

UNIVERSIDADE TIRADENTES

JULIANA DE SANTANA SILVA

MARIA VICTÓRIA ROCHA FERRO SANTOS

**MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTE
INFANTIL PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL:
RELATO DE CASO**

Aracaju/SE

2019

JULIANA DE SANTANA SILVA
MARIA VICTÓRIA ROCHA FERRO SANTOS

**MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTE
INFANTIL PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL:
RELATO DE CASO**

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

Novembro 2019

JULIANA DE SANTANA SILVA
MARIA VICTÓRIA ROCHA FERRO SANTOS

**MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTE
INFANTIL PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL:
RELATO DE CASO**

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: Jamile Alves Araújo Rosa

2º examinador: Laís Cardoso Arruda Cortes

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Vanessa dos Santos Viana, orientadora das discentes, Juliana de Santana Silva e Maria Victória Rocha Ferro Santos alunas com o trabalho intitulado “**MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTE INFANTIL PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL: RELATO DE CASO**” 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

MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTE INFANTIL PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL: RELATO DE CASO

Juliana de Santana Silva^a, Maria Victória Rocha Ferro Santos^a;

Vanessa dos Santos Viana^b

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

Resumo:

O tratamento odontológico em pacientes especiais requer alguns cuidados diferenciados, e se tratando do paciente com paralisia cerebral, este requer cuidados maiores, baseados nas suas limitações físicas, que envolvem comprometimento motor. Quando se trata do atendimento a pacientes pediátricos, o cuidado deve ser redobrado. Crianças com PC requerem um atendimento multidisciplinar, contando com especialistas que possam proporcionar o melhor atendimento, de forma adequada a cada tipo de paralisia, sendo ela espástica, atetoide/extrapiramidal ou atáxico. Desta forma, este trabalho tem como objetivo abordar, por meio de um relato de caso de uma criança com PC, no ambiente odontológico abordando as desordens bucais mais comuns e o manejo do comportamento destes pacientes no ambiente odontológico. Dentre as alterações podemos destacar a dispneia, disfagia, disfonia, sialorréia, lesão cariiosa, periodontopatias, entre outras. Sendo assim a visita ao consultório odontológico deve ser realizada com uso de almofadas lúdicas, abridores de boca, sugadores potentes, além da aplicação do flúor e orientação aos pais sobre a higienização, para uma assistência pertinente e integrada.

Palavras-chave: Paralisia cerebral, pacientes especiais, atendimento infantil, manejo odontológico, odontopediatria.

Abstract

Dental treatment in special patients requires some differentiated treatments, and it is cerebral palsy (CP), involving motor aspects and various orofacial alterations. When treating care for pediatric patients, or care should be redoubled. Children with CP selected in a multidisciplinary care, with specialists who can offer the best care, appropriate to each type of paralysis, be it spastic, athetoid / extrapyramidal or nontoxic. Thus, this paper aims to address, through a literature review, as the most common oral disorders and behavior management of these patients in the dental environment. Other alterations may highlight dyspnea, dysphagia, dysphonia, sialorrhoea, carious lesion, periodontopathies, among others. Therefore, a visit to the dental office should be performed with the use of playful pillows, mouth openers, potential suckers, and the application of fluoride and guidance to parents on hygiene, for relevant and integrated care.

Keywords: Cerebral palsy, special patients, child care, dental management, pediatric dentistry.

1 INTRODUÇÃO

Paciente especial ou portador de necessidades especiais é todo indivíduo que apresenta determinados desvios dos padrões de normalidade, podendo envolver os aspectos físico, mental, orgânico, social, ou emocional; portanto, requer cuidados especiais por toda sua vida ou por um determinado período de sua existência (CORREA, 2002).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 10% da população brasileira é constituída por deficientes, sendo que, destes, 50% são deficientes mentais, 20% com problemas físicos, 15% auditivos, 5% visuais e, finalmente, 10% com alterações múltiplas. De acordo com Spinola et al. 1999 a deficiência física pode ser decorrente de diversos tipos de comprometimento, mas o caso mais observado neste grupo é a paralisia cerebral. A Paralisia Cerebral (PC) foi descrita pela primeira vez por William John Little, em 1862, após verificar certas características clínicas as quais determinou rigidez espástica ou doença de Little (SPINOLA et.al., 1999).

A PC é uma patologia constituída por várias afecções do sistema nervoso central imaturo, devido a distúrbios durante o desenvolvimento fetal, no parto ou no pós-parto que acometem o cérebro. Caracteriza-se por desarranjos permanentes do desenvolvimento, que podem englobar concomitantemente desordens sensoriais, cognitivas, perceptivas, de comunicação, comportamentais e motoras (ROSENBAUM et. al., 2007).

A incidência da PC no mundo vem sendo acima de 2 para 1000 nascidos vivos, e a prevalência maior encontra-se no gênero masculino e população negra. É um tipo de alteração neurológica que possui etiologia multifatorial, dependendo da fase em que houve a causa. (TASHIRO et. al., 2013). As causas da PC podem ser de natureza genética (cerca de 5%), pré-natais, natais e pós-natais. Os fatores pré natais atingem cerca de 10 a 15% dos casos e são decorrentes principalmente de infecções virais (rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus), anóxia intrauterina, toxemias gravídicas e radiação. As causas natais são as mais importantes devido a sua alta frequência, podendo variar de 65 a 75% dos casos e, ocorre por anóxia cerebral, prematuridade, traumatismo cerebral (hemorragia) e hiperbilirrubinemia. Os

fatores pós-natais atingem cerca de 10 a 15% dos casos e podem ser provenientes de traumatismo craniano, meningite e hidrocefalia (SABBAGH 2001).

A PC é classificada quanto ao comprometimento motor em: espástica, discinética, atáxica e mista, podendo as manifestações clínicas variarem de acordo com o envolvimento neurológico. A paralisia do tipo espástica é a mais comum, causada por lesão no córtex motor, na área pré-motora e no trato piramidal, caracterizada por hipertonia, hiperreflexia profunda, sinal de Babinski e fraqueza muscular. A discinética ocorre por lesão nos núcleos basais do trato extrapiramidal, apresenta movimentos involuntários amplos, associado a tônus postural instável e flutuante. A atáxica é a forma mais rara, o comprometimento é nos cerebelares, caracterizada por incoordenação, alterações do equilíbrio e hipotonia. Já a mista combina sinais decorrentes de lesões em mais de uma região encefálica, ocorrendo assim alterações conjuntas dos sistemas piramidal, extrapiramidal e cerebelar, simultânea com espasticidade, movimentação involuntária e ataxia (GIANNI, 2005).

Os tipos de PC podem ser classificados de acordo com a gravidade de sua distribuição topográfica (membros afetados) em: hemiplegia, quando há envolvimento unilateral de braço e perna; diplegia, quando há envolvimento significativo da perna com pouco efeito no braço e quadriplegia, quando envolve os quatro membros (ABANTO et. al.,2009).

Dentre as alterações mais frequentes nos pacientes com PC, encontram-se aquelas que podem interferir direta ou indiretamente, em maior ou menor grau na forma, função e estética do sistema estomatognático, como por exemplo: deficiência mental, epilepsia, disfagia, distúrbios de vias aéreas superiores e inferiores, xerostomia, padrão de respiração bucal, bruxismo, refluxo gastroesofágico, distúrbios da marcha e equilíbrio postural (CARDOSO et. al., 2012).

Os transtornos convulsivos decorrentes da epilepsia são frequentemente observados nos pacientes com paralisia cerebral e, portanto, um importante fator a ser ressaltado é a utilização de drogas anticonvulsivantes. Estes medicamentos utilizados por um período prolongado, principalmente a difenilidantina (Hidantal Epelin), seguido também pelo fenobarbital (Gardenal) e ácido valpróico (Depakene) produzem a hiperplasia gengival, a qual tem interferência funcional e estética (SABBAGH, 2001).

A maior prevalência de lesões cárias nesses pacientes pode estar associada a alta frequência de consumo de dieta pastosa e rica em carboidratos, a mastigação por amassamento entre o dorso de língua e palato, a descoordenação da musculatura mastigatória, a presença de resíduo alimentar no palato e na língua, além da higiene bucal deficiente (CLEMETSON et. al., 2012). Existem evidências de que ocorre um processo inflamatório local do tecido gengival e que uma higiene oral rigorosa poderia reduzir e até prevenir, a instalação da hiperplasia gengival (CÔRREA, 2002).

A atenção para pacientes com necessidades especiais deve ser precocemente realizada, de modo a evitar maiores problemas e permitir criar hábitos bucais saudáveis que perpetuarão por toda vida. No entanto, a necessidade imediata de tratamento médico, fisioterapêutico, fonoaudiológico, dentre outros, faz com que o tratamento odontológico fique relegado (CASTRO et. al.,2010).

O portador de PC apresenta padrões anormais de postura e movimento e permanência dos reflexos orais primitivos que podem ser interpretados pelo profissional não familiarizado com o seu atendimento, como um comportamento não colaborador, uma vez que o mesmo apresenta dificuldade de comunicação verbal. Para o atendimento dos pacientes com PC é fundamental o conhecimento tanto das técnicas odontológicas como as de manejo comportamental. Um importante fator a ser considerado no atendimento refere-se aos níveis de retardo mental que, além de exigir o conhecimento das técnicas comportamentais, ainda exige atenção, paciência e o estabelecimento do vínculo entre paciente-dentista- família (TASHIRO et. al., 2012).

Desta forma, este trabalho objetiva relatar o caso clínico de uma paciente infantil com paralisia cerebral atendida no ambulatório odontológico, o tratamento e as técnicas de manejo para o sucesso do mesmo.

2 RELATO DE CASO CLÍNICO:

Paciente M.E.C.F, 11 anos de idade, gênero feminino, leucoderma, compareceu junto ao seu responsável legal para tratamento odontológico, com a queixa principal: “minha filha precisa extrair os dentes” SIC. Com diagnóstico de paralisia cerebral espástica, oriunda de uma anóxia cerebral durante o parto. A paciente apresentava bom estado de saúde, sendo isenta de alterações cardíacas e sistêmicas e faz uso de anticonvulsivante (Gardenal).



Figura 1- Imagem da estrutura e condição física da paciente

Durante exame extra oral foi observado desvio mandibular para direita durante abertura de boca e máculas melanóticas na região zigomática direita.



Figura 2 - Aspecto extra oral



Figura 3- Aspecto extra oral

Com relação às condições bucais da paciente, apresentava: dentadura mista, presença das unidades: 11, 12, 53, 54, e 16, 21,22,63, 24, 65 e 26 (na arcada superior) e 31, 32,33, 74, 75, e 36, 41, 42, 43, 85 e 46 (na arcada inferior). Apresentava lesão cariosa nas unidades 26, 46 e 75, ausência da unidade 84, restauração em amálgama da unidade 74 e resíduos radiculares das unidades 64 e 85.



Figura 4- Aspecto intra-oral



Figura 5- Aspecto intra-oral

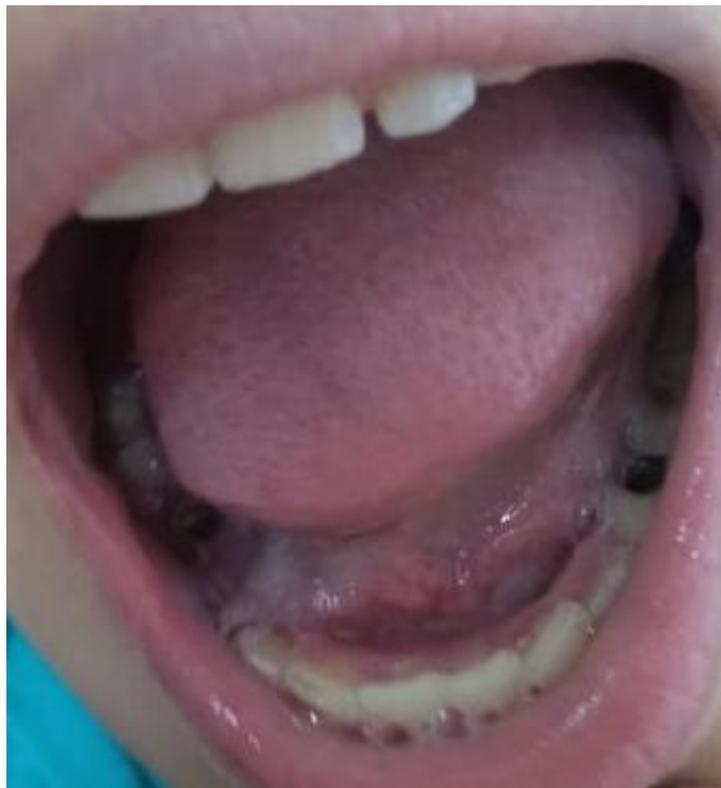


Figura 6- Aspecto intra-oral.

De acordo com a necessidade de tratamento da paciente, o seguinte tratamento foi planejado: profilaxia, restauração das unidades 26, 46 e 74, exodontia das unidades 64 e 85 e aplicação tópica de flúor. Para adaptação inicial da paciente com o

tratamento, optou-se por profilaxia como um procedimento menos invasivo, apesar de mais simples, foi uma etapa difícil de realizar, uma vez que a paciente fechava a boca frequentemente durante o procedimento, porém foi realizado.

Na consulta de retorno, a paciente apresentava febre e sua mãe relatou que na noite anterior ela teve crise convulsiva. Dessa maneira optou-se por suspender o atendimento, medicá-la e foi solicitado que no seu retorno a mãe trouxesse um lençol como auxílio para facilitar no atendimento odontológico e proteja-la dos movimentos involuntários.

No atendimento seguinte a paciente retornou estável para ser atendida, e assim, após o manejo psicológico realizou-se a radiografia periapical da unidade 84 (resíduo radicular). Na radiografia observou-se o resíduo radicular com 2 raízes e inferior a ele a unidade 44 já erupcionando. Após a preparação da mesa clínica para iniciar a exodontia, foi utilizado o lençol para enrolar a paciente deixando-a confortável e protegida, já que a mesma apresenta movimentos involuntários e assim foi iniciado. Foi realizada a anestesia tópica com benzocaína, a anestesia infiltrativa e papilar na unidade 84 com lidocaína 2% e assim realizado o descolamento da mucosa e com a ajuda do fórceps infantil nº3 o resíduo radicular foi removido, e por fim curetou-se para certificar de que não possuía mais nenhum resíduo (a curetagem foi realizada com extremo cuidado para não atingir o sucessor, o qual já estava erupcionando). Após a exodontia seguiu-se com todas as instruções pós-operatórias e prescrição medicamentosa (Ibuprofeno).

3 DISCUSSÃO

De acordo com Correa (2002) e Tashiro et. al., (2012) pacientes portadores de paralisia cerebral geralmente apresentam transtornos convulsivos decorrentes da epilepsia, devido a isso fazem uso de agentes anticonvulsivantes. Estas drogas quando usadas em um longo período de tempo, produzem hiperplasia gengival, a qual tem interferência estética e funcional. Estudos afirmam que um processo inflamatório é instalado no tecido gengival e que uma higiene rigorosa pode reduzir e até prevenir a instalação da hiperplasia gengival. Este é um fator condizente com o

caso clínico relatado, no qual a paciente faz uso de anticonvulsivante e apresenta leve hiperplasia gengival.

No caso apresentado, a paciente possui uma dieta mais sólida e menos pastosa, reduzindo assim o risco cariogênico, apresentando também poucas lesões cáries, fatos que vão de encontro com achados da literatura, os quais afirmaram que a alta prevalência de lesões cáries em pacientes com paralisia cerebral pode ser intensificada pelos hábitos dietéticos, uma vez que consomem alimentos pastosos o qual permanece mais tempo na cavidade oral e possui um fluxo salivar reduzido devido a incapacidade de mastigar, também a dificuldade do cuidador em higienizar corretamente junto a falta de coordenação motora do paciente. (ABANTO et. al., 2009; CARDOSO, 2011; CLEMETSON et. al., 2012; OLIVEIRA et. al., 2004)

Em alguns casos o atendimento hospitalar é preferível para pacientes portadores de paralisia cerebral, uma vez que estes apresentam dificuldades durante os procedimentos, seja por falta de coordenação motora ou pela necessidade de condicionamento. Procedimentos mais invasivos como exodontias, apresentam mais sucesso quando realizadas sob anestesia geral, no entanto um ponto negativo em relação a isso, é a dificuldade em adaptar o paciente ao ambulatório odontológico, uma vez que este não está habituado. Diferente do que afirma a literatura, a paciente supracitada, foi submetida a exodontia em ambiente ambulatorial, com auxílio de lençol em volta do corpo, sob anestesia local e o procedimento foi realizado com sucesso. (ABREU et. al., 2001; SIQUEIRA et. al., 2008; TASHIRO et. al., 2012)

A respeito da condição bucal dos pacientes paráliticos cerebrais, não há uma particularidade específica desses pacientes, mas eles carregam características comuns e frequentes como: xerostomia, movimentos involuntários, bruxismo, disfagia, padrão de respiração bucal, maloclusões, hipoplasia do esmalte, favorecidas pela doença desses pacientes (COSTA e PEREIRA, 2007; CIAMPONI, 2003; SANTOS et. al., 2005). Dessas características comuns a pacientes com Paralisia Cerebral, a paciente apresentava maloclusão, hiperplasia gengival, movimentos involuntários e bruxismo, sendo condizente com a literatura.

A etiologia da PC por determinado tempo foi motivo de investigação, até chegar à conclusão de que as causas são multifatoriais. Os fatores pré-natais atingem cerca de 10 a 15% dos casos de paralisia cerebral e são decorrentes principalmente de infecções virais (rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus) anóxia intrauterina, toxemias gravídicas e radiação. As causas natais são as mais importantes devido a sua alta frequência, podendo variar de 65 a 75% dos casos, e ocorre por anóxia cerebral, prematuridade, traumatismo cerebral e hiperbilirrubinemia. A paralisia cerebral decorrente de fatores pós-natais atinge cerca de 10 a 15% dos casos e pode ser proveniente de traumatismo craniano e hidrocefalia (SABBAGH et. al., 2001; PATO et. al., 2002; GRAÇÃO e SANTOS, 2008). Sendo convergente com esses autores, a causa da paralisia dessa paciente foi por hipóxia, durante o período perinatal, sendo estes a causa e o período mais comum relatados na literatura.

Em relação aos materiais restauradores, nos pacientes com paralisia cerebral de difícil abordagem, com bruxismo ou alto risco a doença cárie, recomenda-se a utilização de materiais restauradores, cuja, vida útil seja mais prolongada, como o amálgama. A eficácia deste material foi constatada nesse caso, observando que a paciente relatada, apresentava em uma unidade dentária restauração de amálgama realizada a muito tempo e a mesma encontrava-se satisfatória, suportando bem as cargas oclusais provenientes do bruxismo e movimentos involuntários. (FERNANDES et. al., 2007; CORREA, 2002)

O cuidador, pessoa que assume a tarefa de assistir a quem necessita de ajuda no desempenho de suas atividades diárias, é na maioria das vezes um membro da família, e tem uma importante missão, na medida em que surgem necessidades que exijam tempo, dedicação, renúncias, responsabilidade, buscas e envolvimento com o doente, podendo isso, se não equilibrado, interferir na qualidade de vida deste cuidador. Sobrecarga é como o cuidador percebe problemas físicos, psicológicos e emocional, social e financeiro que resultam do cuidado com o seu familiar. Trata-se do impacto que afeta o bem-estar de ambos, onde é a manifestação negativa, do stress do cuidador (GEORGE e GWYTHYR, 1986; MARTIN, PAUL e RONCON, 2000; OLIVEIRA et. al., 2008; ZEOTI e PETEAN, 2008). Foi possível observar com o decorrer dos atendimentos, essa sobrecarga citada acima, onde a mãe aparentava cansaço frequente, relatava situações de dificuldade, no entanto demonstrava muito amor e dedicação pela paciente.

Geralmente, pais de crianças com Paralisia Cerebral tem dificuldade na higienização, pois estes pacientes apresentam características que dificulta a mesma, tais como: movimentos involuntários, alterações músculo esqueléticas, e grande facilidade de vomitar. Por conta disto, o profissional deve instruí-lo sobre a forma adequada de higiene oral nestes pacientes (CORREA, 2017; ARCH et. al., 1994; SEOW et. al., 1998; FERNANDES et. al., 2007). No caso citado foi orientado ao cuidador o uso de materiais auxiliares, como por exemplo, abridores manuais confeccionados com palitos de picolé, e após um tempo a mãe relatou melhora e maior facilidade na higiene da paciente citada.

4 Considerações finais:

É possível observar o quanto pacientes especiais requerem um atendimento diferenciado, voltado para suas condições de saúde. O tratamento do paciente com paralisia cerebral, exige do profissional paciência e conhecimento das limitações do mesmo, bem como domínio de técnicas de manejo comportamental que auxiliarão nos procedimentos, beneficiando assim, paciente e profissional. Outro fator extremamente relevante é a necessidade de orientação aos cuidadores, os quais são responsáveis por guiar todas as atividades da pessoa cuidada e finalmente a importância de estabelecer o vínculo entre, paciente, profissional e cuidador, uma vez que estes precisam de boa comunicação para o sucesso do tratamento.

5 Referências:

1. ABANTO, J.; BORTOLOTTI, R.; CARVALHO, T.S.S.; ALVES, F.B.T.; RAGGIO, D.P.; CIAMPONI, A.L.; **“Avaliação dos hábitos alimentares de interesse odontológico em crianças com paralisia cerebral”**. São Paulo. 2009.
2. Abreu MHNG, Paixão HH, ResendeVLS. **Portadores de paralisia cerebral: aspectos de interesse na odontologia**. Arq Odontol 2001;37:53-60.

3. Arch LM, Jenner AM, Whittle JG. **The views and expectations regarding dental care of the parents of children with special dental needs: a survey in the County of Cheshire**, England. Int J Paediatr Dent 1994; 4(2):127-32.
4. CARDOSO, A.M.R.; CAVALCANTI, Y.W.; PADILHA, W.W.N.; **“Impacto de programa de promoção em saúde bucal para cuidadores e crianças com Paralisia Cerebral.”** João Pessoa – Paraíba. 2012.
5. Castro AL, Marchesoti MGN, Oliveira FS, Novaes MSP. **Avaliação do tratamento odontológico de pacientes especiais sob anestesia geral.** Rev Odonto UNESP 2010;39:137-142.
6. Clemetson JC, Jones DL, Lacy ES, Hale D, Bolin KA. **Preparing dental students to treat patients with special needs: changes in predoctoral education after the revised accreditation standard.** J Dent Educ, 2012;76:1457-1465.
7. CORREA, M. S. N. P. et al. **Sucesso no Atendimento Odontopediátrico- Aspéctos Psicológicos.** 1.ed. Editora Santos, 2002.
8. CORREA, M. S. N. P. et al. **Odontopediatria na Primeira Infância- Uma revisão multidisciplinar.** 1.ed. Editora Quintessence, 2017
9. COSTA, M. H. P.; COSTA, M. A. B. T.; PEREIRA, M. F. **Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Paralisia Cerebral assistidos em um centro de odontologia do Distrito Federal.** Comunicação em Ciências da Saúde, Brasília, v.18, n. 2, p.129-139, 2007.
10. FERNANDES, P.M.; ROCHA, C.T.; TORRES, C.P.; QUEIROZ, A.M.D.; **“Paralisia Cerebral: Manejo no consultório Odontológico”.** Maringá. 2007.
11. GIANNI, M. A. C. Aspectos clínicos. In: MOURA, E. W.; SILVA, P. A. C. **Fisioterapia: aspectos clínicos e práticos da reabilitação.** São Paulo: Artes Médicas, 2005. p. 13-25.
12. Oliveira LFA, Oliveira CCC, Gonçalves SRJ, **Impacto de um programa de educação e motivação de higiene oral direcionado a crianças portadores de necessidades especiais.** Odontologia. Clín.-Científ2004;3:187-192.
13. OLIVEIRA, M.F.; SILVA, L.M.; OLIVEIRA, F.T.; GOMES, T. T. **A qualidade de vida de cuidadores de pacientes com Paralisia Cerebral.** J Health Sci Inst, São Paulo, 2013; 31(4):421-4.
14. PATO, T.R.; PATO, T.R.; SOUZA, D.R.D.; LEITE, H.P.; **“Epidemiologia da Paralisia Cerebral”.** Santos. 2002.

15. PREVITALI, E. F.; SANTOS, M. T. B. R. **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 vol. 9, núm. 1, enero-abril, 2009, pp.43-47.
16. RIBEIRO, D. S. et. al., **Alterações Musculoesqueléticas em crianças com Paralisia Cerebral no município de Jequié- Bahia.** C&D-Revista Eletrônica da FAINOR, Vitoria da Conquista, v.10, n.1, p.114-121, jan./abr.2017.
17. ROSENBAUM, P. et. al., **A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006.** Developmental Medicine and Child Neurology, v. 109, p.8- 14, 2007.
18. ROSSET, Manuela Oliveira Santos. **A sobrecarga na família de crianças com paralisia cerebral.** Ribeirão Preto, 2009.
19. SABBAG- HADDAD, A.; CIAMPONI, A.L.; GUARÉ, R.O. **Pacientes Especiais.** In:GUEDES PINTO, A.C. Odontopediatria.6.ed.São Paulo, Santos, 2001.
20. SANTOS, M.G.M.; GRAÇÃO, D.G.; **“A percepção materna sobre a Paralisia Cerebral no cenário da orientação familiar”.** São Paulo e Sergipe. 2008.
21. Seow WK. **Biological mechanisms of early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol.** 1998;26:8-27.
22. SILVA, T. M. C.; LOPES, M.; IKEDA, A. P. Y.; CESAR, M. F.; SANTOS, M. T. B. R. **Orientação de higiene bucale experiência de cárie em pacientes com paralisia cerebral em uso de medicamentos. Associação de Assistência q Criança Deficiente.** São Paulo, janeiro, 2015.
23. SIQUEIRA, C.S.; LELIS, E.R.; ROCHA, F.S.; SIQUEIRA, A.L.D.; CARVALHO, Q.A.D.; CURUM, S.; **“Atendimento Odontológico ao paciente portador de Paralisia Cerebral”.** Uberlândia. 2008.
24. SPINOLA, A.; PACHIN, A.; FERREIRA, H. C.; MOÇO, M.; GONÇALVES, N.C.V.; BELLEMO, S.R. **Perfil dos pacientes atendidos no consultório Odontológico da Associação de Assistência à Criança Defeituosa- A.A.C.D.** São Paulo, 1999.74p. Monografia apresentada na conclusão do estágio em Odontologia, realizado na A.A.C.D
25. TASHIRO, Bruna Ayumi Fonseca; MARSIGLIO, Andréia de Aquino; MIRANDA, Alexandre Franco; PERUCHI, Cláudia Maria de Souza. **O atendimento odontológico de paciente com paralisia cerebral utilizando a musicalização para adequação comportamental-relato de caso.** Oral Sci., jul/dez. 2012, vol.4,nº2, p.48-53.

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 cópia de seu prontuário a Coordenação Administrativa da Clínica Odontológica da UNIT, entretanto estará dando pleno direito de uso de imagem e dados desta Clínica Odontológica, que irá mantê-los sobre sua guarda com objetivos legais e didáticos, para fins de ensino e de divulgação, como publicação científica, respeitando respectivos códigos de ética, resguardando a sua identidade e tudo o que possa fazer reconhecimento pessoal.

7.1 Pelo uso de imagens e dados, para os fins já mencionados anteriormente, não será gerado nenhum ressarcimento ou pagamento ao paciente.

7.2 Caso o paciente, e/ou responsável, não permita o uso de sua imagem e dados, poderá ser atendido nesta instituição sem prejuízo algum ao seu tratamento.

Asseguro que tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas e compreender todas as informações constantes neste documento, antes de sua assinatura, estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas. Portanto, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a seguir rigorosamente as orientações, comunicando imediatamente qualquer alteração em decorrência dos procedimentos realizados e comparecendo pontualmente às consultas marcadas.

Aracaju, 19/03/2019



(assinatura e n° identidade do (a) paciente/responsável)

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE
 IMAGEM/ DADOS EM RELATO DE CASO CLÍNICO (PÔSTER E TRABALHOS ACADÊMICOS)
 PACIENTES MENORES DE IDADE OU DEPENDENTES

Eu, JOSILVIA COSTA, RG nº 1404137, residente à rua/avenida SÍMOS MOUROS, nº 115, Bairro _____, na cidade de POCO REDONDOS estado de SERGIPE, por meio desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, CONSENTO que sejam realizadas fotografias, vídeos e outros tipos de imagens sobre o caso clínico do MENOR Maria Eduarda Costa, idade 11 anos, RG 34607389, CPF _____, que se encontra sob minha responsabilidade/tutela. Essas imagens serão realizadas na Universidade Tiradentes (UNIT), pelos alunos da Disciplina de Estágio Supervisionado Infantil I, sob a responsabilidade dos professores Vanessa

Consinto que essas imagens, bem como as informações relacionadas ao caso clínico do referido paciente que se encontra sob a minha responsabilidade sejam utilizadas para finalidade didática (aulas, painéis científicos, palestras, conferências, cursos, congressos), resguardando a sua identidade e o que possa fazer com que o paciente seja reconhecido. Consinto também que as imagens de seus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, histopatológicos e outros, sejam divulgados e utilizados.

Esse consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo ao paciente, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação. Esse consentimento é instituído por prazo indeterminado.

Fui esclarecido de que não receberemos nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das referidas imagens e também compreendi que o aluno/professor/instituição acima discriminado, que atende o menor e atenderá durante todo o tratamento proposto, não terá qualquer tipo de ganhos financeiros/comerciais com a exposição das imagens nas referidas publicações. Também fui esclarecido de que a participação ou não nessas publicações não implicará em alteração do direito conferido ao paciente (menor/incapaz) em continuar com o tratamento odontológico adequado proposto e aceito inicialmente.

Aracaju, 01 de Setembro de 2019.

JOSILVIA COSTA
 Assinatura do responsável pelo paciente.
 CPF: 006.423.625-05
 RG: 1404137

Vanessa dos Santos Vieira
 Assinatura do profissional responsável
 CPF: 006.026.345-80
 RG: 1304995