

UNIVERSIDADE TIRADENTES

**MARIA EDUARDA ABRANCHES CASTILHO ROCHA
THEREZA RAQUEL MENDONÇA NORONHA**

**ATENDIMENTO ODONTOPEDIÁTRICO DE
PACIENTE PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Aracaju/SE

2022

**MARIA EDUARDA ABRANCHES CASTILHO ROCHA
THEREZA RAQUEL MENDONÇA NORONHA**

**ATENDIMENTO ODONTOPEDIÁTRICO DE
PACIENTE PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientadora: Msc. Vanessa dos Santos Viana

Aracaju/SE

Jun/2022

**MARIA EDUARDA ABRANCHES CASTILHO ROCHA
THEREZA RAQUEL MENDONÇA NORONHA**

**ATENDIMENTO ODONTOPEDIÁTRICO DE
PACIENTE PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à coordenação do curso de
Odontologia da Universidade Tiradentes
como parte dos requisitos para obtenção do
grau de bacharel em Odontologia.

Aprovado em: __/__/__

Banca examinadora

Professora Orientadora: Vanessa dos Santos Viana

1º examinadora: Aline Soares Monte Santo

2º examinador: Jamille Alves Araújo Rosa

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Vanessa dos Santos Viana, orientadora das discentes, Maria Eduarda Abranches Castilho Rocha e Thereza Raquel Mendonça Noronha, alunas com o trabalho intitulado “**ATENDIMENTO ODONTOPEDIÁTRICO DE PACIENTE PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL: RELATO DE CASO CLÍNICO**” está em condições de ser entregue a Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por – de acordo com os preceitos estabelecidos no manual para realização do trabalho de conclusão do curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo:

Orientadora

ATENDIMENTO ODONTOPEDIÁTRICO DE PACIENTE PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Maria Eduarda Abranches Castilho Rocha^a, Thereza Raquel Mendonça

Noronha^a;

Vanessa dos Santos Viana^b

^aGraduandas em Odontologia - Universidade Tiradentes; ^bProfessora Adjunta do Curso de Odontologia - Universidade Tiradentes

Resumo

Paralisia Cerebral pode ser definida como uma lesão permanente não progressiva do sistema nervoso que afeta o tônus, os reflexos e as posturas, comprometendo o desenvolvimento motor. Essas alterações são complementares a essa lesão do cérebro, que está em desenvolvimento, podendo ocorrer no período gestacional, peri ou pós natal. Devido a esses fatores o atendimento odontológico em paciente com paralisia cerebral requer cuidados especiais. Desta forma o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de paralisia cerebral com quadro motor de tetraparesia espástica com hipotonia de base, cadeirante, com queixa de bruxismo em grau elevado. Foi realizado um tratamento individualizado, baseado no domínio de técnicas de manejo odontológico, com uso de abridor de boca realizado com espátula de madeira e gases. Pode-se perceber através do estudo do caso a importância das técnicas de manejo, da utilização desta forma correta e individualizada, e da orientação de higiene oral para o responsável, apresentando por fim, o sucesso no tratamento.

Palavras-chave: Paralisia cerebral, odontopediatria, saúde, higiene bucal, odontologia, bruxismo.

Abstract

Cerebral Palsy (CP) can be defined as a non-progressive, nerve-system injury that affects the tonus, reflexes and postures, compromising engine development. These changes are complementary to this brain injury, which is developing, and can occur in the gestational, perinatal or postnatal period. Due to these factors the dental care in patients with Cerebral Palsy requires special care, so the objective of this job is to report the clinical case from a 8-year-old child patient with CP, attended at the UNIT dental clinic, the child presents spastic tetraplegic cerebral palsy, wheelchair user, with the compalin of hight level bruxism. It was an individualized treatment based on the domain of dental management techniques, with the use of mouth openers made out of wooden spatula and gases. The present study allows one to perceive the importance of management techniques and knowledge, including how to use them in an optimized and individualized way, and oral hygiene guidance for the person responsible, presenting at last, success in the treatment.

Keywords: Cerebral Palsy, pediatric dentistry, health, oral hygiene, dentistry, bruxism.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
RELATO DE CASO.....	14
DISCUSSÃO.....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27
ANEXOS: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	30

1. INTRODUÇÃO

1.1 PARALISIA CEREBRAL

A paralisia cerebral (PC) trata-se de uma lesão permanente e não progressiva do sistema nervoso em desenvolvimento que afeta o tônus, os reflexos e as posturas, comprometendo assim o desenvolvimento motor do indivíduo. A PC é mais comum na infância e seu diagnóstico abrange síndromes clínicas diversas, sendo classificadas em tipo e gravidade de comprometimento funcional. Uma variedade de comorbidades clínicas e neurológicas podem ser associadas a essa condição, essa não é considerada doença e sim uma deficiência (PEREIRA, 2018 e CHAGAS *et al.*, 2008, MIGUEL, HAYASHIDA e PRESTES, 2021).

A Paralisia Cerebral é resultante de uma lesão não progressiva sobre o Sistema Nervoso Central, manifestando-se clinicamente de acordo com o tipo e distribuição do comprometimento. A classificação dos tipos de paralisia cerebral tradicionalmente refere-se aos subtipos motores relacionados à base topográfica da lesão e tem sua gravidade referida como leve, moderada e grave. Os tipos de paralisia cerebral são divididos em: espástica; atetóide; atáxica e mista (FERNANDES *et al.*, 2007). A forma espástica é responsável por 70% dos casos, e tem como característica a hipertonia (rigidez) muscular e está relacionada à velocidade do movimento, nesses pacientes é comum o atraso nas aquisições motoras (locomoção, estabilidade e manipulação) e a permanência dos reflexos primitivos. A espasticidade (aumento involuntário da contração muscular) pode ser agravada por dor, stress, fadiga, febre, resfriados, doenças sistêmicas, dificuldades no sono, constipação, diarreia, roupas apertadas, órteses mal adaptadas, imobilização e alterações hormonais (FONSECA, CORDANI e OLIVEIRA, 2010). A espasticidade pode se apresentar de forma: quadriplegia (afetará o corpo todo), diplegia (afetará as pernas), hemiplegia (músculos rígidos e fracos, causando dificuldade de fala e locomoção), e em casos raros, a paraplegia (fraqueza gradual com espasmos musculares). As pernas e os braços afetados do portador da PC Espástica são pouco desenvolvidos, bem como são rígidos e fracos, podendo apresentar características como estrabismo, vesguice e outros problemas de visão. As crianças com tetraplegia espástica são as mais gravemente afetadas, com frequência apresentam deficiência intelectual (por vezes grave), juntamente com convulsões e dificuldades para deglutir, gerando complicações de aspiração de

secreções salivares e estomacais, dando origem a inflamação nos pulmões e causando dificuldades respiratória, podendo danificar permanentemente os pulmões. A quadriplegia, geralmente ocorre deficiência corticobulbar associada aos movimentos oral, lingual e palatal, com conseqüente disartria (fala arrastada/lenta) e disfagia (dificuldade para deglutição) (VICTORIO, 2019; SILVIA, 2018).

A etiologia da paralisia cerebral é multifatorial, sendo às vezes muito difícil estabelecer uma causa específica. Os fatores para aumento do risco de PC, incluem todos aqueles que influenciam negativamente a saúde da mãe, incluindo a exposição a agentes tóxicos e infecciosos, as condições de viabilidade e nutrição do bebê, as condições de parto e a ocorrência de eventos hipóxicos ou traumáticos no período perinatal. Os fatores perinatais como por exemplo, acidentes vasculares, infecções do sistema nervoso central, hipoxia e asfixia perinatal, são provavelmente responsáveis por 15 a 20% dos casos diagnosticados (PEREIRA, 2018, FUNAYAMA *et al.*, 2000; FRANCO *et al.*, 2020).

A prevalência estimada de pessoas com paralisia cerebral é em torno de 2,1 casos para 1000 nascidos vivos e mantém-se constante ao longo de décadas em diversos estudos. Em países como o Brasil, com grande heterogeneidade regional e desigualdade de cuidados, é possível que tenhamos a convivência de cenários muito distintos, com prevalências médias em grupos populacionais e regiões que sejam maiores, se adequadamente avaliadas. É importante sinalizar, que as condições de saúde são influenciadas pela pobreza e que 80% das pessoas com deficiência no planeta encontram-se em países de baixa e média renda. A atenção pré e perinatal e os cuidados avançados ao recém nascido de risco até a supervisão do desenvolvimento, implicam impacto na prevalência final do diagnóstico e em sua gravidade. (PEREIRA, 2018; MONTEIRO, 2019).

Diagnosticar precocemente a lesão neurológica e sua progressão, em um quadro clínico de paralisia cerebral é um dos determinantes para um melhor prognóstico, entende-se que o início de uma intervenção nos primeiros 2 anos de vida aumente as perspectivas de recuperação funcional. Antes de marcos motores maiores serem apresentados, o comportamento da criança, seja muito irritado ou dócil, a presença de reflexos primitivos exaltados e posturas inadequadas (como o opistótono),

dificuldade de alimentação e de ganho ponderal são indicadores precoces de disfunção. As disfunções motoras na paralisia cerebral podem ser divididas nas categorias positiva, que consistem em sinais adicionados no comportamento motor habitual e são geralmente fáceis de identificar no exame físico, são estas a espasticidade, a postura anormal, a discinesia, os reflexos exaltados e a persistência das reações primitivas; e negativa que tem a característica de fraqueza e paresia, problemas de coordenação central, contrações e movimentos espelhados. O exame neurológico sistemático sempre foi a primeira ferramenta de avaliação e diagnóstico dos bebês e seu valor é incontestável, além desse, exames rotineiros relacionados ao controle metabólico e de infecções, visando esclarecer doenças de base e controle de metabólitos potencialmente tóxicos, os exames de eletroencefalograma, ressonância magnética e ultrassonografia também são empregados (PEREIRA, 2018).

As disfunções motoras na PC (categoria positiva e negativa) são complementares à uma lesão do cérebro que está em desenvolvimento e podem ocorrer durante a gestação, durante e após o nascimento, causando as limitações de uso cotidiano, mesmo sendo irreversível e complexa, crianças com a Paralisia Cerebral podem ter uma vida produtiva se receberem tratamento adequado às suas necessidades (VARELLA, 2019).

O Sofrimento fetal tem alta incidência relacionada às causas da PC e é definida pela falta de oxigênio para o feto (hipóxia). Essa ocorre de forma inesperada e apresenta consequências imediatas, pois o próprio feto interrompe seu mecanismo de defesa para adaptar-se à ausência do oxigênio, essa condição pode levar a falência do feto, sendo causada pela dificuldade da passagem do sangue da placenta para o bebê, pelo sangramento da mãe ou também por alterações no cordão umbilical. O sofrimento fetal crônico ocorre quando há falta de oxigênio e de nutrientes de forma contínua, podendo suceder através de problemas genéticos, fetais e maternos (hipertensão, diabetes, medicamentos, drogas, álcool, cigarro, obesidade, colesterol alto, problemas cardíacos). Nessa condição o feto desvia o fluxo do sangue para outros órgãos, como cérebro, coração e suprarrenais, como forma de sobrevivência, podendo recuperar-se sem consequências, mas caso prolongado, desencadeia problemas futuros (BENTLIN, REBELLO e BARROS, 2019).

Outras condições de maiores riscos para o desfecho de paralisia cerebral são a prematuridade abaixo de 28 semanas, o peso do nascimento abaixo de 1500g e o índice de vitalidade do recém-nascido aferido pelo índice de Apgar menor que 7, em 5 minutos (análise clínica do recém-nascido nos primeiros 5 minutos de vida para determinar se o mesmo precisa de alguma assistência médica imediata, analisando aparência, pulso, gesticulação), atividade e respiração, apresentando a soma ideal acima de 7 para boa vitalidade (VICTORIO, 2019; PEREIRA, 2018).

Entende-se que múltiplos fatores potencializam o dano cerebral, tais como: as malformações estruturais regionais com déficit motor, a ocorrência de acidentes vasculares (AVCs), infecção materno fetal tal como a corioamnionite, concentrações elevadas de bilirrubina no sangue que podem dar origem a uma lesão cerebral denominada querníctero, infecções do trato gênito-urinário, vaginite e até mesmo periodontite podem ser responsáveis por mecanismos diretos e indiretos de lesão ao cérebro do feto. Durante os primeiros dois anos de vida, doenças graves, como a inflamação dos tecidos que revestem o cérebro (meningite), infecção grave na corrente sanguínea (sepse), lesões e desidratação graves podem causar lesões cerebrais e resultar também na paralisia cerebral (PEREIRA, 2018).

Uma série de medidas terapêuticas objetivam minimizar a cascata de eventos que causam morte celular no processo desencadeado pela hipóxia, o adequado controle das convulsões e o emprego da hipotermia terapêutica em bebês elegíveis, são consagrados como terapias. Com o aperfeiçoamento das técnicas de ultrassonografia, tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM), e os avanços na assistência pré-natal, passaram a destacar-se entre as principais causas de PC, as malformações cerebrais e infecções maternas (congênitas e amnióticas). Há muito tempo, a literatura médica vem reafirmando que, em caso de sofrimento fetal por hipóxia ou isquemia periparto, os achados neurológicos no neonato apresentam maior sensibilidade como fator prognóstico. (BENTLIN, REBELLO e BARROS, 2019).

O tratamento para esses pacientes tem a intenção de realizar o ganho de habilidades e prevenir complicações (deformidades, distúrbios, convulsões), necessitando de uma equipe multidisciplinar contando com fisioterapeuta, ortopedista, neurologista, oftalmologista, cardiologista, pediatra, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista,

dentista, medicamentos e até cirurgias, que podem melhorar sua qualidade de vida (VARELLA, 2019).

1.2 PAPEL DO CIRURGIÃO DENTISTA E O MANEJO CLÍNICO

A paralisia cerebral do tipo espástica afeta o sistema músculo esquelético, limitando também a função motora oral, a qual é compreendida como os aspectos motores e sensoriais das estruturas da cavidade oral e faringe até a entrada do esôfago. Por essa razão, sabemos que essas crianças pertencem a um grupo de risco para desenvolver desordens de fala, deglutição ou disfagia, o que pode ser observado como um dos primeiros sinais do distúrbio neurológico (ROCHA *et al.*, 2011).

Achados orais como a sialorréia, espasmos persistentes na língua, mordida cruzada, protrusão lingual, má oclusão do tipo classe II, hipertonicidade labial, interposição lingual, atresia maxilar, constrição dos arcos mandibular e maxilar, bruxismo, alterações da articulação temporomandibular. A doença cárie e doença periodontal, também apresentam alta incidência nesses pacientes, podendo ser relacionadas a dificuldade de higienização oral, características neurológicas e fisiológicas da síndrome, alimentação rica em uma dieta cariogênica e hábitos deletérios. Esses achados trazem à tona a necessidade de um acompanhamento odontológico rotineiro desde de os primeiros anos de vida desses pacientes, para prevenção e realização de tratamentos odontológicos, caso necessário (ROCHA *et al.*, 2011; FARIA, 2013; CARVALHO, FERREIRA e REZENDE, 2021).

A excelência profissional é resultado de competências e habilidades técnico-científicas aliadas a atitudes humanas e compassivas. O protocolo de atendimento odontológico para pacientes portadores da Paralisia Cerebral se mantém igual ao de pacientes portadores de necessidades especiais, o condicionamento destes, o envolvimento familiar, comunicação multidisciplinar e técnicas de manejo tornando o atendimento humanizado e facilitado. Esses pacientes exigem tipos de cuidados/habilidades para que o tratamento possa ocorrer de forma eficiente (KOHASHI *et al.*, 2019; OLIVEIRA e GIRO, 2010; MORETTO, AGUIAR e REZENDE, 2014).

Deve ser incluído no atendimento clínico uma anamnese detalhada, com histórico médico completo incluindo a presença de distúrbios, alterações comportamentais e farmacologia utilizada. Caso necessário ser empregada a técnica de contenção física os pais/responsáveis devem entender e assinar o termo de consentimento (COTA *et al.*, 2019; ORTEGA, 2009).

Algumas medidas podem ser tomadas durante as consultas com o intuito de favorecer o atendimento, como: planejar consultas rápidas pela manhã evitando o desgaste muscular e mental do paciente, posicionar o paciente de forma confortável na cadeira e estabilizando os movimentos, preferir a posição inclinada para melhor controle da deglutição, controlar os movimentos mandibulares utilizando abridores de boca (CRUZ e OLIVEIRA, 2018). Além disso, devem ser evitados movimentos bruscos (em alguns casos a estimulação visual e sonora) que podem desencadear reflexos comportamentais dos pacientes (LEITE CN e VARELLIS, 2016). Deve-se orientar os pais/cuidadores sobre a higienização do paciente, indicar o uso de escovas dentais elétricas ou fazer uso de enxaguante bucal de 0,12% de clorexidina em último recurso (CRUZ e OLIVEIRA, 2018).

O maior desafio dos cirurgiões-dentistas é definir uma rotina odontológica preventiva para pacientes de necessidades especiais, sabendo que muitos apresentam alto risco de alterações bucais (AMORIM, OLIVEIRA E SOUSA, 2018). O atendimento ainda no 1º ano de vida vem sendo cada vez mais recomendado, tendo como intuito instruir aos responsáveis, a respeito de hábitos orais saudáveis e prevenção das principais doenças bucais. O odontopediatra deve orientar acerca de uma dieta não cariogênica e informar aos responsáveis sobre o alto potencial cariogênico da alimentação noturna após a erupção dentária e dos medicamentos orais pediátricos (CRUZ e OLIVEIRA, 2018). É recomendado evitar movimentos repentinos e estimulação sonoro/visual, situações podem desencadear quadros convulsivos (COTA *et al.*, 2019).

Em relação a técnicas de manejo, as mesmas devem ser aplicadas de forma individualizadas para cada paciente, conforme as características de personalidade e funcionalidade de cada indivíduo. As técnicas de manejo clínico aplicadas pelo odontopediatra devem sempre ser discutidas com o responsável pelo paciente (NOLETO, BORGES e FELIPE, 2020).

O nascimento de uma criança com malformação congênita afeta a família de uma forma geral, causando limitações a criança/família, angústia, ansiedade, frustração e infelizmente também gera dúvida nos pais da sua própria capacidade, dificultando a aceitação, o vínculo com o bebê, desestruturando a rotina da família e aumentando a angústia em relação ao futuro da criança (FÉLIX, FARIAS, 2018). Os familiares e responsáveis também se tornam pessoas com necessidades especiais pois precisam de informações para lidar com a situação, causando desgaste físico e psicológico a todos ao seu redor. Deve ser levada em questão a saúde do cuidador, por estar conjugada com a gravidade da doença da criança e pela demanda de cuidados, diminuindo o tempo livre dos mesmos, alterando sua situação profissional, aumentando cansaço, estresse e sobrecarga (GONDIM, CARVALHO, 2012).

O presente trabalho objetiva relatar o caso clínico de um paciente infantil portador de paralisia cerebral, atendido em ambulatório odontológico. Mostrando assim, a partir do caso descrito, a necessidade da execução das técnicas de manejo clínico adequadas, respeitando as individualidades de cada paciente, e tendo como base o conhecimento das características da deficiência citada, para que as consultas preventivas e clínicas sejam otimizadas, visando a melhora da qualidade de vida do paciente através do tratamento e prevenção odontológicos.

2. RELATO DE CASO CLÍNICO:

Paciente H.D.N.S., gênero masculino, 8 anos de idade, melanoderma, ASA IV, CID10 G80 (paralisia cerebral com quadro motor de tetraparesia espástica leve com hipotonia de base), cadeirante (necessitando de cuidados especiais) (Figura 1), PA 110/60 hgmm, peso 19kg, altura 1,23cm, escala de Frankl tipo II, compareceu a Clínica Odontológica de Odontopediatria da Universidade Tiradentes, acompanhado de sua mãe para avaliação clínica da sua saúde bucal, com queixa principal que “costuma ranger e apertar demais os dentes” (S.I.C).



Figura 1. Apresentação do paciente

Fonte: Caso clínico estudado

Foi realizado uma anamnese mais detalhada, coletando o maior número de informações. Ao longo dela foi constatado complicações durante a gestação da mãe incluindo a perda de líquido amniótico e sofrimento fetal do bebê, a criança nasceu prematura, possuindo alteração de estrutura e função do corpo. O paciente possui acompanhamento de uma equipe multidisciplinar (incluindo neurologista, ortopedista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional), faz uso contínuo do medicamento Gardenal (anticonvulsivante e sedativo) e Frisium (sedativo indicado para tratamento de sintomas de transtornos psicovegetativos e psicossomáticos sem

causas orgânicas diagnosticada), já foi hospitalizado em decorrência de convulsões e febre, possui alergia ao medicamento Ibuprofeno (anti-inflamatório não esteroide). Possui insuficiência cardíaca, apresentando sopro. Não possui problemas respiratórios, renais, intestinais e estomacais; não possui diabetes, hemorragia, anemia, hipotensão ou hipertensão. Apresenta problemas neurológicos decorrentes da paralisia cerebral incluindo convulsões, epilepsia e desmaios. A criança faz acompanhamento odontológico rotineiro, com odontopediatra, se apresenta pouco colaborativo com atendimento, foi amamentando até os 7 meses de vida, utiliza mamadeira (contendo vitaminas e sucos de frutas), possui dieta balanceada e não cariogênica, sendo as mais comuns líquida e pastosa. Possui hábitos deletérios incluindo a sucção da língua, língua protusa, respiração bucal, abocanhar/mordiscar objetos (fase oral do bebê), movimentos involuntários dos músculos mastigatórios e da língua, já usou chupeta e possui alterações na fonação. A responsável relatou que faz a escovação da criança uma vez ao dia com dentifrício fluoretado, já foi realizada aplicação tópica de flúor em consultório e a responsável já recebeu instruções de higiene oral.

Durante o exame extraoral foi constatado assimetria facial (Figura 1), atresia maxilar, estrabismo, apertamento e rangimento dos dentes (bruxismo contínuo) (Figura 5 e 6), crepitação e estalido ao abrir e fechar a cavidade bucal. No exame intraoral observou-se presença de dentição mista e má oclusão (Figura 4), apresentando mordida aberta anterior e diastemas entre os incisivos centrais e laterais superiores e inferiores (Figura 4), unidades dentárias (molares inferiores e superiores) com as cúspides e faces oclusais desgastadas (Figura 5 e 6), apresentou leve inflamação na gengiva, biofilme em todas as unidades dentárias, alterações salivares, língua saburrosa, língua protusa e hipotônica (Figura 13), o palato se apresentou alto e estreito. Paciente não apresentou lesões cariosas. Ao final do exame clínico foi realizada profilaxia bucal completa, instrução de higiene oral e encaminhamento do paciente para avaliação ortodôntica (especialização).



Figura 2. Material Clínico para exame intra e extra-oral e profilaxia

Fontes: Caso clínico estudado



Figura 3. Exame intra-oral realizado na própria cadeira do paciente

Fontes: Caso clínico estudado



Figura 4. Dentição mista, face vestibular

Fontes: Caso clínico estudado



Figura 5. Dentição mista, lado esquerdo

Fontes: Caso clínico estudado



Figura 6. Dentição mista, lado direito

Fontes: Caso clínico estudado

Ao decorrer da consulta foi possível aplicar as técnicas humanizadas de manejo clínico específicas para o paciente em questão, voltadas sempre para o atendimento lúdico, foi empregada a técnica de manejo clínico de distração onde foi projetado vídeos no aparelho celular, a fim de mantê-lo entretido e relaxado (Figura 7 e 11).



Figura 7. Paciente assistindo desenho durante atendimento clínico

Fontes: Caso clínico estudado



Figura 8. Paciente aferindo pressão arterial

Fontes: Caso clínico estudado

Após a familiarização do paciente com as alunas atuantes, se deu início aos procedimentos clínicos (Figura 3). O mesmo foi atendido de forma mais confortável em sua própria cadeira de rodas, aproveitando o próprio apoio de cabeça da cadeira, pois se encontrava agitado durante o atendimento, feito isso o equipo foi trazido até uma direção satisfatória de alcance para realização do tratamento (Figura 11). Foram estabilizados seus os movimentos, através da estabilização ativa, a fim de obter segurança e estabilidade para a realização do procedimento (Figura 9). A estabilização foi realizada com o auxílio da responsável pelo paciente, a qual foi esclarecida a respeito da necessidade da utilização da técnica, havendo concordância

verbal e assinatura do termo de consentimento. O paciente foi mantido em posição inclinada para melhor controle da deglutição (Figura 11).



Figura 9. Estabilização ativa da própria cadeira de rodas do paciente

Fontes: Caso clínico estudado



Figura 10. Realização da profilaxia

Fontes: Caso clínico estudado



Figura 11. Aplicação técnica de manejo contenção ativa e distração, durante profilaxia

Fontes: Caso clínico estudado

Foram controlados os movimentos mandibulares através da estabilização passiva com auxílio de um mordedor pré-confeccionado com espátulas de madeira e gaze para que a mordida do paciente se mantivesse aberta durante a realização da profilaxia e exame intraoral, aprimorando assim o campo visual com mais conforto e segurança para o paciente (Figura 12 e 13). Foi evitado também movimentos bruscos para que o paciente não se assustasse. Durante o procedimento, todos realizados clínicos e passos a passos foram explicados para a responsável e realizados ao ritmo do paciente. Após a profilaxia, foi realizada instrução de higiene oral e orientação a respeito da importância de uma dieta não cariogênica e o alto potencial cariogênico da alimentação noturna, já que foi relatado durante a anamnese que a responsável realiza a alimentação noturna através da mamadeira rotineiramente.



Figura 12. Profilaxia com auxílio da estabilização passiva

Fontes: Caso clínico estudado

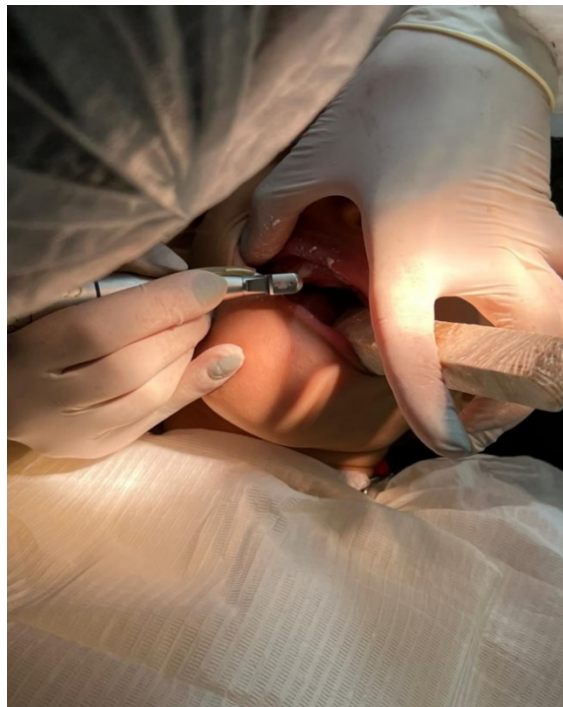


Figura 13. Mantendo a mordida do paciente aberta com mordedor previamente confeccionado

Fontes: Caso clínico estudado

3. DISCUSSÃO

Como relatado por Victorio (2019) as crianças com tetraplegia espástica são as mais gravemente afetadas, apresentando deficiência intelectual grave, convulsão, epilepsia, desmaios, dificuldade para deglutir e possuindo assim uma alimentação líquida e pastosa. O paciente do caso clínico relatado, possuía todas as dificuldades citadas, porém contrastando com o autor citado, o paciente não apresentou problemas respiratórios.

Conforme Bentlin, Rebello e Barros (2019) a hipóxia (falta de oxigênio para o feto), é responsável pela alta taxa do sofrimento fetal relacionado com as causas da paralisia cerebral, decorrendo de forma inesperada, causado pela dificuldade da passagem do sangue da placenta para o bebê ou por alterações no cordão umbilical, apresentando consequências imediatas para o feto, por deixar de lado seu mecanismo de defesa para se adequar à ausência do oxigênio, sendo essa a causa do caso clínico em destaque. Pereira (2018) afirma que os fatores perinatais, incluindo hipoxia e asfixia perinatal, são provavelmente responsáveis por 15 a 20% dos casos diagnosticados da PC.

Varella (2019) cita a importância do tratamento multidisciplinar para o paciente com paralisia, desenvolvendo ganhos de habilidades e prevenindo grandes complicações, melhorando sua qualidade de vida. Neste caso apresentado a responsável pelo paciente informou que ele é acompanhado por neurologista, ortopedista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional. Peres (2004) relata em seu estudo a importância de atividades lúdicas, para o desenvolvimento da criança com a paralisia cerebral, sendo essas propostas e acompanhadas por profissionais vinculados à equipe multidisciplinar.

Silva (2018) aludiu sobre as barreiras financeiras dos pacientes e responsáveis no setor odontológico e nas áreas de saúde. A responsável infelizmente relatou que apresenta dificuldades/conflitos com o governo sobre o direito que eles apresentam em relação a contribuição de tratamentos, necessidades básicas (medicamentos para sobrevivência, fraldas descartáveis para as necessidades fisiológicas), auxílio financeiro, dentre outros, conseqüentemente, fazendo a mesma

aceitar convites de todos os eventos/projetos que são convidados para o bem da criança, oferecidos pelas universidades locais (fonoaudiologia, fisioterapia, odontopediatria, por exemplo).

A mãe do paciente, do caso em questão, citou que teve que abdicar do trabalho (professora) para ficar 100% em função dos cuidados que seu filho demanda, enfrentando dificuldades diárias, pois o mesmo é um "eterno bebê". O que gera frustração, cansaço extremo, sobrecarga e estresse, da cuidadora e de toda a família, corroborando com os trabalhos de Félix e Farias (2018) e Gondim e Carvalho (2012) os quais relatam que o nascimento de uma criança com malformação congênita afeta a família como um todo, causando limitações a criança e a família, dificuldade na aceitação e desestruturando a rotina de todos pela angústia gerada na incerteza em relação ao futuro da criança.

Félix e Farias (2018) afirma que os familiares e responsáveis precisam de informações para lidar de forma otimizada com a situação, o que não aconteceu com essa mãe em específico, pois a mesma só teve a confirmação do diagnóstico do filho posteriormente, durante a anamnese, a responsável confirmou que por meio de laudos médicos, o diagnóstico da criança é a paralisia cerebral. O paciente em questão chegou a participar do projeto de crianças portadoras de microcefalia no ambulatório odontológico da UNIT.

De acordo com o recomendado pelo autor Ortega (2009) o atendimento clínico do paciente portador de necessidades especiais, iniciou-se com uma anamnese detalhada, obtenção do histórico médico completo, informações sobre alterações e distúrbios de comportamento e a farmacologia utilizada. Conduta que vai de acordo também com o autor Cota *et al* (2019), que relata ser as atuações corretas do protocolo de atendimento de pacientes portadores de deficiência.

É descrito por Oliveira e Giro (2010) que o protocolo de atendimento odontológico para pacientes portadores da Paralisia Cerebral se mantém igual ao de pacientes portadores de necessidades especiais. No caso clínico apresentado no ambulatório odontológico da unit, durante a consulta e realização de procedimentos clínicos foi utilizado a própria cadeira do paciente com o posicionamento confortável e com a

posição inclinada para melhor deglutição do mesmo, realizando também a abertura da boca com o abridor de boca confeccionado com palitos de madeira e gaze como relatado no trabalho de Cruz e Oliveira (2018) e Brito, Oliveira e Cardoso (2020) onde descrevem o passo a passo para execução desse método, afirmando sua eficácia.

De acordo com Brito, Oliveira e Cardoso (2020) são desenvolvidas técnicas de manejo conforme as características e personalidade de cada ser humano. Noleto, Borges e Felipe (2020) concordam com os autores, mencionados anteriormente, afirmando ainda que as técnicas de manejo clínico aplicadas pelo odontopediatra devem ser discutidas com o responsável pelo paciente. No caso clínico estudado foram utilizadas: técnica da distração, onde foi utilizado a conversa com o paciente, músicas, projeção de vídeos no aparelho celular; técnica do reforço positivo que foi reforçado comportamentos positivos do paciente por meio de elogios, gestos positivos e expressão facial denotando satisfação; técnica de estabilização passiva com auxílio de abridores de boca, para que o paciente mantivesse a boca aberta para realização do procedimento, foi utilizado um confeccionado com espátulas de madeira e gaze, o abridor foi posicionado entre as arcadas superior e inferior, do lado oposto ao da realização do procedimento; e por fim a técnica de estabilização ativa onde a contenção do paciente foi realizada com o auxílio da responsável pelo paciente, limitando os movimentos do mesmo, a mãe responsável foi esclarecida a respeito da necessidade da utilização da técnica, a mesma foi aplicada após concordância verbal e assinatura do termo de consentimento.

Brito, Oliveira e Cardoso (2020) e Moretto, Aguiar e Rezende (2014) concordam em seus estudos que além das técnicas, algumas medidas quanto à abordagem do paciente são universais, independente da deficiência, podendo ser citadas: a atenção às formas de expressão, gestos e reações do paciente, programação de consultas mais curtas, adoção de condutas lúdicas e o início do atendimento pelos procedimentos com menor grau de dificuldade, evoluindo gradualmente para os mais complexos. O atendimento clínico do paciente H.D.N.S em ambulatório odontológico, foi realizado com o manejo clínico recomendado pelos autores, onde ele foi iniciado com a apresentação das alunas atuantes para a responsável e paciente, seguido da interação lúdica com o paciente e posteriormente dada continuidade com o procedimento clínico necessário. Os autores citam também que a participação ativa

dos responsáveis é de suma importância durante o atendimento, sendo essa afirmativa comprovada, tanto durante a anamnese do paciente em questão, quanto nos procedimentos realizados, onde se fez necessário auxílio da responsável para contenção ativa e aquisição de informações para uma anamnese detalhada do paciente, essas condutas do atendimento clínico foram escolhidas, de forma individualizada, visando a obtenção de conhecimento aprofundado das condições e diagnóstico do paciente, e também sua queixa principal, para que então a melhor conduta clínica de tratamento fosse traçada de acordo com as necessidades do mesmo.

4. Considerações Finais:

É possível analisar o quanto um paciente especial requer um atendimento diferenciado e individualizado, voltado especificamente para a sua condição de saúde. O tratamento do paciente com paralisia cerebral exige paciência, calma, conhecimento, domínio das técnicas de manejo odontológico e saber o limite do indivíduo, para tratamento otimizado do paciente baseado na conduta profissional eficiente. Outro fator relevante é a necessidade de orientação aos responsáveis, uma vez que são os encarregados de guiarem todos os afazeres do deficiente. E também de extrema importância estabelecer uma boa conexão entre paciente, profissional e cuidador, objetivando o sucesso do tratamento.

Referências:

1. CARVALHO, T.M.; FERREIRA, G.P.; REZENDE, T.R.M. Ortodontia em pacientes com paralisia cerebral: benefícios e abordagens., Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 12, p. 1-12, 15 dez. 2021.
2. CHAGAS, P.S.C.; DEFILINO, E.C.; LEMOS, R.A.; MANCINI, M.C.; FRÔNIO, J.S.; CARVALHO, R.M. Classificação da função motora e do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral, Rev. Bras. Fisioter, p. 1-8, 4 ago. 2008.
3. CRUZ, F.G.B; OLIVEIRA, J.M. Atendimento Odontológico Em Pacientes Portadores De Microcefalia, [S. I.], p. 1-19, 8 dez. 2018.
4. FARIA, L.P. Prevalência das más oclusões em pacientes com deficiências, [S. I.], p. 1-28, 1 jan. 2013.
5. FÉLIX, G.S.S.; FREITAS, M.C.A.; GONÇALVES, T.M.; SILVA, D.V.P.L.; REIS, F.C.; CASTRO, F.B.; SOUZA, M.N.; SANTOS, M.S.C. Promoção de saúde oral em indivíduos com microcefalia: Relato de experiência, Revista Brasileira de Extensão Universitária, ano 2021, v. 12, n. 3, p. 1-8, 16 set. 2021.
6. FERNANDES, P.M.; ROCHA, C.T.; TORRES, C.P.; QUEIROZ, A.M. Paralisia Cerebral: manejo no consultório odontológico, Revista UNINGÁ, p. 1-12, 4 dez. 2007.
7. FONSECA, J.O.; CORDANI, L.K.; OLIVEIRA, M.C. Aplicação do inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI) com crianças portadoras de paralisia cerebral e tetraparesia espástica. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, p. 1-8, 8 ago. 2005.
8. FRANCO, J.S.; MAGALHÃES, M.A.V.; GALLAS, A.K.C.; BARBOSA, L.D.C.S.; SANTOS, R.B.; FERREIRA, D.P.C.; UCHÔA, I.S.; FREITAS, F.A.P.S. Atuação do cirurgião-dentista no atendimento a pacientes portadores de paralisia cerebral, Brazilian Journal of Development, p. 1-15, 18 set. 2020.
9. FUNAYAMA, C.A.R.; PENNA, M.A.; TURCATO, M.F.; CALDAS, C.A.T.; SANTOS, J.S.; MORETTO, D.. Paralisia Cerebral Diagnóstico Etiológico, [S. I.], p. 1-6, 15 jun. 2000.
10. GONDIM, K.M; CARVALHO, Z.M.F. Sentimentos das mães de crianças com paralisia cerebral à luz da teoria de Mishel, Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, p. 1-6, 14 mar. 2012.

11. LEMOS, A.C.; KATZ, C. R. Condições de saúde bucal e acesso ao tratamento odontológico de pacientes com paralisia cerebral atendidos em um centro de referência do Nordeste - Brasil. *Revista CEFAC*, p. 1-11, 1 out. 2012.
12. MIGUEL, S.M.M.; HAYASHIDA, T.M.D.; PRESTES, C.P. Atendimento Odontológico Em Paciente Com Deficiência: Relato De Caso, *Revista Eletrônica Interdisciplinar Barra do Garças*, v. 13, n. 1, p. 1-9, 13 jul. 2021.
13. MONTEIRO, C. Avaliação de conhecimentos e cuidados de saúde oral em crianças com paralisia cerebral , [S. I.], p. 1-28, 31 maio 2019.
14. MORETTO, M.J.; AGUIAR, S.M.H.C.Á.; RESENDE, M.C.R.A. Reflexões sobre a importância da assistência odontológica preventiva e do adequado treinamento dos Cirurgiões-Dentistas para o atendimento de pessoas com deficiência, *Arch Health Invest*, p. 1-7, 18 abr. 2014.
15. NOLETO, I.S.; BORGES, L.F.A.S.S.; FELIPE, L.C.S. Protocolo Odontológico Para Níveis De Paralisia Cerebral 05/10, *JNT - Business and Technology Journal*, p. 1-23, 1 out. 2020.
16. OLIVEIRA, A.L.B.M.; GIRO, E.M.A. Importância da abordagem precoce no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais, [S. I.], p. 1-7, 14 dez. 2010.
17. ORTEGA, A.O.L. Influência De Fármacos Anticonvulsivantes No Bruxismo De Crianças Com Paralisia Cerebral, [S. I.], p. 1-89, 1 jan. 2009.
18. PEREIRA, H.V. Paralisia cerebral, *Residência Pediátrica - a Revista do Pediatra*, v. 8, p. 1-1, 5 set. 2018.
19. PERES, R.C.N.C. O Lúdico No Desenvolvimento Da Criança Com Paralisia Cerebral Espástica, [S. I.], p. 1-10, 2 set. 2004.
20. ROCHA, G.S.T.; LEAL, R.M.; FONTES, A.M.; ROCHA, A.L.C. Avaliação das Funções Motoras Orais de Pacientes Portadores de Paralisia Cerebral Espástica do Serviço do Núcleo de Atendimento Médico Integrado – NAMI - Fortaleza-CE, Brasil, *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, p. 1-5, 22 dez. 2010.
21. SILVA, E.L.M.S. Caracterização Dos Cuidados Em Saúde Bucal A Crianças E Adolescentes Com Paralisia Cerebral: Visão Dos Pais E Cuidadores, [S. I.], p. 1-87, 19 fev. 2018.
22. SILVA , S.M.; MARTINS, R.A.R.C.; RIBEIRO, T.R. Bruxism in children and adolescents with cerebral palsy, *ABCS Health Sciences*, p. 1-5, 8 dez. 2020.

23. SOUSA, J.P.A. Condições De Saúde Bucal Em Pacientes Com Microcefalia: Revisão De Literatura., Repositório Institucional do Centro Universitário de Famedro, 5 jun. 2020. Tcc, p. 1-18.
24. SPOSITO, M.M.M.; RIBERTO, M. Avaliação da funcionalidade da criança com paralisia cerebral espástica, [S. l.], p. 1-12, 12 maio 2010.
25. VARELLA, D. Paralisia cerebral, Biblioteca Virtual em Saúde, p. 1-1, 1 out. 2019.
26. VICTORIO, M.C. Paralisia cerebral (PC), Manual MSD Versão Saúde da Família, p. 1-1, 1 abr. 2021.

Anexos:

Unit UNIVERSIDADE TIRADENTES

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

PREZADO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: O Termo de Consentimento Informado é um documento no qual sua **AUTONOMIA (vontade) em CONSENTIR (autorizar) é manifestada. O DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO, TRATAMENTO E USO DE DADOS E IMAGENS PARA FINS ACADÊMICOS E CIENTÍFICOS, somente será realizado após seu consentimento. Esse documento somente deverá ser assinado se todas as suas dúvidas já tiverem sido esclarecidas. Se não entendeu alguma explicação, pergunte ao responsável antes de autorizar o início do tratamento. A assinatura no presente documento representa sua concordância e comprometimento em seguir as orientações das consultas, inclusive quanto ao prosseguimento do tratamento com equipe multidisciplinar.**

_____, instrumento, eu, _____, portador (a) do RG, _____, responsável por _____, residente em RUA A8 Cidade: ARACAJU Estado: SE, CEP: (Não Cadastrado) Idade: 7, Data de Nascimento: 26/4/2014, Telefone: (Não Cadastrado), Celular: _____, autorizo ser submetido a serviços odontológicos, na Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes, onde o tratamento será realizado pelos estudantes do Curso de Odontologia, sob a responsabilidade e supervisão profissional do corpo docente, havendo disponibilidade de vaga e após realização de triagem e devido encaminhamento para a disciplina (especialidade) indicada.

1. O paciente fica ciente que por este serviço deve efetuar o pagamento de taxa de cadastramento e triagem.
- 1.1 A taxa deverá ser paga em dinheiro, junto à recepção da Clínica Odontológica da UNIT, situada na Rua de Siriri, nº263, Bairro Centro, nesta capital.
- 1.2 Esta taxa de cadastro é individual e intransferível, devendo ser renovada a cada semestre, a partir do 3º (terceiro) dia de atendimento.
- 1.3 Ficam excluídos desta taxa os valores cobrados por exames radiográficos oclusais, panorâmicas e outros do gênero.
- 1.4 Haverá possibilidade de isenção de pagamento nos casos específicos de radiografia periapical, se o paciente for atendido na disciplina de Radiologia ou outra disciplina clínica, entretanto, o número de radiografias não poderá exceder 10 (dez) unidades.
- 1.5 Os serviços de prótese dentária ou de aparelhos móveis ortodônticos / ortopédicos serão pagos pelo paciente, ou responsável, diretamente ao laboratório credenciado pela Clínica Odontológica, sem qualquer ônus para Universidade Tiradentes.
- 1.6 O recibo de pagamento será gerado nas datas previamente agendadas no prontuário e cartão de retorno.
2. O paciente fica informado que o atendimento ocorrerá na Clínica Odontológica da UNIT, no endereço acima citado, nos horários e dias previamente agendados por telefone e/ou pessoalmente, com registro em seu cartão de retorno.
3. O paciente fica avisado que não pode faltar sem justificativa, até no máximo duas vezes, caso contrário, será retirado do programa de atendimento da Clínica Odontológica. Desta forma, o não comparecimento sistemático as consultas odontológicas marcadas poderá ser caracterizado como abandono de tratamento.
- 3.1 Nos casos de abandono ou faltas injustificadas, o paciente que desejar retornar ao atendimento, deverá realizar novo cadastramento e pagamento de nova taxa.
- 3.2 O paciente, e/ou responsável, deverá manter a Clínica Odontológica informada de mudanças de endereço e/ou telefone. A não informação da mudança eximirá a Clínica Odontológica de responsabilidade quanto a eventuais comunicados de alterações dos dias e/ou horários de atendimento.
4. O tratamento odontológico a ser realizado será explicado previamente pelo professor, sobre as vantagens e desvantagens de outras técnicas, e autorizado pelo paciente, após ter compreendido o propósito do procedimento, bem como benefícios, riscos, efeitos adversos, condições e cuidados pré e pós-procedimento necessários para pleno êxito do tratamento.
- 4.1 O tratamento utilizará técnicas reconhecidas cientificamente, bem como materiais adequados à execução do plano aprovado, assumindo-se a responsabilidade pelos serviços prestados, resguardando a privacidade do paciente e o necessário sigilo, bem como zelando pela sua saúde e dignidade.
- 4.2 O plano de tratamento poderá sofrer alterações de acordo com a resposta biológica ou indicação científica, sendo sempre comunicado e autorizado pela paciente.
- 4.3 Durante as consultas, todas as informações relatadas pelo paciente ou responsável, farão parte do prontuário (ficha clínica / anamnese).
- 4.4 O paciente fica advertido que não devem ser omitidas informações sobre suas condições de saúde geral, inclusive doenças conhecidas.
- 4.5 O paciente pode desistir do tratamento a qualquer momento, desde que haja comunicação ao professor titular da disciplina que realiza o atendimento.
5. O paciente fica ciente de que eventuais ausências às consultas de retorno e o não atendimento das orientações profissionais, prejudicarão o resultado pretendido, uma vez que a Odontologia não se trata de uma ciência exata, sofrendo, assim, algumas limitações.
- 5.1 O paciente fica advertido que o tratamento está sujeito aos seguintes fatores: sistema imunológico (defesa do paciente), anatomia dental particular de cada dente, grau da doença, espécies de bactérias envolvidas e cooperação do paciente.
- 5.2 Ao paciente foi esclarecido que não existem garantias absolutas dos tratamentos realizados, possuindo um índice de insucesso, como todos os procedimentos de saúde, uma vez que, o resultado esperado poderá não se concretizar devido a fatores individuais, como a resposta biológica, e limitações da ciência, além de outras variações de ordem local ou sistêmica, como a manutenção regular. De tal modo, ocasionalmente, o procedimento pode falhar, havendo necessidade de um novo tratamento/retratamento.
- 5.3 Durante o tratamento poderão ocorrer outras situações não diagnosticadas neste momento ou imprevistas, sendo necessárias alterações no plano clínico.
- 5.4 Para o tratamento poderá ser indicado o emprego de anestésico local, que apresenta os seguintes riscos: desmaio, dificuldade de respiração e reação alérgica.
- 5.5 Alguns tratamentos podem causar desconforto, inchaço, equimose, infecção e dormência prolongada.
6. O paciente será submetido a um questionário de avaliação biomédica, no qual serão pesquisados e excluídos possíveis fatores sistêmicos que possam comprometer ou contraindicar os procedimentos, bem como oferecer riscos à sua saúde geral.
7. O paciente poderá ter acesso a seus exames efetuados e quaisquer outras informações referentes ao diagnóstico, planejamento e tratamento solicitando

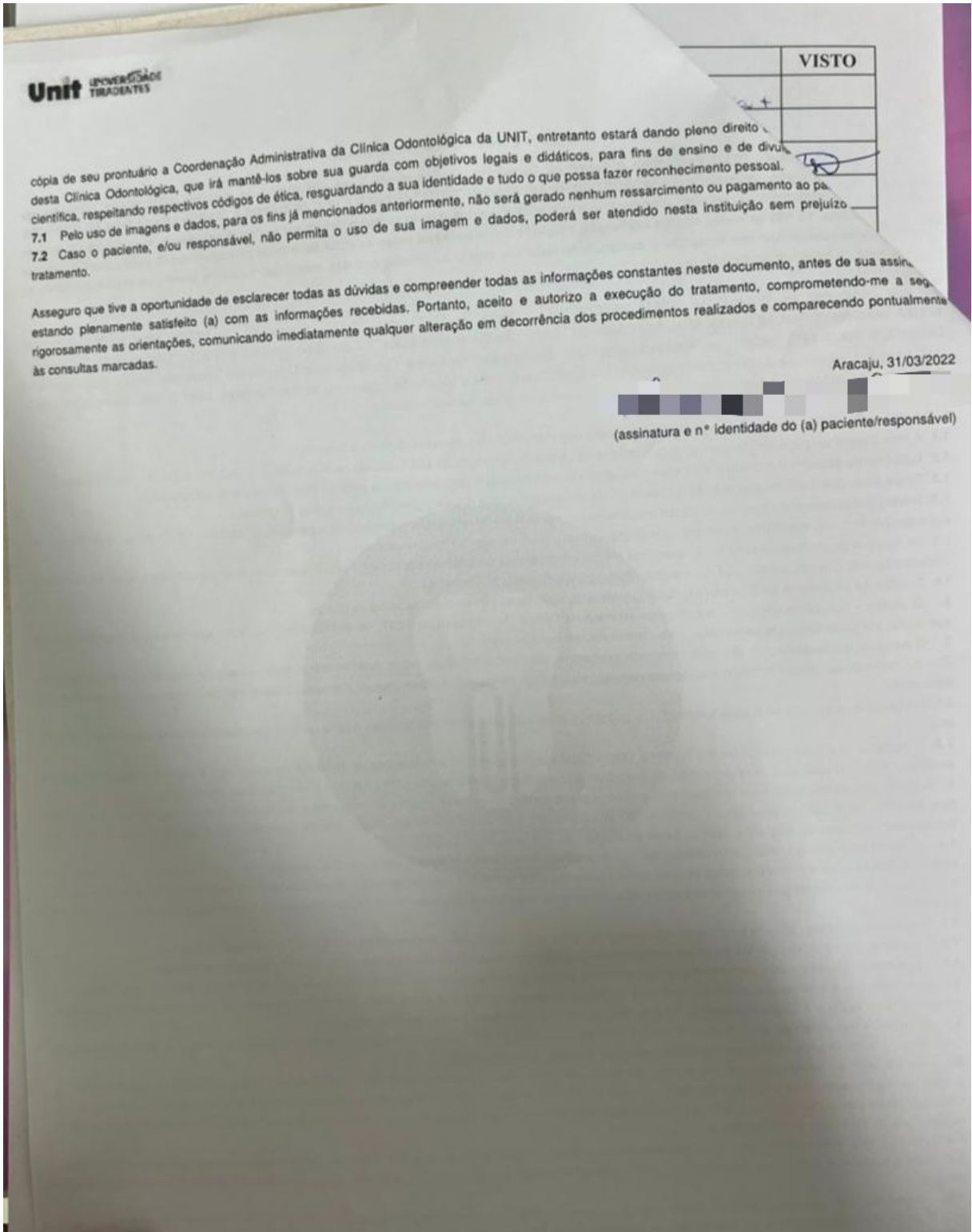
(79) 3218-2306

Rua Siriri, 263 Centro 49010390 Aracaju SE

Página 1 de 2

ANEXO 1

Termo de consentimento livre esclarecido para o uso de imagem (frente).



ANEXO 1

Termo de consentimento livre esclarecido para o uso de imagem (verso).

Serviço de Diagnósticos por Imagens

Nome	DOC. IDENTIDADE	SEXO	DATA DE NASC	Registro
Exame	38609894 SSP-SE	M	26/04/2014	5109844
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ENCÉFALO	Médico Solicitante	Data Exame		
Indicação Clínica	PAULO VASQUES MACIEL	18/10/2017		
Atraso no neurodesenvolvimento.				
Médico Executor	Técnicos(s) Executor(es)			
SIMONE BALTAR DE FREITAS	MANOEL OZORIO DA SILVA SOBRINHO			

Técnica

Exame realizado com aquisição de imagem volumétrica por técnica multislice, sem administração de meio de contraste.

LAUDO:

- Cerebelo com morfologia e densidade preservada.
- Quarto ventrículo centrado, de morfologia habitual.
- Observamos uma ectasia simétrica dos ventrículos laterais, sem sinais hipertensivos no presente estudo.
- Alargamento dos sulcos entre os giros cerebrais a nível frontotemporal bilateralmente.
- Alargamento das cisternas sylvianas bilateralmente.
- Parênquima cerebral com coeficientes de atenuação normais.
- Não há calcificações patológicas.
- Não se observa desvio das estruturas da linha média.
- Ausência de coleções extra-axiais.

COMENTÁRIOS:

O estudo tomográfico pode sugerir sequela de insulto hipóxico-isquêmico.

Dr.ª Simone Baltar
Médica radiologista
SB/tmc

Dr.ª Simone Baltar Freitas
Médica
CRM 13703

Dr. Manoel Ozório da Silva Sobrinho
CRM 776/SE
Neurologia - Neuropediatria

ANEXO 2

Laudo médico de diagnóstico do paciente

CLÍNICA INTEGRADA INFANTIL

CONSENTIMENTO PARA CONTENÇÃO FÍSICA

Nome do paciente: _____ Idade: 8
Nome do pai: _____
Nome da mãe: _____

A imobilização parcial ou completa da criança, às vezes, se faz necessária para proteger o paciente e a equipe de trabalho contra acidentes, no momento do tratamento dentário. O objetivo da contenção física é evitar ou reduzir a realização de movimentos bruscos pela criança e é executada pelo professor responsável pelas disciplinas de Estágio Infantil I e II e Odontopediatria da Universidade Tiradentes, bem como pelos auxiliares e pais ou responsáveis, com ou sem o auxílio de acessórios (Papoose-Board). Esse método está indicado para pacientes que necessitem de diagnóstico e/ou tratamento e são incapazes de cooperar por falta de maturidade, problemas físicos ou mentais ou nos casos de pacientes não cooperadores, que precisam de tratamento, porém, não permitem a realização do mesmo. A contenção física será realizada somente em casos absolutamente necessários, em que todas as outras técnicas de manejo comportamental não foram suficientes para a realização do atendimento odontológico.

Eu, _____, após ter sido esclarecido (a) a respeito dos objetivos e indicações da contenção física e da necessidade do uso da técnica em meu (minha) filho (a), autorizo sua execução em meu (minha) filho (a) _____ . O paciente é incapaz de consentir legalmente, pois tem menos de 18 anos de idade, portanto, autorizo a aplicação da técnica.

Aracaju, 31 de março de 2022.

Assinatura: _____ RG _____
() pai (x) mãe () responsável: grau de parentesco _____

ANEXO 3

Termo de consentimento para contenção física