

## Declaração de integridade

Eu, **Cátia Mendes Monteiro**, estudante do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste relatório de estágio intitulado: **Avaliação de conhecimentos e cuidados de saúde oral em crianças com paralisia cerebral**.

Confirmo que em todo o trabalho conducente á sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou á prática de plágio (ato pelo qual o indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas por outras palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

A aluna

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador: Mestre João Baptista

Gandra, 31 de Maio de 2019

### **Declaração do Orientador**

Eu, Mestre João Baptista, com a categoria profissional de Assistente Convidado do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de orientador do Relatório Final de Estágio Intitulado "Avaliação de conhecimentos e cuidados de saúde oral em crianças com paralisia cerebral.", da Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Cátia Mendes Monteiro, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 31 de Maio de 2019

O orientador

## Agradecimentos

Aos meus pais, a quem devo tudo, que através da educação fizeram de mim quem sou e nunca me deixaram ir abaixo, caminhando sempre a meu lado durante todo este percurso.

Á minha irmã, a quem tento sempre ser, representar e agir como uma referência a seguir, por me servir como símbolo de força nos piores momentos e alegrar-me com a sua boa disposição.

Á minha binómia e amiga, Catarina, que desde o início compartilhou toda esta experiência comigo, por me motivar e apoiar todos os dias.

A todos os professores da instituição com os quais me cruzei durante o meu percurso académico, que colaboraram para o meu desenvolvimento como pessoa e futura profissional de saúde.

Ao meu orientador, Mestre João Baptista, por todo o tempo que disponibilizou, ajuda e conhecimentos que me forneceu.

## Resumo

A saúde oral é um fator determinante para a saúde e qualidade de vida global, dadas as suas implicações no nosso bem-estar e no relacionamento com os outros.

A Paralisia Cerebral consiste num conjunto de perturbações do desenvolvimento motor e postural com limitações a vários níveis, sendo o atendimento dentário difícil, na maioria das vezes, pelo comprometimento do tônus e postura muscular. Estas crianças constituem um grupo de risco devido às alterações da cavidade oral, nomeadamente alterações anatómicas, fisiológicas, terapêuticas e comportamentais, conduzindo a dificuldades nos cuidados de higiene oral e na realização de tratamentos dentários. Relativamente à cavidade oral são relatados vários casos de doença periodontal, cárie, traumatismos, hipoplasias do esmalte, maloclusão, bruxismo, respiração bucal e aumento do fluxo salivar.

**Palavras-chave:** paralisia cerebral, crianças, cárie, trauma dentário, maloclusão, bruxismo, sialorreia, saúde oral e tratamento dentário.

**Abstract:**

Oral health is a determining factor for overall health and quality of life, since it has no relation to our well-being or to others.

Cerebral Palsy is a set of motor and postural development disorders with several levels, and dental care is difficult, most of the time, muscle tone impairment and muscle posture. Children are made up of a group at risk due to changes in the oral cavity, which are the subject of anatomical, physiological, therapeutic and behavioral changes, performing tasks in oral hygiene care and in dental care. Related to oral cavity are related many cases of periodontal disease, caries, traumatism, enamel hypoplasia, malocclusion, bruxism, mouth breathing and salivary flow increase.

**Key-words:** cerebral palsy, children's, caries, dental trauma, malocclusion, bruxism, sialorrhea, oral health, dental treatment.

## Índice Geral

Capítulo I .....	8
1. Introdução .....	8
2. Objetivos .....	9
3. Metodologia .....	10
4. Desenvolvimento .....	11
4.1. Definição .....	11
4.2. Epidemiologia .....	11
4.3. Etiologia .....	12
4.4. Classificação .....	12
4.5. Características clínicas .....	13
4.6. Doenças orais associadas .....	14
4.6.1. Cárie dentária .....	14
4.6.2. Doença periodontal .....	14
4.6.3. Sialorreia .....	15
4.6.4. Trauma dentário .....	15
4.6.5. Maloclusão .....	15
4.6.6. Bruxismo .....	16
4.6.7. Erosão dentária .....	16
5. Conclusão .....	21
6. Bibliografia .....	22
Capítulo II - Relatório das atividades práticas das disciplinas de estágio .....	25
1. Estágio em Clínica Geral Dentária .....	25
2. Estágio em Clínica Hospitalar .....	25
3. Estágio em Saúde Oral e Comunitária .....	26

## Índice de Tabelas

Tabela 3: Atos clínicos ECGD.....	25
Tabela 2: Atos clínicos ECH.....	26
Tabela 3: Atos clínicos ESOC.....	27

## Lista de abreviaturas

PC - Paralisia cerebral



## Capítulo I

### 1. Introdução

A Paralisia Cerebral é descrita como um conjunto de perturbações do desenvolvimento motor e postural com limitações a vários níveis, atribuídas a distúrbios não progressivos que ocorrem no cérebro fetal ou infantil em desenvolvimento.

Está frequentemente associada a epilepsia, convulsões, distúrbios de linguagem, transtornos de aprendizagem, anormalidades da fala, audição, visão e atraso mental.

Esta causa também descontrolo muscular, afetando os movimentos globais e a fala, dificultando, consecutivamente, uma correta higiene oral.

Alguns autores referem que as crianças com paralisia cerebral podem apresentar maior suscetibilidade a diferentes patologias orais, inerentes a condicionantes na relação direta ou indireta da doença, nomeadamente alterações anatómicas, fisiológicas, terapêuticas e comportamentais. Um acompanhamento regular por parte do Médico dentista é essencial para o bem-estar e prevenção das diversas patologias a que estas crianças estão sujeitas.

## **2. Objetivos**

Este trabalho pretende, através de uma revisão narrativa, definir o conceito de Paralisia Cerebral e as suas implicações na saúde oral destas crianças, focando nas patologias orais mais prevalentes, bem como na influência dos pais/tutores nos cuidados de saúde oral das mesmas.

### **3. Metodologia**

Para a realização da presente revisão narrativa foi feita uma pesquisa na base de dados PubMed utilizando as palavras chave: "paralisia cerebral", "crianças", "cárie", "trauma dentário", "maloclusão", "bruxismo", "sialorreia", "saúde oral" e "tratamento dentário" tendo sido obtidos 741 resultados, de entre os quais foram selecionados 25 artigos.

Assim, com um total de 25 artigos foram usados como critérios de inclusão artigos em português e inglês e artigos cujas palavras-chave estivessem de acordo com a pesquisa efetuada. Por sua vez, como critérios de exclusão, foram descartados artigos que, após a leitura do resumo, não se enquadravam no objetivo do trabalho.

## 4. Desenvolvimento

### 4.1. Definição

A paralisia cerebral é uma lesão cerebral estática não progressiva dos movimentos e postura, que ocorre durante o período fetal ou infantil e que se encontra normalmente associada a epilepsia, convulsões, distúrbios de linguagem, transtornos de aprendizagem, anormalidades da fala, audição, visão e atraso mental. <sup>(1,2)</sup>

Os efeitos desta doença são variáveis, podendo manifestar-se de diversas formas em diferentes pessoas. Numa forma mais leve, o paciente demonstra movimentos descoordenados ou falta de controlo das mãos, e, numa forma mais severa, leva á falta de controlo muscular, afetando os seus movimentos globais e a fala. <sup>(1,16,17)</sup>

Os distúrbios motores e posturais podem causar dependência parcial ou total na realização das atividades diárias. <sup>(12,18,19,21,22,25)</sup>. Desta forma, a movimentação descoordenada da musculatura facial, associada a uma hipersalivação e movimentos anormais da língua, podem dificultar a higienização oral, normalmente realizada pelos cuidadores, podendo levar a uma retenção prolongada de alimentos e dificuldade na manutenção da saúde oral. <sup>(12,18,19,22)</sup>

### 4.2. Epidemiologia

A PC apresenta uma incidência de cerca de 2 por cada 1000 nascidos vivos, podendo chegar a 7 por 1000 nos países em desenvolvimento, apresentando prevalência no sexo masculino. <sup>(13,14)</sup>

As disfunções neurológicas são observadas com maior frequência em recém-nascidos pré-termo de baixo peso acentuado (menos de 1.500 gramas) quando comparado com crianças nascidas a termo de peso adequado. A frequência de PC é 25 a 30 vezes mais elevada no grupo de crianças consideradas de risco perinatal. <sup>(14)</sup>

Cerca de 65% das crianças portadoras de PC sofrem de paralisia espástica, sendo esta a maior causadora de alterações da função motora e complicações músculo-esqueléticas. <sup>(14)</sup>

### 4.3. Etiologia

Existem vários fatores que interagem entre si e sugerem que a PC é uma doença multifatorial. As causas podem ser pré-natais (mús formações congénitas), perinatais (anoxia neonatal, prematuridade e baixo peso ao nascer) e pós-natais (infecção meningéa, encefalites, vasculites cerebrais e infeções virais). <sup>(13,14,16,17,18,20)</sup>

Fatores como baixo peso no nascimento e abuso do consumo de álcool, tabaco e drogas durante a gestação, podem ser fatores predisponentes desta patologia. <sup>(14)</sup>

Cerca de 6% dos casos de PC são causados por hipoxia durante o trabalho de parto. A falta de oxigénio durante o parto pode causar danos no cérebro, sendo que a severidade do problema depende da extensão desses danos. Em casos mais leves podem ter apenas alguns músculos afetados, enquanto que em casos mais graves pode resultar na perda total de coordenação ou na paralisia. <sup>(14)</sup>

Diversas infeções virais maternas podem ser passadas para o feto durante a gestação, sendo que 5 a 10% das crianças com paralisia cerebral adquiriram esta patologia através da mãe infetada com citomegalovírus durante a gravidez. <sup>(14)</sup>

### 4.4. Classificação

A PC pode ser classificada pelo tipo clínico e pela localização da lesão. <sup>(1)</sup>

Quanto ao tipo clínico, que especifica o tipo de comprometimento do movimento, pode ser: <sup>(1, 14)</sup>

**Espástica** – É a mais frequente, presente em 70% das crianças com PC. <sup>(14)</sup> Os músculos encontram-se sob uma enorme tensão, levando a que todos os movimentos sejam lentos e exijam um enorme esforço. Impossibilita, portanto, os movimentos corporais.

<sup>(1)</sup>

**Discinética** – Ocorre em cerca de 20% das crianças com PC. <sup>(14)</sup> O grau de tensão dos músculos varia, pelo que a criança realiza movimentos involuntários. <sup>(1)</sup>

- **Atetóide** – A variação do grau de tensão muscular ocorre nas extremidades do corpo, o que leva à realização de movimentos lentos, contínuos e indesejáveis. A criança tem dificuldade em realizar movimentos voluntários e manter a mesma postura por muito tempo. <sup>(1)</sup>

- **Coréico** - A variação do grau de tensão muscular ocorre nas raízes dos membros, o que leva à realização de movimentos rápidos e indesejáveis. A criança tem dificuldade de realizar movimentos voluntários. <sup>(1)</sup>

- **Distónico** – A tensão muscular aumenta repentinamente, levando à fixação temporária de uma parte do corpo numa postura extrema. <sup>(1)</sup>

**Atáxica** – Caracterizada por movimentos descoordenados e bruscos, podendo haver também dificuldades no equilíbrio, fala, atraso mental e epilepsia. <sup>(1,14)</sup>

Quanto à localização da lesão:

**Diparesia** – Quanto os membros superiores possuem melhor função que os inferiores. <sup>(1)</sup>

**Hemiparesia** – Quando apenas um lado do corpo é afetado, direito ou esquerdo. <sup>(1)</sup>

**Tetraparesia** – Quando os quatro membros estão igualmente afetados. <sup>(1)</sup>

#### 4.5. Características clínicas

As crianças com PC apresentam distúrbios de aprendizagem, dificuldades na linguagem, problemas no comportamento, dificuldade na coordenação motora e percepção visual, além de problemas orais como disfagia, bruxismo, problemas na deglutição, lábio, língua e tecidos dentários. Na maioria dos casos, também apresentam convulsões, comprometimento motor e atraso mental. <sup>(14,17,22,23)</sup>

#### **4.6. Doenças orais associadas**

As crianças com PC, como consequência dessa deficiência que interfere com as suas funções normais, necessitam de mais cuidado e supervisão em todas as atividades do dia a dia, incluindo na sua higiene oral.<sup>(5)</sup> Normalmente, estas crianças têm elevado índice de patologias orais e dentárias, nomeadamente, uma elevada incidência de cáries e doenças periodontais, devido às dificuldades na higienização, consistência da dieta maioritariamente líquida e pastosa, condição socioeconómica e osmolaridade da saliva.

(12,18,19)

Apresentam também patologias como traumatismo dentário e dos tecidos moles, bruxismo, erosão dentária, sialorreia, maloclusão, defeitos no esmalte, entre outras. <sup>(3,4,5,6)</sup>

##### **4.6.1. Cárie dentária**

Existem vários fatores que contribuem para a cárie dentária, nomeadamente fatores biológicos, socioeconómicos, culturais e ambientais. As crianças com PC apresentam um elevado grau de deficiência motora e cognitiva que não lhes permite uma boa execução da higiene oral, para além de não compreenderem o seu significado e importância e não cooperarem com a mesma. A sua dieta maioritariamente líquida e pastosa aliada aos restantes fatores, fazem com que estas se tornem, assim, um grupo de risco relativamente à cárie. <sup>(3,7,19)</sup>

##### **4.6.2. Doença periodontal**

Os fatores que contribuem para esta patologia são as dificuldades na higiene dentária, sensibilidade oral, disfunção motora orofacial, uso de medicação antiepilética e dificuldades na alimentação, que levam a que a criança se alimente de comidas mais pastosas que são ricas em carboidratos. <sup>(3,14)</sup> É também caracterizada por hiperplasia gengival e pelo

sangramento associado á mesma. <sup>(3)</sup>

#### **4.6.3. Sialorreia**

Consiste na perda involuntária de saliva e conteúdo oral. São diversos os fatores que contribuem para a sialorreia, nomeadamente a ausência de controlo cervical, dificuldades na coordenação motora, epilepsia, incapacidade intelectual, dificuldades na fala, mordida aberta anterior e disfagia, entre outros. Clinicamente, a sialorreia pode ser classificada em anterior e posterior. A anterior é a perda involuntária de saliva da boca e a posterior consiste no fluxo de saliva da língua para a faringe. Esta hipersalivação não é socialmente aceite e pode causar efeitos negativos na qualidade de vida e na saúde psicossocial da criança. <sup>(3,8)</sup>

#### **4.6.4. Trauma dentário**

Estas crianças apresentam movimentos involuntários, epilepsia, resposta lenta ás situações que as rodeia e reflexos durante a mastigação e deglutição, aumentando assim o risco de traumas dentários. Também a maloclusão com incisivos superiores proeminentes e a incompetência labial contribuem para este. Existe, portanto, uma predisposição para a fratura do esmalte e dentina. <sup>(3,9)</sup>

#### **4.6.5. Maloclusão**

A maloclusão tem um papel importante na saúde oral da criança porque está associada a doenças periodontais, nomeadamente gengivite, tártaro, bolsas e desordens temporomandibulares, dificultando a mastigação e a comunicação. Os fatores de risco para a maloclusão poderão ser a perda de dentes prematura, a falta de dentes, o tamanho dos dentes, a respiração oral excessiva, a incompetência labial e até mesmo a falta de cor. <sup>(3,10)</sup>



#### 4.6.6. Bruxismo

O bruxismo consiste no ato de ranger os dentes e é frequentemente encontrado em crianças com PC, principalmente nos casos de défice cognitivo e motor severo. Este pode levar a abrasão dentária e conseqüentemente ao seu desgaste na face oclusal. <sup>(3)</sup>

Os fatores que contribuem para a presença de bruxismo são a espasticidade, desequilíbrio miofuncional oral, falta de controlo da posição mandibular que tende a piorar em alturas de stress, desordens do sono, uso de neurolépticos e maloclusão. <sup>(11)</sup>

#### 4.6.7. Erosão dentária

Consiste na perda progressiva de tecido dentário, como consequência de um processo químico. Uma das maiores causas da erosão dentária é o refluxo gastroesofágico, podendo também ser causada por dificuldades em engolir e infeções pulmonares recorrentes. Os dentes mais afetados são os molares superiores e inferiores e os incisivos superiores. <sup>(3)</sup>

Num estudo realizado em 41 crianças com idades entre 1 e 12 anos, concluiu-se que em 85.4%, a higiene é realizada pela mãe ou por outro cuidador, na frequência de 1 a 2 vezes por dia em 46.3%. Desta amostra, 82.9% utilizam escova e 73.2% utilizam pasta dentífrica. Já o fio dentário nunca é utilizado e bochechos com colutório não são realizados em 85.4% dos pacientes. <sup>(2)</sup>

Quanto á alimentação, esta é normal em 68.3% e apenas pastosa em 26.8%. As mães de 39.1% das crianças relataram alta frequência de consumo de açúcar, mais de três vezes ao dia e 51.2% utilizam água da rede pública para beber. <sup>(2)</sup>

Apenas 51.2% das crianças já tinham consultado, pelo menos uma vez, um médico dentista, contudo só dois terços relatam ter recebido informações sobre como evitar problemas orais.

Do total de crianças que consultou o dentista, 62.3% foi após os quatro anos de idade, sendo que a maioria, 57.1%, consultou há menos de 1 ano. Em 33.3% o motivo mais frequente para as consultas foi a prevenção. <sup>(2)</sup>

Cerca de 56% das crianças examinadas para deteção de má oclusão na dentição decídua apresentaram má oclusão moderada/severa. A maioria, 75%, com presença dos incisivos, caninos e primeiros molares permanentes apresentou má oclusão muito severa. Relativamente á alteração gengival, 50% das crianças com dentição permanente apresentaram tártaro e 43.8% sangramento gengival. Em 22% das crianças foram encontradas úlceras traumáticas. Não foram detetadas lesões claras de fluorose, apenas duas crianças com manchas questionáveis. <sup>(2)</sup>

Ao avaliar a experiência de cárie, têm-se 61,1% das crianças com presença de dentes decíduos acometidos e 14,3% das crianças com dentição permanente com presença de cárie nestes dentes. Quando avaliada a presença de cárie, independentemente do tipo de dentição, percebe-se 58,5% das crianças com experiência de cárie. Apenas 41.5% das crianças estavam livres de cárie, sendo que todos os demais necessitavam de algum tipo de tratamento restaurador. <sup>(2)</sup>

De acordo com Shyama et al. indivíduos com PC apresentam mais frequentemente más oclusões de Classe II, assim como agenesia e diastema nos dentes anteriores. Isto deve-se á erupção precoce da dentição decídua, incompetência labial e á falha do músculo orbicular da maxila, como causa de overjet excessivo nestes pacientes. <sup>(10)</sup>

Num estudo realizado em 40 pacientes dos 2 aos 18 anos de idade, verificou -se maior frequência do sexo feminino, 52,9%, sendo que 41.2% tinham idades entre 12 e 18 anos, 50% eram tetraparésicos, 88.2% com disfunção muscular do tipo espástico e 78.8% com deficiência moderada na habilidade da comunicação. <sup>(12)</sup>

Relativamente à consistência da dieta, 61.8% realizava uma dieta sólida e no que toca à escovagem 50% escovavam os dentes duas vezes ao dia. A visita ao médico dentista foi reportada por 70,6% dos cuidadores. <sup>(12)</sup>

Relativamente á experiência de cárie, esta foi de 66.7%. Cerca de 83.9% apresentou alteração periodontal, 38.1% hemorragia gengival, 47.6% tártaro e 9.5% bolsa periodontal.

Relativamente ao trauma dentário este ocorreu em 33.3%, sendo que 54.5% foi fratura de esmalte e 45.5% fratura de esmalte e dentina. No que diz respeito á mordida, 31.8% era normal, 4.5% reduzida, 54.5% aberta e 9.31% profunda. A presença de mordida cruzada observou-se em 9.1% da amostra. <sup>(12)</sup>

De acordo com Ana Carolina e Cintia, Abanto et al. verificou que as crianças com PC apresentaram uma frequência mais alta de alimentos líquidos ou pastosos, assim como maior necessidade de auxílio durante a alimentação e maior presença de placa bacteriana. Os autores observaram que a alimentação pastosa é a mais oferecida às crianças com PC e justificaram que a preferência destes pacientes por este tipo de alimentação se deve às alterações na motricidade orofacial, o que dificulta a mastigação e a deglutição de alimentos sólidos. A alimentação pastosa, permanecendo mais tempo na cavidade oral, e as dificuldades em realizar a higiene oral nesses pacientes levam, consecutivamente a um acúmulo de placa bacteriana. <sup>(13)</sup>

Neste estudo salienta-se a importância de considerar as características da dieta e uma orientação nutricional durante o planeamento do tratamento odontológico destes pacientes, uma vez que as dificuldades na mastigação e deglutição também são identificadas como fatores de risco para um estado nutricional inadequado. <sup>(13)</sup>

Em relação aos objetos utilizados para a alimentação, observou-se que a grande maioria dos pacientes utilizava os convencionais (copo e colher). Entretanto, verificou-se que 23,3% das crianças associavam estes ao uso do biberão. Considerando as dificuldades em relação à mastigação e deglutição já mencionadas, o uso do biberão diurno e noturno, faz com que a alimentação, geralmente rica em carboidratos, permaneça por mais tempo na boca. Assim, reafirma-se a necessidade de uma orientação dietética individualizada com ênfase na orientação do consumo controlado de açúcares para estes pacientes. <sup>(13)</sup>

Segundo outro estudo, o atendimento odontológico a pacientes especiais deve ser efetuado tendo em conta o direcionamento da anamnese aos pais, com o objetivo de se levantar a história clínica do paciente e procurar criar uma relação de cumplicidade com o paciente a fim de facilitar o exame oral, bem como desenvolver e executar o plano de tratamento. <sup>(14)</sup>

É também de grande valia que haja a participação do médico dentista, a fim de desenvolver atividades educativas, terapêuticas e preventivas, no âmbito da promoção de saúde oral e, em consequência, na melhoria do quadro geral do paciente. <sup>(14, 15)</sup>

Num estudo realizado através de um questionário a 65 cuidadores, quando questionados sobre o conceito de placa bacteriana, 58,5% disseram que é “uma camada de bactérias formadas sobre os dentes” e sobre a etiologia da cárie, 46,2% afirmaram que esta é “causada pela ação de bactérias que produzem ácidos que destroem as camadas dos dentes”. A maioria afirmou que a saúde oral interfere na qualidade da saúde geral. <sup>(15)</sup>

Sobre o grau de dificuldade em abrir e manter aberta a boca no momento da higienização, 43,07% dos cuidadores relataram ser “difícil” e 40% “fácil”. Sobre conhecer ou fazer uso de abridores de boca na higienização, 75,4% não conhecem e 16,9% conhecem, mas não o fazem. Sobre o uso das escovas de dentes, 84,6% afirmaram usar uma “escova comum” e 49,3% acreditam que a escova motorizada seria a melhor opção para aperfeiçoar a higiene oral. Em relação ao uso do fio dentário 78,46% relataram não fazer uso e acerca das diferentes formas de fios dentais, 86,2% assumiram não conhecer e 10,8% conheciam, mas não faziam uso. <sup>(15)</sup>

Nasiloski et al. relataram que em 85% dos casos, o papel de cuidador é exercido pela mãe, fato reforçado por Campanaro et al. Neste estudo, muitos dos cuidadores são do sexo feminino e 81,5% identificaram-se como mãe da pessoa que estava sob os seus cuidados. Este dado reforça a importância da sensibilização da família, especialmente das mães, sobre a aplicação de materiais e técnicas na higiene oral, o que pode resultar em benefícios e deve ser a primeira medida para garantir a saúde oral destes pacientes. <sup>(15)</sup>

Em relação à renda familiar mensal e ao grau de instrução, a associação entre as condições socioeconômicas e o grau de escolaridade tem sido observada em alguns estudos onde sugerem que há uma prevalência maior de cárie e doenças orais nos indivíduos que possuem baixos níveis financeiros e de escolaridade. Quando questionados sobre a qualidade da saúde oral do indivíduo com PC, 43% afirmaram ser “regular” e 37% “bom”. As classificações “ótimo” e “ruim” tiveram 6,2% e 13,8%, respetivamente. <sup>(15)</sup>

Neste estudo, ao serem questionados sobre o que é a placa bacteriana, 35,4% disseram não saber do que se trata, o que torna este um dado preocupante no que se refere à qualidade da saúde desses indivíduos. A remoção diária e eficiente da placa bacteriana é um elemento importante para impedir o desenvolvimento de cárie dentária e doença periodontal, sendo que esses esclarecimentos deveriam compor o cerne dos conhecimentos dos cuidadores.<sup>(15)</sup>

Para Campanaro et al. a falta de higiene oral pode gerar implicações negativas na qualidade de vida, tendo potencial para refletir em vários âmbitos da saúde sistêmica do indivíduo.

Neste estudo, ao serem perguntados se consideravam a saúde oral importante para o estado geral de saúde da pessoa que estava sob o seu zelo, 98,5% afirmaram que sim, sob a justificativa de que “a saúde começa pela boca”.<sup>(15)</sup>

Vettore et al. revelam no seu estudo, que a frequência de higienização oral está consideravelmente associada à higiene corporal e se uma não é posta em prática, por conseguinte, haverá desinteresse em exercer a outra. Dos cuidadores entrevistados, 38,47% disseram que realizam a higiene da cavidade oral três vezes ao dia e apenas um afirmou que não o faz (1,5%).

## 5. Conclusão

Todas as dificuldades, características e patologias associadas a esta doença dificultam de forma significativa a saúde oral das crianças com PC, uma vez que através desta pesquisa se evidenciou a falta de higiene oral presente nestes pacientes.

É, assim, prioritária a instrução e orientação dos pais/tutores para uma melhoria dos cuidados de saúde oral no quotidiano destas crianças, com implementação de programas de promoção da saúde oral e divulgação da informação relativa aos cuidados em ambulatório, uma vez que o estado de higiene oral insatisfatório, encontrado assim na globalidade destas crianças, poderá ser revelador do desconhecimento e/ou das dificuldades encontradas por pais e cuidadores na execução de boas práticas de higiene.

Estabelecer, então, programas de prevenção pode ser fundamental para a manutenção e promoção de saúde oral nestes pacientes, com formação de profissionais de saúde, capacitados em executar medidas preventivas e tratamento adequado, associado à implementação de políticas públicas eficazes para populações de alto risco. A atuação concertada de uma equipa multidisciplinar é, assim, essencial para a melhoria da sua qualidade de vida, impelindo a que sejam ultrapassadas todas as barreiras linguísticas, culturais e financeiras que possam impedir ou condicionar o desejável acesso aos cuidados devidos.

## 6. Bibliografia

1. Ferraz JS. LIBRAS e Paralisia cerebral.
2. Guerreiro PO, Garcias G de L. Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2009;14(5):1939–46.
3. Jan BM. Dental health of children with cerebral palsy. *Neurosciences*. 2016;21(4):314–8.
4. Bener A, Mulla M Al, Clarke A. Premarital Screening and Genetic Counseling Program : Studies from an Endogamous Population. 2019;12–7.
5. Montserrat Diéguez-Pérez, de Nova-García MJ, Mourelle-Martínez MR, Bartolomé-Villar B. Oral health in children with physical (Cerebral Palsy) and intellectual (Down Syndrome) disabilities: Systematic review I. *J Clin Exp Dent*. 2016;8(3):e337–43.
6. Katz CRT. Integrated approach to outpatient dental treatment of a patient with cerebral palsy: A case report. *Spec Care Dent*. 2012;32(5):210–7.
7. Liu Z, Yu D, Luo W, Yang J, Lu J, Gao S, et al. Impact of Oral Health Behaviors on Dental Caries in Children with Intellectual Disabilities in Guangzhou, China. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(10):11015–27.
8. Scofano Dias BL, Fernandes AR, Maia Filho H de S. Sialorrhea in children with cerebral palsy. *J Pediatr (Versão em Port [Internet]*. 2016;92(6):549–58. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.03.006>
9. Cardoso AMR, Silva CRD, Gomes LN, Gomes M da NC, Padilha WWN, Cavalcanti AL. Dental trauma in Brazilian children and adolescents with cerebral palsy. *Dent Traumatol*. 2015;31(6):471–6.
10. Winter K, Baccaglioni L, Tomar S. A review of malocclusion among individuals with mental and physical disabilities. *Spec Care Dent*. 2008;28(1):19–26.
11. Oliveira CAGR, de Paula VAC, Portela MB, Primo LSC, Castro GF. Bruxism Control in a Child with Cerebral Palsy. *ISRN Dent*. 2010;2011:1–4.

12. Cardoso A, et al. Condição bucal de crianças e adolescentes brasileiros institucionalizados com paralisia cerebral. *Rev Port Estomatol Med Dentária e Cir Maxilofac.* 2017;58:5–10.
13. Ana Carolina Oliveira L, Cintia Regina Tornisiello K. Condições de saúde bucal e acesso ao tratamento odontológico de pacientes com paralisia cerebral atendidos em um centro de referência do Nordeste - Brasil. *Rev CEFAC [Internet].* 2012;(2):861–71. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462012000500012&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000500012&lang=pt)
14. Basting RT, Salvatto MV, Migliato KL. Saúde bucal em indivíduos portadores de múltiplas deficiências. 2007;251–6.
15. Silva HM, Brasileiro de Oliveira K, Silva RV, Coelho PM. A percepção dos cuidadores de Pacientes com Necessidades Especiais na higiene bucal em um município baiano. *Rev Faculdade Odontol Lins.* 2018;28(1):27.
16. Gulati S, Sondhi V. Cerebral Palsy: An Overview. *Indian J Pediatr.* 2018;85(11):1006–16.
17. Nip ISB, Arias CR, Morita K, Richardson H. Initial Observations of Lingual Movement Characteristics of Children With Cerebral Palsy. *J Speech, Lang Hear Res.* 2017;60(6S):1780–90.
18. Abreu KCS de, Franco SB de O, Calheiros PR. Abordagem Odontológica Para Pacientes Portadores De Distúrbios Neuropsicomotores. *Igarss 2014.* 2014;(1):1–5.
19. Santos C, Filho DC. Saúde Bucal E Qualidade De Vida Em Trabalhadores Com E Sem Assistência Odontológica. 2008;16(3):7–13.
20. Maria R. Children and adolescents with cerebral palsy in the perspective of familial caregivers. 2017;19(6):821–9.
21. Changes in mandibular and cervical motor control of children with cerebral palsy. 2014;
22. Pk G. Cerebral Palsy Oral Health : Impact of Drooling and Dental Caries. *Austin Dent Sci.* 2016;1(1):1–2.



23. Ruiz LA, Diniz MB, Loyola-Rodriguez JP, Habibe CH, Garrubbo CC, Santos MTBR. A controlled study comparing salivary osmolality, caries experience and caries risk in patients with cerebral palsy. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal*. 2018;23(2):e211–5.
24. Siqueira WL, Teresa M, Rodrigues B. The influence of valproic acid on salivary pH in children with cerebral palsy. 2007;27(2):64–6.
25. Subasi F, Mumcu G, Koksal L, Cimilli H, Bitlis D. Factors affecting oral health habits among children with cerebral palsy : Pilot study. 2007;853–7.

## Capítulo II - Relatório das atividades práticas das disciplinas de estágio

### 1. Estágio em Clínica Geral Dentária

Este estágio decorreu na clínica Filinto Baptista, no Instituto Universitário de Ciências da Saúde – Gandra, com uma carga horária de 5h semanais, que decorria á quarta feira, das 19h ás 24h, de 12 de Setembro de 2018 até 12 de Junho de 2019. Em todo este período fomos supervisionados pelo mestre João Baptista, pelo professor Luís dos Santos e pela professora Sónia Machado.

Ao longo deste estágio fui capaz de aplicar, desenvolver e aprimorar todas as técnicas e conhecimentos que aprendi ao longo do curso, e sem dúvida que foi uma mais valia para a nossa componente prática dado que nos torna seres mais autónomos e é um ótimo estimulante das nossas capacidades como profissionais de saúde.

Ato clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	9	12	21
Endodontia	1	2	3
Exodontia	0	0	0
Destartarização	4	4	8
Prótese Fixa	0	0	0
Prótese Removível	0	1	1
Outros	1	0	1

Tabela 1: Atos clínicos ECGD

### 2. Estágio em Clínica Hospitalar

Este estágio decorreu no Hospital Senhora da Oliveira em Guimarães durante um período de 3.5h semanais, tendo iniciado no dia 13 de Setembro de 2018 até 13 de Junho de 2019

sob a supervisão do Mestre Raul Pereira e do Doutor Fernando Figueira, sendo realizado á quinta-feira entre as 9h e as 12h30.

Durante a permanência neste estágio fomos expostos a vários tipos de pacientes fora do nosso clima comum, ou seja, a situações menos frequentes, como pacientes com necessidades especiais e doenças mais raras. Este contacto enriqueceu, pessoalmente, a minha prática clínica, pois para além de ter de me adaptar, aprendi novas formas de abordar o paciente.

Isto tudo aliado ao grande fluxo de pacientes, á destreza manual daí adquirida e á rapidez desenvolvida na prática dos atos clínicos mostrou-se altamente benéfico para a construção do meu perfil como futura Médica Dentista.

Ato clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	25	26	51
Endodontia	0	1	1
Exodontia	28	21	49
Destartarização	11	16	27
Prótese Fixa	0	0	0
Prótese Removível	0	0	0
Outros	5	11	16

Tabela 2: atos de ECH

### 3. Estágio em Saúde Oral e Comunitária

Este estágio teve uma carga horária de 3.5h semanais, sendo realizada á sexta-feira entre as 9h e as 12h30. Iniciou-se no dia 14 de Setembro de 2018 até 14 de Junho de 2019, sob a supervisão do Professor Doutor Paulo Rompante. Numa primeira fase decorreu no IUCS sendo planeado e organizado um plano de atividades. Posteriormente foram implementados o Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira e o Hospital de Santo Tirso.

Este estágio foi uma experiência bastante enriquecedora a nível pessoal e profissional que, mais uma vez, nos permitiu lidar com pacientes e situações fora do nosso quotidiano.

Ato clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	5	8	13
Endodontia	0	3	3
Exodontia	1	3	4
Destartarização	2	4	6
Prótese Fixa	0	0	0
Prótese Removível	0	0	0
Outros	2	11	13

Tabela 3: Atos de ESOC