brasil Sorridente. **Revista da ABO**, v.12, n.2, p.73-9, 2004.

REDDIHOUGH DS, COLLINS KJ. The epidemiology and causes of cerebral palsy. **Australian Journal of Physiotherapy**, v.49, n.1, p.7-12, 2003.

REDSTONE, F; WEST, J.F. The importance of postural control for feeding: in children with neurogenic disorders. **Pediatric Nursing**, v.30, n.2, p.97-100, mar.2004.

ROSENBAUM, P; PANETH, N; LEVITON, A; GOLDSTEIN, M; BAX, M. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 49, n. s109, p. 8-14, 2007.

- SACCHETTO, MSL; ANDRADE, NS; BRITO, MHSF; LIRA, DMMP; BARROS, SLLV. Evaluation of oral health in patients with mental disorders attended at the clinic of oral diagnosis of a public university. **Revista da Odontologia da UNESP**, v.42, n.5, p.344-9, set-out, 2013.
- SANDOR, E. R. S., MARCON, S. S., FERREIRA, N. M. L. A., & DUPAS, G. Demanda de apoio social pela família da criança com paralisia cerebral. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.16, n.2, p.417-25, 2014.
- SANTOS MT, NOGUEIRA ML. Infantile reflexes and their effects on dental caries and oral hygiene in cerebral palsy individuals. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.32, p. 880-5, 2005.
- SANTOS, A.T.L; COUTO, G.B.L. Atendimento odontológico ao paciente portador de paralisia cerebral. **International Journal of Dentistry**, Recife, v.7, n.2, p.133-141, abr/jun, 2008.
- SANTOS, MT; GUARE, RO; CELIBERTI, P; SIQUEIRA, WL. Caries experience in individuals with cerebral palsy in relation to oromotor dysfunction and dietary consistency. **Special Care in Dentistry**, v.29, n.5, p. 198-203, 2009.
- SANTOS, MTBR; BIANCARDI, M; GUARE, RO; JARDIM JR. Caries prevalence in patients with cerebral palsy and the burden of caring for them. **Special Care in Dentistry**, v.30, n.5, p.206-210, 2010.
- SANTOS, MTBR; MASIERO, D; NOVO, NF; SIMIONATO, MR. Oral conditions in children with cerebral palsy. **Journal of Dentistry for Children**, v.70, n.1, p.40-46, 2003.
- SANTOS, MTBR; MASIERO, D; SIMIONATO, MRL. Risk factors for dental caries in children with cerebral palsy. **Special Care in Dentistry**, v.22, n.3, p. 103-107, 2002.
- SANTOS, MTBR; NOGUEIRA, MLG. Infantile reflexes and their effects on dental caries and oral hygiene in cerebral palsy individuals. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.32, n.12, p. 880-885, 2005.
- SILVA, CX; BRITO, ED; SOUSA, FS; FRANÇA, ISX. Criança com paralisia cerebral: qual o impacto na vida do cuidador? **Rev Rene**, v.11, n.esp, p.204-14, 2010.
- SILVA, DBR; PFEIFER, LI; FUNAYAMA, CAR. Gross Motor Function Classification System Expanded & Revised (GMFCS E & R): reliability between therapists and parents in Brazil. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v.17, n.5, p.458-463, 2013.
- SILVA, PF; FREITAS, CHSM. Análise de motivos que dificultam a adoção de hábitos de higiene bucal saudáveis com relação à cárie dentária: avaliação de uma escola pública da Paraíba. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v.47, n.1, p.38-44, jan/mar, 2011.
- SIMÕES, CC; SILVA, L; SANTOS, MR; MISKO, MD; BOUSSO, RS. A experiência dos pais no cuidado dos filhos com paralisia cerebral. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.15, n.1, p.138-45, jan/mar, 2013. Acessado em: 24/10/2017. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a16.pdf
- SINHA, N; SINGH, B; CHHABRA, KG; PATIL, S. Comparison of oral health status between children with cerebral palsy and normal children in India: A case-control study. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v.19, n.1, jan./fev., 2015.
- SIQUEIRA WL; SANTOS, MT; ELANGOVAN, S; SIMÕES, A; NICOLAU, J. The influence of valproic acid on salivar pH in children with cerebral palsy. **Special Care in Dentistry**, v.27, p. 64-6, 2007.
- SMEHA, LN; ABAID, JLW; MARTINS, JS; WEBER, AS; FONTOURA, NM; CASTAGNA, L. Cuidando de um filho com diagnóstico de paralisia cerebral: sentimentos e expectativas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.22, n.2, p.231-242, abr./jun.,2017
- SOARES, J; VOLPATO, LER; CASTRO, PHS; LAMBERT, NA; BORGES, AH; CARVALHOSA, AA. Avaliação do conhecimento sobre saúde bucal de pais e cuidadores de crianças e adolescentes com deficiência. **Journal of the Health Sciences Institute**, v.31, n.3, p.239-43, 2013.

- STANFIELD, M.; SCULLY, C.; DAVISON, M. F.; PORTER, S. Oral healthcare of clients with learning disability: changes following relocation from hospital to community. **British Dental Journal**, v. 194, n. 5, p. 271–277, 2003.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
- SUBASI F, MUMCU G, KOKSAL L, CIMILLI H, BITLIS D. Factors affecting oral health habits among children with cerebral palsy: pilot study. **Pediatrics International**, v.49, p.853-7, 2007.
- SULLIVAN PB. Gastrointestinal disorders in children with neurodevelopmental disabilities. **Developmental Disabilities Research Reviews**, v.14, p. 128-136, 2008.
- TOLEDO, AO. **Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica**. 3 ed. São Paulo: Premier, 2005
- TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n. S190-S198, 2004.
- TRENTIN MS, SILVA SO, LINDEN MSS. Prevalence of periodontal disease in special needs patients at APAE-PF/RS and the effect of local prevention programs. **Brazilian Journal of Oral Sciences**, v.9, n.4, p.475-80, 2010.
- VARELLIS, MLZ. **O paciente com necessidades especiais na odontologia – manual prático**. São Paulo: Santos, 2013.
- WALL, T; NASSEH, K; VUJICIC, M. Financial Barriers to Dental Care Declining after a Decade of Steady Increases. **Health Policy Institute Research Brief. American Dental Association**, 2013.
- WINTER, K; BACCAGLINI, L; TOMAR, S. A review of malocclusion among individuals with mental and physical disabilities. **Special Care in Dentistry**, v.28, n.1, p.19–26, 2008.
- ZANINI, G.; CEMIN, N. F.; PERALLES, S. N. Paralisia Cerebral: causas e prevalências. **Revista Fisioterapia em Movimento**, v. 22, n. 3, p. 375-381, 2009.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa "**CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL – VISÃO DE PAIS E CUIDADORES**", que está sob a responsabilidade da pesquisadora Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva (Avenida Ministro Marcos Freire, 1141, Bairro Novo, Olinda-PE - CEP: 53030-000; (81) 997841580; beth_louisy@hotmail.com, sob a orientação de: Marília de Carvalho Lima. Telefone para contato: 21268514, e-mail mlima@ufpe.br. Endereço: Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente/CCS - Av. Prof. Moraes Rego s/n - Cidade Universitária Recife/PE, CEP: 50.670.901, Telefone (81): 2126-8514.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa terá como objetivo avaliar, através de perguntas, variáveis relevantes sobre a relação entre o grau de comprometimento motor e os cuidados odontológicos de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral. O trabalho oferece riscos apenas quanto ao fato de o entrevistado sentir-se constrangido por não saber responder algum questionamento, mas tais riscos poderão ser minimizados no mesmo momento, pois a pesquisa será interrompida. Com o estudo, os benefícios serão o de entender melhor os fatores que interferem nos cuidados odontológicos de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, fornecendo conhecimentos importantes aos pais e cuidadores de crianças/adolescentes portadores de Paralisia Cerebral, que poderão auxiliar nos cuidados de saúde bucal, além de facilitar a prática clínica dos profissionais da área da Odontologia e das demais áreas da saúde que trabalham com esta população. Será realizada uma entrevista por meio de um formulário escrito e não será feita gravação e/ou fotografia do participante, o mesmo será mantido com o anonimato sobre suas respostas, podendo ainda a qualquer momento da pesquisa interromper sua participação sem causar nenhum prejuízo ao andamento do projeto, além de ter suas dúvidas esclarecidas antes e/ou durante a pesquisa. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (formulários), ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador principal, no Programa de Pós-graduação em Saúde da criança e do adolescente/CCS - Av. Prof. Moraes Rego s/n - Cidade Universitária Recife/PE 50.670.901, pelo período de 5 (cinco) anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepcps@ufpe.br).

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL – VISÃO DE PAIS E CUIDADORES**, como voluntário (a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:
Assinatura:

Nome:
Assinatura:

Impressão
digital
(opcional)

--

APÊNDICE B – FORMULÁRIO ESTRUTURADO

Formulário estruturado – Caracterização da assistência odontológica a crianças e adolescentes com paralisia cerebral – visão de pais e cuidadores

<p>I. IDENTIFICAÇÃO Formulário nº _____ Local da coleta: (1) Fundação Perrone (2) HC-UFPE (3) Pepita Duran Data: ____/____/____ Nome da mãe/responsável: _____ Endereço: _____ Região: (1) Recife e Região Metropolitana (2) Zona da Mata (3) Agreste (4) Sertão (5) Outros (especificar) _____ Contato: _____ Nome do (a) criança/adolescente: _____</p> <p>II. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO: CRIANÇA/ADOLESCENTE, RESPONSÁVEL E FAMÍLIA <u>Criança/adolescente:</u></p> <p>1. Sexo (1) Masculino (2) Feminino 2. Data do nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos 3. <nome da criança/adolescente >, recebe algum benefício? (1) Sim (2) Não 4. Se sim, qual tipo de benefício? (1) Pensão do INSS (2) Auxílio-doença (3) Aposentadoria (4) Outro _____</p> <p><u>Mãe/responsável/cuidador principal:</u></p> <p>5. Quem cuida de <nome> por mais tempo?</p>	<p>NUMEROFORM <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> <input type="checkbox"/> LOCAL DATAFORM: <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> <input type="checkbox"/> REGIMORAD <input type="checkbox"/> SEXCRI <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> IDADECRI <input type="checkbox"/> BENEFI <input type="checkbox"/> QUALBENEF <input type="checkbox"/> CUIDPRIN</p>
--	--

(1) Mãe (2) Pai (3) Avô/Avó (4) Outro: _____

6. Idade do cuidador: _____ anos

7. Até que série você cursou na escola?

(1) Não estudou (2) Fund. Incompleto (3) Fund. Completo

(4) Médio Incompleto (5) Médio Completo (6) Superior Incompleto

(7) Superior completo

Família

8. Qual pessoa que mais contribui para o sustento da família?

(1) Mãe (2) Pai (3) Avô/avó (4) Outra: _____

9. Qual a renda mensal, no mês passado de todas as pessoas que residem com você (reais)? _____

IDADECUID

ESCCUID

PROVE

RENDA

III. HÁBITOS ALIMENTARES E DE HIGIENE BUCAL DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

10. Por onde <nome> recebe a alimentação?

(1) pela boca (2) pelo tubo/sonda

11. Que tipo de alimentos é oferecido a <nome> nas principais refeições?

(1) Alimentos líquidos (2) Alimentos pastosos (3) Alimentos sólidos (4)

Todos

12. <nome> costuma realizar diariamente sua higiene bucal?

(1) Sim, sozinho (2) Sim, com ajuda do cuidador (3) Sim, apenas o cuidador faz a higiene (4) Não realiza

13. Quantas vezes ao dia? (8) Não se aplica

(1) uma (2) duas (3) três ou mais

14. Qual tempo estimado por dia utilizado para os cuidados de higiene bucal?

_____ minutos/dia (8) Não se aplica

15. Quais materiais são utilizados para realizar essa higiene bucal?

Escova de dente: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica

Creme dental c/ flúor: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica

Creme dental s/ flúor: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica

Fio dental: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica

VIALIM

CONSALIM

QUEMHIG

FREQHIG

TEMPCUID

ESCOVA

PASTCFLU

PASTSFLU

Gaze umedecida: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica

Quais as dificuldades para realizar essa higiene bucal?

FIODENT

GAZEUM

IV. TRAJETÓRIA DA CRIANÇA/ADOLESCENTE NA ODONTOLOGIA

16. <nome> já foi alguma vez o dentista?

(1) Sim (2) Não

(se **Não**, vá para a questão 29)

17. Qual a idade que <nome> tinha na primeira visita ao dentista?

_____ anos

(8) Não se aplica

IDADENT

18. Qual o transporte utilizado por você para levar <nome> ao dentista?

(1) Carro particular (2) Carro alugado (3) Ônibus da prefeitura (4) Ônibus intermunicipal (5) Outro _____ (8) não se aplica

PRIMVIS

19. Quantas vezes <nome> foi ao dentista no último ano?

(1) Nenhuma (2) uma (3) duas (4) três ou mais (8) Não se aplica

TRANSPDENT

(se **Nenhuma**, vá para questão 29)

20. Qual tipo de serviço foi utilizado quando <nome> foi ao dentista no último ano?

(1) Privado (2) Público (8) Não se aplica

FREQDENT

21. Qual o motivo da última visita ao dentista?

(1) Revisão (2) dor de dente/urgência (3) tratamento

(4) Outro _____ (8) Não se aplica

SERV

22. Realizou algum procedimento odontológico?

(1) Sim (2) Não

(se **Não**, vá para a questão 25)

MOTIVO

23. Qual procedimento foi realizado no dentista? (mais de uma resposta)

Restauração: (1) Sim (2) Não

(8) Não se aplica

PROC

Extração: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica

QUALPROC

Canal: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica

REST

Limpeza: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica

EXT

(5) Outro _____

CANAL

<p>24. Como foi realizado o procedimento? (1) Sem a necessidade de anestesia (2) Usando anestesia local (3) Sedação (4) Usando anestesia geral (8) Não se aplica</p> <p>25. Teve alguma dificuldade para (não) realizar o procedimento? (1) sim (2) não (8) não se aplica</p> <p>26. Qual (quais) as dificuldades encontradas ao realizar o procedimento? _____ (8) Não se aplica</p> <p>27. O dentista que atendeu <nome> era especialista em pacientes especiais? (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica</p> <p>28. Você encontrou/encontra barreira para acessar os serviços de saúde bucal? (1) Sim (2) Não</p> <p>29. Quais dificuldades foram encontradas no acesso ao serviço de odontologia? Não encontrou o serviço: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica Distância: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica Transporte: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica Criança/adolescente não colabora: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica Baixa oferta de dentista para PNE: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica Indisponibilidade de realizar procedimento em ambulatório: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica Falta de humanização do dentista: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica Falta de tempo para levar <nome> ao dentista: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica Falta de acessibilidade (estrutura física): (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica Outra (especificar): _____</p> <p>30. Algum dentista já se recusou a atender <nome>? (1) Sim (2) Não (se Não, vá para a questão 33)</p> <p>31. Qual o motivo do não atendimento? (1) Falta de preparação profissional (2) falta de estrutura física (3) outro _____ (8) Não se aplica</p>	<input type="checkbox"/> LIMP <input type="checkbox"/> OUT <input type="checkbox"/> COMOPROC <input type="checkbox"/> DENTPNE <input type="checkbox"/> BARR <input type="checkbox"/> QUALBARR <input type="checkbox"/> NSERV <input type="checkbox"/> DIST <input type="checkbox"/> TRANSP <input type="checkbox"/> CRICOLAB <input type="checkbox"/> OFERDEN <input type="checkbox"/> INDISP <input type="checkbox"/> HUMDENT <input type="checkbox"/> TEMPO <input type="checkbox"/> ACESSIB <input type="checkbox"/> RECUSA <input type="checkbox"/> MOTREC <input type="checkbox"/> AVALSB
--	---

V. PERCEPÇÃO DOS PAIS/CUIDADORES SOBRE SUA SAÚDE BUCAL

32. Como você considera sua saúde bucal?

(1) Boa (2) Regular (3) Ruim

33. Você possui acesso aos serviços odontológicos?

(1) Sim (2) Não

35. Se sim, que tipo de serviço?

(1) Privado (2) Público (8) Não se aplica

ACESCUID

SERVCUID

VI. PERCEPÇÃO DOS PAIS/CUIDADORES SOBRE A SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA/ADOLESCENTE SOB SEUS CUIDADOS

34. Como você avalia a necessidade de cuidados de higiene bucal de <nome>?

(1) Maior necessidade (2) Igual a todos os cidadãos (3) Não tem necessidade

35. Você acha que <nome> tem problemas de saúde bucal?

(1) Sim (2) Não (se **Não**, vá para a questão 41)

36. Precisa do dentista para resolvê-los?

(1) Sim (2) Não (8) Não se aplica

37. Esses problemas trazem consequências para <nome>?

(1) Sim (2) Não (8) Não se aplica

(se **Não**, vá para a questão 40)

38. Quais seriam essas consequências para <nome>?

Dor de dente: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica

Estresse no tratamento: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica

Na alimentação: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica

Estética dos dentes: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica

Alteração no comportamento: (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica

39. Por que esses problemas não trazem consequências para <nome>?

(1) Se trata de um dente de leite (2) é apenas estética

(3) Outro (especificar): _____

40. Você tem alguma sugestão para melhorar o acesso das crianças e

NECESHIG

PROBSB

DENTRES

CONSEQ

QUAISCONS

DORDENT

ESTRES

ALIMENT

ESTET

COMPORT

NAOCONS

adolescentes aos serviços de odontológicos?

(1) Sim (2) Não

41. Se, sim. Quais seriam as sugestões? (8) Não se aplica

SUGESTAO

**VII. INFORMAÇÕES ADICIONAIS DA
CRIANÇA/ADOLESCENTE**

42. Grau de comprometimento motor segundo o GMFCS:

(1) Grau I (2) Grau II (3) Grau III (4) Grau IV (5) Grau V

43. Paciente toma/tomou medicações anticonvulsivantes/relaxante muscular?

(1) Sim (2) Não

44. Quais são elas/foram elas?

45. Quantas vezes faz/fez uso delas durante o dia? (1) uma vez (2) duas vezes (3) três vezes (8) não se aplica

46. Há quanto tempo <nome> tomou/toma essa(s) medicações? (1) menos de um ano (2) entre 1 e 2 anos (3) mais que dois anos (8) não se aplica

GMFCS

ANTICONV

FREQANTIC

TEMPOANTIC

ANEXOS

ANEXO A – SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DA FUNÇÃO MOTORA GROSSA PARA PARALISIA CEREBRAL (GMFCS)

Antes do aniversário de 2 anos

Nível I - Os bebês sentam-se no chão, mantêm-se sentadas e deixam esta posição com ambas as mãos livres para manipular objetos. Os bebês engatinham (sobre as mãos e joelhos), puxam-se para levantar e dão passos segurando-se nos móveis. Os bebês andam entre 18 meses e 2 anos de idade sem a necessidade de aparelhos para auxiliar a locomoção.

Nível II - Os bebês mantêm-se sentados no chão, mas podem necessitar de ambas as mãos como apoio para manter o equilíbrio. Os bebês rastejam em prono ou engatinham (sobre mãos e joelhos). Os bebês podem puxar-se para ficar em pé e dar passos segurando-se nos móveis.

Nível III - Os bebês mantêm-se sentados no chão quando há apoio na parte inferior do tronco. Os bebês rolam e rastejam para frente em prono.

Nível IV - Os bebês apresentam controle de cabeça, mas necessitam de apoio de tronco para se sentarem no chão. Os bebês conseguem rolar para a posição supino e podem rolar para a posição prono.

Nível V - As deficiências físicas restringem o controle voluntário do movimento. Os bebês são incapazes de manter posturas antigravitacionais de cabeça e tronco em prono e sentados. Os bebês necessitam da assistência do adulto para rolar.

Entre o segundo e o quarto aniversário

Nível I - As crianças sentam-se no chão com ambas as mãos livres para manipular objetos. Os movimentos de sentar e levantar-se do chão são realizados sem assistência do adulto. As crianças andam como forma preferida de locomoção, sem a necessidade de qualquer aparelho auxiliar de locomoção.

Nível II - As crianças sentam-se no chão, mas podem ter dificuldades de equilíbrio quando ambas as mãos estão livres para manipular objetos. Os movimentos de sentar e deixar a posição sentada são realizados sem assistência do adulto. As crianças puxam-se para ficar em pé em uma superfície estável. As crianças engatinham (sobre mãos e joelhos) com padrão alternado, andam de lado segurando-se nos móveis e andam usando aparelhos para auxiliar a locomoção como forma preferida de locomoção.

Nível III - As crianças mantêm-se sentadas no chão frequentemente na posição de W (sentar entre os quadris e os joelhos em flexão e rotação interna) e podem necessitar de assistência do adulto para assumir a posição sentada. As crianças rastejam em prono ou engatinham (sobre as mãos e joelhos), frequentemente sem movimentos alternados de perna, como seus métodos

principais de locomoção. As crianças podem puxar-se para levantar em uma superfície estável e andar de lado segurando-se nos móveis por distâncias curtas. As crianças podem andar curtas distâncias nos espaços internos usando aparelhos auxiliares de locomoção, necessitando de assistência do adulto para direcioná-la e virá-la.

Nível IV - As crianças sentam-se no chão quando colocadas, mas são incapazes de manter alinhamento e equilíbrio sem o uso de suas mãos para apoio. As crianças frequentemente necessitam de equipamento de adaptação para sentar e ficar em pé. A locomoção para curtas distâncias (dentro de uma sala) é alcançada por meio do rolar, rastejar em prono ou engatinhar (sobre as mãos e joelhos) sem movimento alternado de pernas.

Nível V - As deficiências físicas restringem o controle voluntário do movimento e a capacidade de manter posturas antigravitacionais de cabeça e tronco. Todas as áreas de função motora estão limitadas. As limitações funcionais do sentar e ficar em pé não são completamente compensadas por meio do uso de adaptações e de tecnologia assistiva.

Neste nível, as crianças não mostram sinais de locomoção independente e são transportadas. Algumas crianças atingem autolocomoção usando uma cadeira de rodas motorizada com extensas adaptações.

Entre o quarto e o sexto aniversário

Nível I - As crianças sentam-se na cadeira, mantêm-se sentadas e levantam-se sem a necessidade de apoio das mãos. As crianças saem do chão e da cadeira para a posição em pé sem a necessidade de objetos de apoio. As crianças andam nos espaços internos e externos e sobem escadas. Iniciam habilidades de correr e pular.

Nível II - As crianças sentam-se na cadeira com ambas as mãos livres para manipular objetos. As crianças saem do chão e da cadeira para a posição em pé, mas frequentemente necessitam de superfície estável para empurrar-se e impulsionar-se para cima com os membros superiores. As crianças andam nos espaços internos e externos, sem a necessidade de aparelhos auxiliares de locomoção, por uma distância curta numa superfície plana. As crianças sobem escadas segurando-se no corrimão, mas são incapazes de correr ou pular.

Nível III - As crianças sentam-se em cadeira comum, mas podem necessitar de apoio pélvico e de tronco para maximizar a função manual. As crianças sentam-se e levantam-se da cadeira usando uma superfície estável para empurrar-se e impulsionar-se para cima com os membros superiores. As crianças andam usando aparelhos auxiliares de locomoção em superfícies planas e sobem escadas com a assistência de um adulto. As crianças frequentemente são

transportadas quando percorrem longas distâncias e quando em espaços externos em terrenos irregulares.

Nível IV - As crianças sentam em uma cadeira, mas precisam de um assento adaptado para controle de tronco e para maximizar a função manual. As crianças sentam-se e levantam-se da cadeira com a ajuda de um adulto ou de uma superfície estável para empurrar-se ou impulsionar-se com os membros superiores. As crianças podem, na melhor das hipóteses, andar por curtas distâncias com o andador e com supervisão do adulto, mas têm dificuldades em virar e manter o equilíbrio em superfícies irregulares. As crianças são transportadas na comunidade. As crianças podem alcançar autolocomoção usando cadeira de rodas motorizada.

Nível V - As deficiências físicas restringem o controle voluntário de movimento e a capacidade em manter posturas antigravitacionais de cabeça e tronco. Todas as áreas da função motora estão limitadas. As limitações funcionais no sentar e ficar em pé não são completamente compensadas por meio do uso de adaptações e tecnologia assistiva. Neste nível, as crianças não mostram sinais de locomoção independente e são transportadas. Algumas crianças alcançam autolocomoção usando cadeira de rodas motorizada com extensas adaptações.

Entre o sexto e o décimo segundo aniversário

Nível I - As crianças andam nos espaços internos e externos e sobem escadas sem limitações. As crianças realizam habilidades motoras grossas, incluindo correr e pular, mas a velocidade, o equilíbrio e a coordenação são reduzidos.

Nível II - As crianças andam nos espaços internos e externos e sobem escadas segurando-se no corrimão, mas apresentam limitações ao andar em superfícies irregulares e inclinadas e em espaços lotados ou restritos. As crianças, na melhor das hipóteses, apresentam capacidade mínima para realizar habilidades motoras grossas como correr e pular.

Nível III - As crianças andam em espaços internos e externos sobre superfícies regulares usando aparelhos auxiliares de locomoção. As crianças podem subir escadas segurando-se em corrimões. Dependendo da função dos membros superiores, as crianças manejam uma cadeira de rodas manualmente. Podem ainda ser transportadas quando percorrem longas distâncias e quando em espaços externos com terrenos irregulares.

Nível IV - As crianças podem manter os níveis funcionais alcançados antes dos seis anos de idade ou depender de cadeira de rodas em casa, na escola e na comunidade. As crianças podem alcançar autolocomoção usando cadeira de rodas motorizada.

Nível V - As deficiências físicas restringem o controle voluntário de movimento e a capacidade para manter posturas antigravitacionais de cabeça e tronco. Todas as áreas de função motora estão limitadas. As limitações funcionais no sentar e ficar em pé não são completamente compensadas por meio do uso de adaptações e tecnologia assistiva. Neste nível, as crianças não mostram sinais de locomoção independente e são transportadas. Algumas crianças alcançam a autolocomoção usando cadeira de rodas motorizada com extensas adaptações.

Entre o décimo segundo e o décimo oitavo aniversário

Nível I - Os jovens andam em casa, escola, ao ar livre, e na comunidade. Os jovens são capazes de subir e descer meios-fios, sem assistência física e escadas sem a utilização de uma grade. Realizam habilidades motoras, tais como correr e saltar, mas a velocidade, equilíbrio, e coordenação são limitados. Os jovens podem participar de atividades físicas e esportes dependendo de escolhas pessoais e fatores ambientais.

Nível II - Os jovens andam na maioria das configurações. Fatores ambientais (tais como terrenos irregulares, inclinações, longas distâncias, exigências de tempo, e aceitabilidade pelos pares) e de preferência pessoal opções de mobilidade influência. Na escola ou no trabalho, os jovens podem andar usando uma mão - dispositivo de mobilidade detidos para segurança. Ao ar livre e na comunidade, os jovens podem utilizar a mobilidade sobre rodas quando percorrem longas distâncias. Sobem e descem escadas segurando um corrimão ou com assistência física se não houver corrimão. As limitações no desempenho do motor grosso habilidades podem necessitar de adaptações para permitir a participação em atividades físicas e esportes.

Nível III - Os jovens são capazes de andar utilizando um dispositivo de mobilidade de mão. Em comparação com indivíduos em outros níveis, jovens no Nível III demonstram uma maior variabilidade nos métodos de mobilidade dependendo da capacidade física e fatores ambientais e pessoais. Quando sentado, o jovem pode exigir um cinto de segurança para alinhamento e equilíbrio pélvico. Na escola, os jovens podem ter autopropulsão de uma cadeira de rodas manual ou utilizar mobilidade motorizada. Jovens podem subir e descer escadas segurando em um corrimão com supervisão ou assistência física. As limitações na marcha podem necessitar de adaptações para permitir participação em atividades físicas e esportes incluindo a auto-impulsionar uma cadeira de rodas manual ou mobilidade motorizada.

Nível IV - Uso de mobilidade sobre rodas na maioria das configurações. Jovens exigem assento adaptado para o controle pélvico e do tronco. Necessidade de assistência física de 1 ou 2 pessoas para transferências. Jovem pode suportar o peso com as pernas para ajudar com as transferências permanentes. Interior, os jovens podem andar curtas distâncias com assistência física, utilizar a mobilidade sobre rodas, ou, quando posicionado, use um suporte de corpo (andador). Os jovens são fisicamente capazes de operar uma cadeira de rodas motorizada. Quando uma cadeira de rodas motorizada não é viável ou disponível, jovens são transportados em uma cadeira de rodas manual. Limitações nas adaptações exigem mobilidade para permitir a participação em físicas atividades e esportes, incluindo a assistência física e / ou mobilidade motorizada.

Nível V - Os jovens são transportados em uma cadeira de rodas manual em todas as configurações e são limitados em sua capacidade de manter a cabeça antigravidade e posturas tronco e braço e de controle dos movimentos das pernas. Tecnologia assistiva é utilizada para melhorar o alinhamento da cabeça, de pé, e mobilidade, mas as limitações não são totalmente compensadas pelo equipamento. Assistência física de 1 ou 2 pessoas ou um elevador mecânico é necessária para transferências. O jovem pode alcançar a auto-mobilidade utilizando a mobilidade motorizada com extensas adaptações para o assento e controle de acesso. As limitações na mobilidade necessitam de adaptações para permitir a participação em atividades físicas e esportes incluindo assistência física e uso de mobilidade motorizada.

Distinções entre os Níveis I e II

Comparadas com as crianças e jovens do Nível I, as crianças e jovens do Nível II mostram as seguintes características: (1) limitações ao realizar transições de movimento ao andar em espaços externos e na comunidade; (2) a necessidade por aparelhos auxiliares de locomoção quando iniciam o andar; (3) baixa qualidade de movimento; e (4) pouca capacidade de realizar habilidades motoras grossas assim como correr e pular.

Distinções entre os Níveis II e III

As diferenças são vistas no grau de realização da locomoção funcional. As crianças e jovens do Nível III necessitam de aparelhos auxiliares de locomoção e frequentemente de órteses para andar, enquanto as crianças e jovens do Nível II não necessitam de aparelhos auxiliares de locomoção depois dos quatro anos de idade.

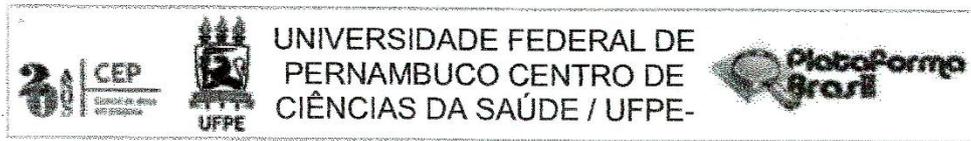
Distinções entre os Níveis III e IV

Há diferenças nas capacidades de sentar e de locomoção, muitas vezes sendo necessário o uso extensivo de tecnologia assistiva. As crianças e jovens do nível III sentam-se sozinhos, têm locomoção independente no chão e andam usando aparelhos auxiliares de locomoção. As crianças e jovens do Nível IV sentam-se de forma funcional (geralmente apoiadas), mas a locomoção independente é muito limitada. As crianças e jovens do Nível IV geralmente são transportados ou usam locomoção motorizada.

Distinções entre os Níveis IV e V

As crianças e jovens do Nível V não têm independência nem mesmo no controle de posturas antigravitacionais básicas. A autolocomoção é alcançada somente se a criança/jovem puder aprender como operar uma cadeira de rodas motorizada.

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL

Pesquisador: Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 60300816.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.979.046

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Emenda ao Projeto Caracterização da Assistência Odontológica a Crianças e Adolescentes com Paralisia Cerebral, de Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva, com o objetivo de incluir 3 setores do Hospital das Clínicas-UFPE (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional) ao projeto.

Objetivo da Pesquisa:

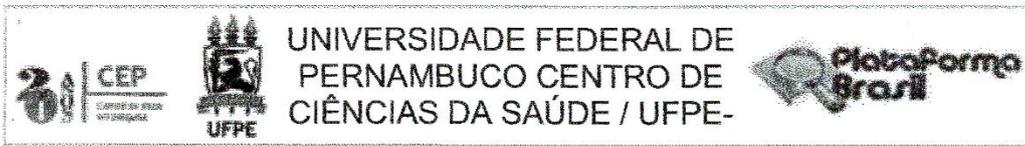
Objetivo Primário: Avaliar os cuidados odontológicos de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral de acordo com a sua gravidade.

Objetivo Secundário:

Avaliar o perfil sócio-demográfico de familiares, os hábitos alimentares e de higiene bucal de crianças e adolescentes com PC;

Avaliar os cuidados na saúde bucal prestados previamente a crianças e adolescentes com PC relacionados ao Cirurgião-Dentista; Verificar qual a percepção dos pais/cuidadores sobre a sua saúde bucal e sobre a

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.979.046

saúde bucal da criança e adolescente com PC sob seus cuidados;

Verificar a associação entre a gravidade da Paralisia Cerebral com os hábitos de higiene bucal e com os cuidados odontológicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A presente pesquisa poderá oferecer riscos mínimos de constrangimento para o responsável quanto à exposição da condição de saúde da criança/adolescente, mas que poderão ser minimizados no mesmo momento, pois a pesquisa será interrompida.

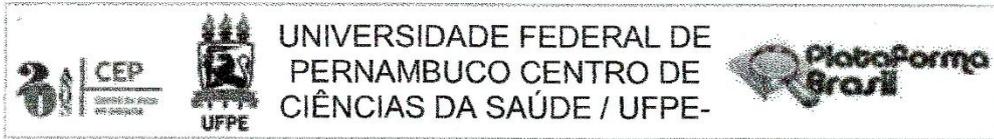
Benefícios: Os benefícios serão o de entender melhor os fatores que interferem no acesso aos serviços odontológicos de crianças e adolescentes com PC, fornecendo conhecimentos importantes aos pais e familiares que poderão auxiliar nos cuidados de saúde bucal, além de facilitar a prática clínica dos profissionais da área da Odontologia e no contexto multidisciplinar dos profissionais que trabalham com esta população.

Os Riscos para os participantes desta pesquisa estão adequadamente previstos e minimizados. Os Benefícios serão Diretos, através de ações de promoção de saúde bucal para os participantes e Indiretos, promovendo informações aos profissionais de Odontologia que possam melhorar o atendimento aos pacientes com PC.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um protocolo para elaboração de Dissertação de Mestrado para o Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do C CCS da UFPE, da cirurgiã-dentista Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva sob a Orientação da médica Marília de Carvalho Lima, Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do CCS da UFPE. O estudo, do tipo série de casos, terá 100 participantes, crianças e adolescentes portadores de Paralisia Cerebral com

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.979.046

idade de seis a dezoito anos, que sejam acometidos de comprometimento motor leve, moderado e grave conforme o Sistema de Classificação da Função Motora Grossa. Será realizado na Fundação Giacomini e Lúcia Perrone e no Hospital das Clínicas (HC-UFPE). A coleta de dados será realizada através de entrevistas com a aplicação de um formulário estruturado e pré-codificado, aparentemente aos pais e/ou cuidadores pois nos Critérios de Inclusão os mesmos são tratados como participantes, mas a amostra relatada afirma que "terá 100 participantes, crianças e adolescentes portadores de Paralisia Cerebral" e os Critérios de Exclusão incluía apenas as crianças e os adolescentes. Será realizado estudo piloto para ajustar as perguntas do instrumento de coleta e padronização no modo de realizar as entrevistas. Os dados de frequência das variáveis serão descritos na forma absoluta e percentual. Para analisar a relação entre a gravidade da Paralisia Cerebral com os hábitos de higiene bucal e com o acesso e utilização aos serviços odontológicos será utilizado o teste do qui-quadrado ou exato de Fisher, quando houver indicação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta a documentação necessária.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

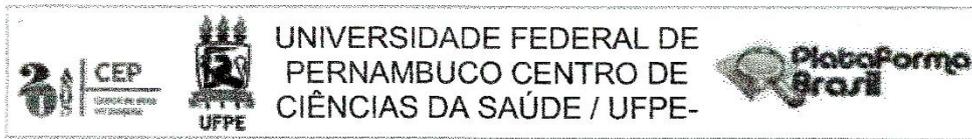
Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

A emenda foi avaliada e APROVADA pelo colegiado do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

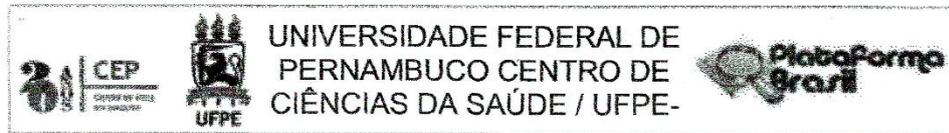


UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-

Continuação do Parecer: 1.979.046

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_882863E1.pdf	16/03/2017 12:19:46		Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_DA_EMENDA_Elizabeth.h.docx	16/03/2017 12:15:18	Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_elizabeth_emenda.doc	16/03/2017 12:08:53	Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_fonoaudiologia.jpg	16/03/2017 12:06:54	Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_terapia_ocupacional.jpg	16/03/2017 12:06:18	Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_fisioterapia.jpg	16/03/2017 12:05:12	Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_elizabeth_corrigido.doc	26/10/2016 23:36:57	Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva	Aceito
Outros	anuencia_DCOP.pdf	26/10/2016 23:31:50	Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva	Aceito
Outros	carta_de_resposta_pendencias_Elizabeth.h.docx	26/10/2016 23:28:55	Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva	Aceito
Outros	termo_confidencialidade_elizabeth.pdf	24/09/2016 17:12:17	Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva	Aceito
Outros	carta_anuencia_PERRONE.pdf	24/09/2016 17:11:44	Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva	Aceito
Outros	carta_anuencia_HC.pdf	24/09/2016 17:10:35	Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva	Aceito
Outros	cv_Marilia_de_Carvalho_Lima.pdf	24/09/2016 17:07:40	Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva	Aceito
Outros	cv_Elizabeth_Louisy_Marques_Soares_da_Silva.pdf	24/09/2016 17:07:07	Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_para_maiores_elizabeth.docx	24/09/2016 17:05:26	Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva	Aceito
Projeto Detalhado	projeto_detalhado_elizabeth.doc	24/09/2016	Elizabeth Louisy	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.979.046

/ Brochura Investigador	projeto_detalhado_elizabeth.doc	17:04:03	Marques Soares da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_elizabeth.pdf	24/09/2016 17:03:00	Elizabeth Louisy Marques Soares da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 23 de Março de 2017

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br