

## Revisão da literatura

# Impacto do uso de recursos terapêuticos para higiene bucal em pacientes com paralisia cerebral

## Impact of the use of therapeutic resources for oral hygiene in patients with cerebral palsy

Ana Rita Albuquerque Zito<sup>1</sup>  
Nancy dos Santos Pinto Ferreira<sup>1</sup>  
Marisha Oliveira dos Santos<sup>1</sup>  
Beatriz Alves Furtado<sup>1</sup>  
Leticia Helena Theodoro<sup>1</sup>

### **Autora correspondente:**

Leticia Helena Theodoro  
Rodovia Marechal Rondon, s/n.º – Jardim Nova Yorque  
CEP 16066-840 – Araçatuba – SP – Brasil  
E-mail: leticia.theodoro@unesp.br

<sup>1</sup> Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência – Araçatuba – SP – Brasil.

**Data de recebimento: 24 set. 2020. Data de aceite: 16 abr. 2021.**

### **Palavras-chave:**

paralisia cerebral;  
higiene bucal;  
escovação.

### **Resumo**

**Introdução:** Pessoas acometidas por paralisia cerebral podem apresentar limitações de funcionalidade que influenciam na realização de suas atividades de vida diária. No que se refere à saúde bucal das pessoas com deficiência, encontraram-se dados indicando que elas têm maior prevalência da doença cárie dentária, maior número de dentes perdidos e maior necessidade de tratamento periodontal. Nesses indivíduos, a literatura indica maior dificuldade na realização da higiene bucal em decorrência de desordens motoras. Sabe-se que a utilização de recursos terapêuticos pode contribuir com a eficiência da escovação de pessoas com desordens neurológicas, minimizando as dificuldades físicas e motoras que possuem para desempenhar uma higiene bucal adequada. **Objetivo:** Apresentar os recursos terapêuticos e indicações que se configuram como alternativa para realizar a higiene bucal, facilitando os movimentos do paciente ou o acesso à cavidade bucal pelos cuidadores para aprimorar a escovação, de maneira a contribuir para o controle da placa bacteriana. **Resultados:** Os recursos terapêuticos apresentados são: dedeiras,

cabo da escova dentária engrossado, adaptador para os dedos, caneca recortada, pulseira de areia, calça de posicionamento e dispositivo para fio dentário. **Conclusão:** Esses recursos contribuem para facilitar a higiene bucal, tornando-a uma técnica segura, sistemática e de boa qualidade.

**Keywords:**

cerebral palsy; oral hygiene; toothbrushing.

**Abstract**

**Introduction:** People with intellectual disabilities or neurological disorders have higher prevalence of dental caries, missing teeth, and greater need for dental treatment. About individuals affected by cerebral paralysis, the literature demonstrates greater difficulty in performing oral hygiene due to significant motor disorders. It is known that the use of therapeutic resources can help people with cerebral paralysis and their caregivers in the movements necessary for brushing, minimizing difficulties in performing oral hygiene. **Objective:** To present several therapeutic resources, which are configured as alternatives for oral hygiene, as they facilitate the patient's movements or access to the oral cavity by caregivers, improving oral hygiene and, consequently, contributing to the control of bacterial plaque in these people. **Results:** The most used therapeutic resources are finger cots, thickened toothbrush handle, finger adapter, mug, sand bracelet, restraint pants or positioning, floss threader. **Conclusion:** Specific therapeutic resources with relevant indication for the different degrees of severity of cerebral paralysis contribute to increase oral hygiene, making it safer, more systematic, and efficient.

**Introdução**

A paralisia cerebral (PC) descreve um grupo de doenças permanentes do desenvolvimento e da postura atribuído a um distúrbio não progressivo que ocorre durante o desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil, podendo contribuir para limitações no perfil de funcionalidade da pessoa [1]. Foi descrita pela primeira vez em 1843 por um ortopedista inglês [9, 31]. A desordem motora pode ser acompanhada por distúrbios sensoriais, perceptivos, cognitivos, de comunicação e comportamentais [31]. A PC engloba grupo heterogêneo quanto à etiologia, a sinais clínicos e à severidade de comprometimentos [9].

Os sinais clínicos da PC envolvem alterações de tônus, presença de movimentos atípicos e distribuição topográfica do comprometimento. A severidade de comprometimentos da paralisia cerebral está associada às limitações das atividades e à presença de comorbidades [11, 22]. Problemas musculoesqueléticos secundários, contraturas musculares e tendíneas, rigidez articular, deslocamento de quadril e deformidade na coluna podem se desenvolver ao longo da vida e estão relacionados ao crescimento físico, à espasticidade muscular, entre outros [31].

Os distúrbios sensoriais, perceptivos e cognitivos associados à PC podem envolver a visão, a audição, o tato e a capacidade de interpretar as informações sensoriais e cognitivas e ser consequência de distúrbios primários atribuídos à própria PC ou a distúrbios secundários, como consequência das limitações de atividades que restringem o aprendizado e o desenvolvimento de experiências sensorio-perceptuais e cognitivas [1, 9].

A comunicação expressiva e receptiva e a habilidade de interação social também podem ser afetadas. Entre as alterações comportamentais e mentais, podem ocorrer distúrbios do sono, transtornos de humor e de ansiedade. É comum a presença de diversos tipos de crises convulsivas [9, 28]. Entre os fatores etiológicos da PC, destacam-se: fatores pré-natais, como infecções congênicas e falta de oxigenação; fatores perinatais, incluindo anoxia neonatal e eclampsia; e fatores pós-natais, como infecções e traumas [28, 37].

Em países desenvolvidos, a prevalência encontrada varia de 1,5 a 5,9/1.000 nascidos vivos. Por outro lado, estima-se que a incidência de PC nos países em desenvolvimento seja de sete por 1.000 nascidos vivos [37]. A explicação para a diferença na magnitude da prevalência entre esses

dois grupos de países é atribuída às más condições de cuidados pré-natais e ao atendimento primário às gestantes [19].

Com relação à saúde bucal, indivíduos com necessidades especiais apresentam maior prevalência da doença cárie dentária, maior número de dentes perdidos, bem como maior necessidade de tratamento periodontal [26].

O grau de limitação física e/ou mental, a dificuldade da realização da higiene bucal, a dieta alimentar, geralmente rica em carboidratos e alimentos pastosos, além do fato de muitas vezes tais indivíduos terem sua higiene oral negligenciada pelos seus responsáveis, são fatores que favorecem o acúmulo de placa bacteriana e, conseqüentemente, o aparecimento dessas patologias [30].

A alta incidência de desordens bucais também pode estar associada a fatores como a condição socioeconômica familiar, as limitações ocasionadas pela deficiência, o uso de medicamentos de uso contínuo, a escassez de profissionais capacitados para a realização do atendimento e o alto custo do tratamento especializado [22]. Também se atribui a alta incidência de problemas bucais à escassez de informação dos responsáveis sobre como prevenilas [29].

Apesar de no Brasil existir o Estatuto da Pessoa com Deficiência, cujo objetivo é “assegurar o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando a inclusão social e cidadania”, e seu artigo 18 assegurar a “atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do [Sistema Único de Saúde] SUS, garantindo acesso universal e igualitário” [7], sabe-se que parcela significativa dessa população não tem acesso à saúde bucal nem geral de forma adequada.

Nessa perspectiva de esforços para a ampliação de políticas públicas de saúde que atendam às especificidades da pessoa com deficiência, torna-se relevante contemplar aspectos relacionados à saúde bucal desse público, bem como as especificidades do atendimento odontológico direcionado a essa população. Particularmente nos indivíduos com PC, observa-se dificuldade maior na realização de higiene bucal adequada em decorrência de desordens motoras significativas [2].

Quanto à prevenção de doenças bucais por meio do aprimoramento da higiene bucal em pacientes com PC, o ideal é lançar mão de estratégias ou recursos terapêuticos que possam auxiliar diretamente esses indivíduos, no caso dos parcialmente dependentes, e colaborar com os

cuidadores na realização adequada da higiene bucal de tais pacientes. No entanto, na literatura, ainda é escassa a apresentação dos referidos recursos terapêuticos.

Diante desses fatos, o objetivo deste trabalho foi apresentar os diversos recursos terapêuticos, bem como suas indicações, como alternativa para realizar a higiene bucal facilitando os movimentos do paciente ou o acesso à cavidade bucal por ele ou pelos cuidadores, para aprimorar a higiene bucal e o controle da placa bacteriana em pessoas com PC.

## Importância dos recursos terapêuticos para a higiene bucal

Utiliza-se o termo *recurso terapêutico* para designar todo e qualquer dispositivo que vise à aquisição ou à ampliação de autonomia e independência de um indivíduo em suas ações do cotidiano [34]. Espera-se que toda a ação desenvolvida com indivíduos com PC e com seus cuidadores contribua para a manutenção e construção de uma boa saúde física, mental e social, proporcionando autonomia e inclusão.

Tratando-se de recursos terapêuticos, é primordial dividir os pacientes com PC em dependentes e independentes para melhor orientação e assistência. Os pacientes dependentes não conseguem realizar as atividades da vida diária satisfatoriamente sem ajuda, por causa das limitações físicas, funcionais ou cognitivas. Os pacientes independentes, por sua vez, possuem a capacidade funcional em sua expressão máxima, o que significa que conseguem sobreviver sem auxílio para as atividades de vida diária e autocuidado [33].

Na área da odontologia, observa-se dificuldade maior por parte dos pacientes que apresentam problemas de desordens motoras para a realização da higiene bucal [2]. Tanto os pacientes dependentes quanto os independentes são beneficiados pelo uso dos recursos terapêuticos na execução das atividades de vida diária, entre elas a higiene bucal, que se dá de forma mais satisfatória na presença de tais recursos.

Destaca-se ainda que é necessário conhecer as variações dos problemas bucais em pacientes com PC e relacioná-los aos recursos terapêuticos que vão facilitar a higiene bucal e melhorar a qualidade de vida desses pacientes, devendo ser considerados os distúrbios da função motora e o déficit intelectual [2].

## Descrição dos recursos terapêuticos

As atividades de vida diária envolvem tarefas de autocuidado e automanutenção, como alimentação, vestuário, banho, uso do banheiro, higiene oral e comunicação [3]. A utilização de recursos terapêuticos minimiza as dificuldades, trazendo para as pessoas com PC e para os seus cuidadores melhora nos movimentos necessários para escovação bucal.

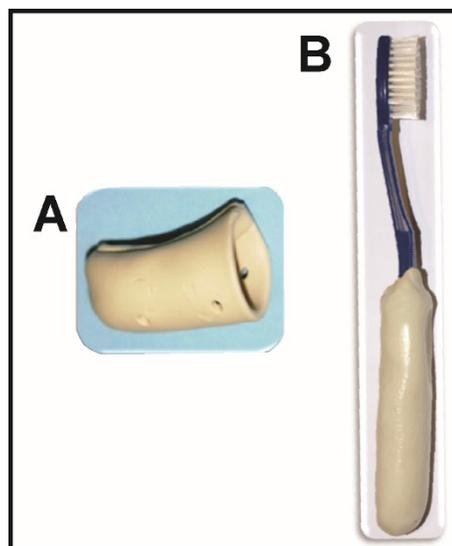
A tecnologia assistiva é um recurso que auxilia ou promove a ampliação de uma habilidade funcional deficitária ou possibilita o aumento da autonomia e a realização de uma função impedida por circunstância da deficiência [3]. O termo *adaptação* refere-se à adaptação no ambiente, na tarefa ou no método que objetiva a maximização da funcionalidade do indivíduo e maior grau de independência no desempenho das suas atividades.

As adaptações podem ser de baixa tecnologia ou baixo custo (*low tech*), que englobam os dispositivos que assessoram as atividades de vida diária; ou de alta tecnologia ou alto custo (*high-tech*), como os dispositivos controlados por computador [17].

Existem vários modelos de adaptações que podem ser confeccionados com materiais alternativos ou comercializados pela indústria [17]. Entre os recursos terapêuticos utilizados para auxiliar a higiene bucal de indivíduos com PC, podem-se destacar dedeiras, cabo de escova engrossado, escovas dentais elétricas, pulseira de areia, adaptador para os dedos, caneca recortada, adaptador tipo forquilha para o fio dental, calça de contenção ou posicionamento e carrinhos adaptados.

As *dedeiras* constituem-se em recurso para encaixar os dedos, de material termoplástico lavável e resistente (Figura 1A). Auxiliam o responsável pela higienização a manter a abertura bucal adequada de pessoas com reflexo de mordida. A higiene com o uso dos abridores de boca ajuda na diminuição significativa do índice de placa bacteriana em pessoas com necessidades especiais [14].

O *cabo da escova dentária pode ser engrossado* com material termoplástico, com o objetivo de melhorar a adaptação para melhor apreensão do objeto durante os movimentos executados pelo próprio indivíduo (Figura 1B).



**Figura 1** - (A) Dedeira confeccionada com material termoplástico; (B) escova dentária com cabo engrossado

No que diz respeito ainda à escovação dentária, é importante ressaltar para o paciente e para o cuidador que no momento da escovação a postura do corpo e da cabeça é fundamental para essa ação. Segundo Brandão [6], quanto maior a necessidade de firmeza da pegada, mais numerosos e extensos devem ser os contatos estabelecidos entre a mão e o objeto. O tipo e o modo de fazer a preensão são escolhidos segundo a forma, o tamanho, o peso, o uso e a localização do objeto a ser segurado. Algumas orientações devem ser avaliadas e enfatizadas para uma higienização bucal segura, sistemática e de boa qualidade, como olhar para o espelho no momento da escovação com a cabeça posicionada corretamente e observar o tamanho da cabeça da escova, a quantidade de pasta e a posição do polegar na escova, verificando se esse dedo faz parte da preensão ou só se sobrepõe sobre os outros dedos.

Alguns autores descrevem que tanto a escova manual como a escova dentária elétrica podem ser usadas, pois apresentam a mesma eficácia na prevenção da cárie e gengivite [35]. Algumas pessoas com PC apresentam muitos movimentos involuntários [32], tornando a escovação dentária mais difícil, por causa de problemas de coordenação motora,

algumas limitações musculares e dificuldades na correta execução dos cuidados de higiene oral, necessitando assim da participação de terceiros [4]. Tendo em vista essas dificuldades, a escova elétrica é indicada como um recurso terapêutico, pois auxilia na redução e no controle do biofilme dental, melhorando desse modo a condição de higiene bucal desse indivíduo [25]. Por apresentar cabo mais grosso, a escova elétrica também auxilia na preensão do objeto, não havendo necessidade de engrossamento do cabo.

Ainda com relação à escovação dentária, o *adaptador para os dedos* pode ser confeccionado, dependendo do tipo de lesão que o paciente apresenta, com ou sem suporte para o punho, favorecendo a manutenção da adaptação (escova de dente) na posição ideal para a realização da higiene bucal (Figura 2).

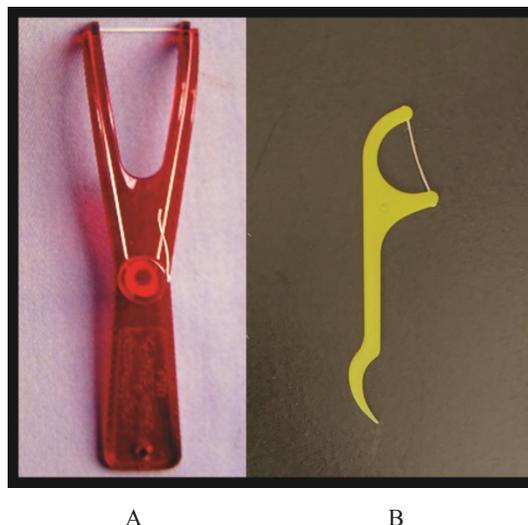


**Figura 2** - Adaptador para os dedos confeccionado com material termoplástico, facilitando a adaptação da escova dentária

Confeccionado com material termoplástico moldado aos dedos polegar e indicador, o adaptador para os dedos auxilia a preensão da escova dental, oferecendo maior firmeza no ato da escovação. Segundo Ferrareto e Souza [15], na PC as desordens de movimento dificultam muito a execução dessa atividade, como movimentações involuntárias, falta de simetria, incoordenação olho-mão, inviabilidade para pegar e soltar, espasticidade. Diante de avaliações, a prescrição de adaptações poderá ser adequada para favorecer melhora dessas desordens.

Para realização da higiene das regiões interproximais, indica-se *um dispositivo para fio*

*dentário* encaixado em cabo de plástico, destinado à manutenção firme do fio dental. Possui forma anatômica delicada e tamanho pequeno, tipo forquilha, possibilitando que o fio dental alcance todos os dentes, principalmente na região mais posterior da cavidade bucal. Nos casos em que o cuidador é o responsável pela higiene bucal, os passadores de fio dental são a opção correta, já que esses pacientes na maioria das vezes apresentam dificuldade de abertura de boca (Figura 3).



**Figura 3** - (A e B) Dispositivos de fio dental adaptados em formato de forquilha, para facilitar a higiene bucal das áreas interproximais

O fio dental, juntamente com a escovação com dentifrícios fluoretados, quando empregado de forma habitual e apropriada, pode promover adequado controle de placa e prevenir as doenças bucais mais prevalentes, como a cárie dentária e a gengivite [16].

Outro dispositivo capaz de auxiliar na higiene bucal é a *caneca recortada*, que pode ajudar no enxágue da cavidade bucal após a escovação. O recorte e o polimento da borda dessas canecas facilitam seu uso, por evitar a extensão excessiva do pescoço do paciente durante a higiene bucal.

A *pulseira de areia* é um recurso confeccionado em tecido de algodão ou brim, preenchido com três partes iguais de areia, cada qual com 5 cm de comprimento, e que proporciona melhora na estabilidade e coordenação do braço e da mão do indivíduo com PC, favorecendo a redução da intensidade dos movimentos involuntários (Figura 4).



**Figura 4** - Procedimento de escovação realizado pelo paciente com escova com cabo engrossado e pulseira de areia

Zerbinato *et al.* [38] relataram que adaptações com pesos facilitam a coordenação mão-boca, na tentativa de diminuir os movimentos involuntários. Para isso, podem ser utilizados braceletes com pesos variáveis.

Com relação ao posicionamento do indivíduo com PC que não possua carrinhos ou cadeiras adaptadas, no momento da higiene bucal é possível usar um recurso denominado de *calça de posicionamento*, que é uma alternativa de baixo custo utilizada para várias demandas dos pacientes (alimentação, escovação, posicionamento na cadeira odontológica). Ela oferece simetria para o posicionamento correto de cervical e tronco, com a cabeça apoiada na junção das pernas da calça e braços livres, possibilitando ao paciente bom alcance visual [10] (Figura 5).



**Figura 5** - Higiene bucal realizada com paciente adaptado na calça de posicionamento

Por outro lado, os carrinhos ou cadeiras adaptadas favorecem ainda mais o posicionamento adequado no modo sentado, com apoio de tronco, inibindo padrões de reflexos anormais, e podem ser usados na cadeira odontológica.

## Discussão

Dezessete milhões de pessoas em todo o mundo apresentam PC [36]. O indivíduo com essa deficiência exige atendimento odontológico individualizado e humanizado, e a construção de uma relação de confiança entre dentista, paciente, pais e cuidadores é fundamental. O atendimento odontológico desses indivíduos deve priorizar intervenções multiprofissionais, buscando melhora na promoção de saúde bucal e na sua manutenção [20]. Falta de coordenação em ações motoras e movimentos involuntários são características marcantes da PC [21, 29]. Segundo Castilho *et al.* [12], as condições de saúde bucal de pessoas com deficiência mental e com distúrbios neuropsicomotoras são precárias mesmo em indivíduos que já receberam tratamento odontológico. Além disso, têm sido relatadas alta prevalência, incidência e severidade das doenças

cárie e periodontal quando comparadas às de indivíduos sem deficiência [12].

Sabe-se que a pessoa com deficiência requer atenção, e neste artigo pôde ser constatada a importância do atendimento multiprofissional e dos recursos terapêuticos específicos, facilitando para os pacientes e cuidadores o uso de uma escovação dentária eficiente, melhorando assim as condições de higiene e de saúde bucal.

Grande parte dos indivíduos com deficiência é carente e possui condição socioeconômica baixa. Estudo relatou que, quanto menores o nível de escolaridade e o nível socioeconômico dos responsáveis, maiores são as chances de tais indivíduos apresentarem aumento no acúmulo de placa bacteriana [1].

O Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência (CAOE), unidade auxiliar da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, possui uma equipe multiprofissional, composta de cirurgiões-dentistas, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social, médico, psicólogo, enfermeiro, entre outros. Quando o paciente é atendido, propõe-se um plano de tratamento multiprofissional visando atender a todas as suas necessidades e estimular a colaboração. Neste artigo, apontamos recursos terapêuticos utilizados e indicados no CAOE ao longo de vários anos que auxiliam na higienização bucal de indivíduos com PC, promovendo melhora da sua eficiência. No caso dos materiais confeccionados pelos próprios profissionais, um dos materiais utilizados é o termoplástico. Com relação aos materiais confeccionados, devem-se considerar algumas características específicas [21], sendo as mais importantes controle ou resistência ao estiramento e ajuste na moldagem [24].

Os materiais do tipo plástico têm grau de controle relativamente baixo e grau de moldagem relativamente alto, sendo então indicados para órteses de mãos e de dedos [24]. O engrossamento do cabo da escova de dentes com esses materiais melhora a apreensão da mão com o objeto e a precisão do movimento. Para otimizar o uso desses materiais, faz-se importante que os cuidadores tenham acesso a dedeiras confeccionadas com eles, facilitando a abertura bucal para o controle mecânico da placa bacteriana.

Mesmo que o paciente tenha maior dificuldade para realizar algumas atividades e as faça em um espaço de tempo maior, é relevante que os pais permitam que ele participe da execução dessas ações, como, por exemplo, escovar os dentes [38]. Quando o paciente participa do processo da execução dos seus dispositivos adaptados, a chance de ele

aceitar e fazer uso dos instrumentos é maior. Por isso, é tão significativa a relação adequada entre o paciente e o profissional [18].

Outro recurso terapêutico muito utilizado com o objetivo de diminuir os movimentos involuntários é a pulseira de areia (pulseira de peso), que melhora a estabilidade dos movimentos, porém pesquisas que avaliam o efeito dessas pulseiras no controle dos movimentos involuntários são escassas. Para diminuição de movimentos involuntários, foi relatado que adaptações com pesos facilitarão a coordenação mão-boca [38]. Outro recurso é o copo com bordas recortadas, para evitar a extensão cervical, além de diminuir a probabilidade de aspiração do líquido.

Muitas vezes, o uso do fio dental é esquecido, mas é extremamente importante associar a escovação ao uso do fio dental, pois a escova dentária não atinge as regiões interproximais dos dentes e, assim, não realiza controle de placa adequado que possa aumentar a prevenção da doença cárie e da gengivite [13]. No entanto, em pessoas com PC, é difícil a sua aplicabilidade, por esses pacientes possuírem abertura bucal reduzida muitas vezes. Observando essa dificuldade, como alternativa, orienta-se o uso do fio dental adaptado com forquilhas adquiridas comercialmente; seu formato facilita o uso tanto em dentes anteriores como em posteriores.

Na temática da saúde da pessoa com deficiência, cabe retratar o papel do cuidador, visto que frequentemente este carece de cuidados e/ou auxílio para a realização das atividades cotidianas, seja na supervisão, no caso dos independentes, seja na assunção completa das atividades de vida diária, no caso dos totalmente dependentes. No que tange à saúde em geral e especificamente à saúde bucal, os comportamentos e as atitudes do paciente e do cuidador são essenciais para a promoção da saúde da pessoa com deficiência. Assim, para a eficácia do atendimento odontológico a esse público, é imprescindível o fortalecimento de vínculos do cirurgião-dentista com o paciente e com a família, sendo esta representada pela figura do cuidador principal [8].

Minihan *et al.* [23] ressaltam a importância do cuidador para a manutenção da saúde bucal da pessoa com deficiência, visto que o cuidador será o responsável pela higienização bucal em casa. Correlacionando a alta incidência de comprometimentos na saúde bucal de pessoas com deficiência descrita na literatura com o papel do cuidador, cabe indicar que este relata dificuldades para desempenhar os cuidados bucais no indivíduo

pelo qual é responsável, sendo tais dificuldades relacionadas a problemas comportamentais da pessoa cuidada, falta de tempo e ajuda, indivíduos que mordem a escova de dentes, não abrem a boca para a escovação, recusam os cuidados ligados à higienização [23], ou, ainda, apresentam reflexo de mordida [2].

A aplicabilidade dos recursos terapêuticos promove aos pacientes e cuidadores menor dificuldade durante a realização da técnica de escovação, havendo assim melhora na condição bucal dos pacientes. Mesmo que o indivíduo realize algumas atividades em um espaço de tempo maior do que eventualmente poderia ser requerido, os pais ou cuidadores devem permitir que ele participe da execução das ações para estimular e motivar as atividades frequentes [5].

Os recursos terapêuticos disponíveis podem minimizar as dificuldades dos cuidadores nos cuidados bucais dos pacientes com PC, bem como tornar o momento da escovação menos aversivo para os cuidadores e para os pacientes. Considerando que o cuidador exerce papel significativo na execução das atividades de vida diária dos pacientes, estes devem ser sensibilizados sobre a relevância dos referidos recursos e devidamente treinados para o seu uso. Pini *et al.* [27] sinalizam a pertinência de medidas de promoção de saúde bucal direcionadas aos cuidadores, como, por exemplo, palestras de instrução a respeito da importância da boa higiene oral e dos prejuízos acarretados por sua falta.

Minihan *et al.* [23] também enfatizam a necessidade de inclusão, orientação e treinamento desses cuidadores para promover melhora na saúde bucal e, ainda, a importância de destacar o papel destes nas discussões de políticas públicas de saúde bucal para a pessoa com deficiência.

Pela observação dos aspectos descritos, torna-se fundamental salientar a relevância do cuidador e dos pacientes para a eficácia dos recursos terapêuticos disponíveis para a higienização bucal da pessoa com PC. O cuidador deve estar afetivamente disponível para o uso de tais recursos, bem como devidamente treinado para a utilização destes, e essa disponibilidade pode ser desenvolvida na relação profissional-paciente-cuidador durante o tratamento odontológico e, por conseguinte, produzir ganhos na promoção de saúde bucal desses pacientes.

## Conclusão

Considerando a incapacidade funcional da pessoa com deficiência e a dificuldade da higiene

bucal realizada por ele ou por seu cuidador, é importante que sejam utilizados recursos terapêuticos alternativos específicos para as necessidades dos diversos graus de severidade da PC, para facilitar a eficácia da higiene bucal, tornando-a uma técnica segura, sistemática e de boa qualidade. Espera-se que toda a ação desenvolvida com esses pacientes e/ou seus cuidadores contribua para a manutenção e construção de uma boa saúde física, mental e social, proporcionando-os autonomia e inclusão.

O trabalho em equipe multiprofissional proporciona aos indivíduos com PC o emprego adequado dos recursos terapêuticos, os quais minimizam as dificuldades encontradas para a realização da higiene bucal. A autonomia desses pacientes é um requisito importante na promoção de sua saúde, e os recursos terapêuticos sugeridos têm papel fundamental para a prática do autocuidado, diversificando ações de natureza educativa e preventiva.

## Referências

1. Aguiar SMHCA, Barbieri CM, Louzada LPA, Saito TE. Eficiência de um programa para a educação e a motivação da higiene buco-dental direcionado a excepcionais com deficiência mental e disfunção motoras. *Rev Fac Odontol Lins.* 2000;12(1-2):16-23.
2. Akhter R, Hassan NMM, Martin EF, Muhit M, Haque MR, Smithers-Sheedy H, *et al.* Risk factors for dental caries among children with cerebral palsy in a low-resource setting. *Dev Med Child Neurol.* 2017;59(5):538-43.
3. Almeida CA, Lima PVC. Terapia ocupacional e tecnologia assistiva: possibilidades de adaptações para pessoas com paralisia cerebral. In: Castilho-Weinert LV, Forti-Bellani CD. *Fisioterapia em neuropediatria.* Curitiba: Ompix; 2011. p.125-146.
4. Altun C, Guven G, Akgun OM, Akkurt MD, Basak F, Akbulut E. Oral health status of disabled individuals attending special schools. *Eur J Dent.* 2010;4(4):361-6.
5. Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). Occupational therapy practice framework: domain & process. *Am J Occup Ther.* 2008;62(6):625-83.
6. Brandão S. O desenvolvimento psicomotor da mão. Rio de Janeiro: Enelivros; 1984. 63 p.

7. Brasil. Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União. 2015.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
10. Calça de Posicionamento. Reabilitando com Terapia Ocupacional [Internet]. [acessado em 28 abr. 2020]. Disponível em: <https://reabilitandocomto.wordpress.com/tag/calca-de-posicionamento/>
11. Cans C, McManus V, Crowley M, Guillem P, Platt M, Johnson A, et al. Cerebral palsy of postneonatal origin: characteristics and risk factors. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2004;18(3):214-20.
12. Castilho LS, Carvalho CF, Toso FP, Jacob MN, Abreu MHNG, Resende VLS. Utilização do into para triagem de grandes grupos populacionais experiência com pacientes especiais. *Rev CROMG.* 2000;6(3):195-9.
13. Ditterich RG, Portero PP, Wambier DS, Pilatti GL, Santos FA. Hábitos de higiene bucal e o papel da motivação no controle mecânico do biofilme dental. *Odontol Clín Científ.* 2007;6(2):123-8.
14. Fernandes K, Gurré RO, Climente V. Utilização de abridor de boca de baixo custo na higiene bucal de crianças portadoras de paralisia cerebral. *Rev Odontol UNICID.* 2003;15(2):85-93.
15. Ferrareto I, Souza AMC. Paralisia cerebral: aspectos práticos. São Paulo: Memnon; 2001.
16. Hartwig AD, Junior IFS, Stuemmer VC, Shardosim LR, Azevedo MS. Recursos e técnicas para a higiene bucal dos pacientes com necessidades especiais. *Rev Enf Saú.* 2013;12(4):55-61.
17. Hohmann P, Cassapia MR. Adaptações de baixo custo: uma revisão de literatura da utilização por terapeutas ocupacionais brasileiros. *Rev Terap Ocup Univ São Paulo.* 2011;22(1):10-8.
18. Hopkins HL. Fundamentos teóricos y filosóficos actuales de la terapia ocupacional. In: Hopkins HL, Smith HD, Willard/Spackman, editores. *Terapia ocupacional.* Madri: Editorial Médica Panamericana; 1998. p. 58-91.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência [Internet]. IBGE; 2010 [acessado em 8 set. 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/c>
20. Katz CR. Integrated approach to outpatient dental treatment of a patient with cerebral palsy: a case report. *Spec Care Dentist.* 2012;32:210-7.
21. MacDonald EM. Terapia ocupacional em reabilitação. São Paulo: Santos Livraria; 1998.
22. Marra PS, Miasato JM. A saúde bucal do paciente especial e sua relação com o nível sócio-econômico dos pais. *Rev Bras Odontol.* 2008;65(1):27-30.
23. Minihan PM, Morgan JP, Park A, Yantsides KE, Nobles CJ, Finkelman MD, et al. At-home oral care for adults with developmental disabilities: a survey of caregivers. *JADA.* 2014;145(10):1018-25.
24. MN Importação, Exportação e Comércio de Suprimentos Terapêuticos e de Reabilitação LTDA [Internet]. [acessado em 15 abr. 2020]. Disponível em: <http://www.mnsuprimentos.com.br/menu/termoplasticos/>
25. Moreira VG, Lima RBW, Cavalcanti YW, Almeida LDFDD, Padilha WVN. Parâmetros morfológicos de escovas dentais comercializadas em João Pessoa-PB. *Int J Dent.* 2010;9(4):169-73.
26. Oredugba FA, Akindayomi Y. Oral health status and treatment needs of children and young adults attending a day centre for individuals with special health care needs. *BMC Oral Health.* 2008;8(30):1-8.
27. Pini DM, Fröhlich PCGR, Rigo L. Avaliação da saúde bucal em pessoas com necessidades especiais. *Einstein.* 2016;14(4):501-7.
28. Piovesana AMMSG. Encefalopatia crônica, paralisia cerebral. In: Fonseca LF, Pianetti G, Xavier CC, editores. *Compêndio de neurologia infantil.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 825-38.
29. Raggio DP, Takeuti ML, Guaré RO, Haddad AS, Imparato ICP, Ciamponi AL. Remoção químico-mecânica de tecido cariado em paciente portador de Síndrome de Down - Relato de caso clínico. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 2001;4(19):191-6.
30. Resende VLS, Castilho LS, Viegas CMS, Soares MA. Fatores de risco para a cárie em dentes decíduos portadores de necessidades especiais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2007;7(2):111-7.

31. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol Suppl.* 2007;109(109):8-14.
32. Santos ATL, Couto GBL. Atendimento odontológico ao paciente portador de paralisia cerebral. *Int J Den.* 2008;7:133-41.
33. Silva MJ, Lopes MVO, Araújo MFM, Moraes GLA. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diárias em idoso da cidade de Fortaleza-Ceará. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(2):201-6.
34. Watanabe MKF, Tsukimoto DR, Rodrigues G. Terapia ocupacional e o uso do computador como recurso terapêutico. *Acta Fisiátrica.* 2003;10(1): 17-20.
35. Wilershusen B, Watermann L. Longitudinal study to assess the effectivity of electric and manual toothbrushes for children. *Eur J Med Res.* 2001;6(1):39-45.
36. World Cerebral Palsy Day [Internet]. [acessado em 10 abr. 2020]. Disponível em: <https://worldcpday.org/about-us/>
37. Zanini G, Cemin NF, Peralles SN. Paralisia cerebral: causas e prevalências. *Rev Fisioter Mov.* 2009;22(3):375-81.
38. Zerbinato L, Makita LM, Zerloti P. Paralisia cerebral. In: Teixeira E, Sauron FN, Santos LSB, Oliveira MC, editores. *Terapia ocupacional na reabilitação física.* São Paulo: Roca; 2003. p. 503-34.