



Influência da consistência da alimentação na saúde bucal de crianças com paralisia cerebral

Influence of feed consistency in oral health of children with cerebral palsy

Influencia de la consistencia alimentaria en la salud bucal de niños con parálisis cerebral

AlinnePatierry Oliveira Pacifico Feitosa^{1,2}, Hellen Súzany Freire Silva¹, Maria Fernanda de Oliveira¹, Pâmela Luenny Forte Santos¹, Tamara Brito da Silva¹, Rafaela Rodrigues Souza¹, Eliane Ferreira Sampaio², Morgana Pontes Brasil Gradvohl¹, Armênia Uchôa de Mesquita¹, Grace Sampaio Teles da Rocha¹.

RESUMO

Objetivo: Identificar a influência da consistência da alimentação na saúde bucal de crianças com paralisia cerebral e comparar com crianças normais e outras alterações sistêmicas. **Métodos:** Dois questionários: um socioeconômico e outro sobre as condições dentárias e a consistência da alimentação. Entrevistadas 60 crianças, 24 (40%) do sexo feminino e 36 (60%) masculino. Divididos em: Paralisia Cerebral (1), Outras alterações sistêmicas (2) e Crianças normais (3), com 20 em cada. **Resultados:** A idade média para os grupos 1, 2 e 3 foi 7,90 (# 2,93), 5,85 ($\pm$ 2,25), 6,30 (\$ 2,40) anos, respectivamente. O Índice de Placa Visível foi avaliado e a média foi, respectivamente, 41% ($\leq$ 33,3), 37,7% (# 45,5), 40,9% (\$ 37,1). A média do DMFT, no 1 de 2,25 (# 2,86) - baixo; no 2 de 4,60 (\$ 6,64) - moderado e no 3 de 6,40 (# 5,02) - alto. Observou-se no 1 que 60% se alimentam predominantemente de alimentos líquidos/pastosos. **Conclusão:** O DMFT das crianças com paralisia cerebral é muito baixo em comparação com os outros ($p = 0,004$), e a consistência líquida/pastosa é a mais comum ($p = 0,001$).

Palavras-chave: Paralisia cerebral, Alimento funcional, Saúde bucal.

ABSTRACT

Objective: To identify the influence of food consistency on the oral health of children with cerebral palsy and compare them with normal children and those with other systemic alterations. **Methods:** Two questionnaires were used: one socio-economic and another on dental conditions and food consistency. Sixty children were interviewed, 24 (40%) female and 36 (60%) male. They were divided into: Cerebral Palsy (1), Other Systemic Alterations (2), and Normal Children (3), with 20 children in each group. **Results:** The mean age for groups 1, 2, and 3 was 7.90 ($\pm$ 2.93), 5.85 ($\pm$ 2.25), and 6.30 ($\pm$ 2.40) years, respectively. The Visible Plaque Index was evaluated, and the average was 41% ($\pm$ 33.3), 37.7% ($\pm$ 45.5), and 40.9% ($\pm$ 37.1), respectively. The average DMFT was 2.25 ($\pm$ 2.86) in group 1 - low; 4.60 ($\pm$ 6.64) in group 2 - moderate; and 6.40 ($\pm$ 5.02) in group 3 - high. In group 1, 60% mainly consumed liquid/pasty foods. **Conclusion:** The DMFT of children with cerebral palsy is much lower compared to the other groups ($p = 0.004$), and liquid/pasty food consistency is the most common ($p = 0.001$).

Keywords: Cerebral palsy, Functional food, Oral health.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la influencia de la consistencia de la alimentación en la salud bucal de niños con parálisis cerebral y compararlos con niños normales y con otras alteraciones sistémicas. **Métodos:** Se utilizaron dos

¹ Universidade de Fortaleza, Fortaleza – CE.

² Hospital de Messejana Dr Alberto Carlos Studart Gomes, Fortaleza – CE.

cuestionarios: uno socioeconómico y otro sobre las condiciones dentales y la consistencia de la alimentación. Se entrevistaron 60 niños, 24 (40%) mujeres y 36 (60%) hombres. Divididos en: Parálisis Cerebral (1), Otras alteraciones sistémicas (2) y Niños normales (3), con 20 en cada. **Resultados:** La edad media para los grupos 1, 2 y 3 fue de 7,90 ($\pm 2,93$), 5,85 ($\pm 2,25$), 6,30 ($\pm 2,40$) años, respectivamente. Se evaluó el Índice de Placa Visible y la media fue, respectivamente, 41% ($\pm 33,3$), 37,7% ($\pm 45,5$), 40,9% ($\pm 37,1$). La media del DMFT fue de 2,25 ($\pm 2,86$) en el grupo 1 - bajo; 4,60 ($\pm 6,64$) en el 2 - moderado y 6,40 ($\pm 5,02$) en el 3 - alto. Se observó en el grupo 1 que el 60% se alimenta predominantemente de alimentos líquidos/pastosos. **Conclusión:** El DMFT de los niños con parálisis cerebral es mucho más bajo en comparación con los otros ($p = 0,004$), y la consistencia líquida/pastosa es la más común ($p = 0,001$).

Palabras clave: Parálisis cerebral, Alimentos funcionales, Salud bucal.

INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral (PC) é, predominantemente, um transtorno neuromotor que afeta crianças e, geralmente, é consequência de lesões cerebrais ocorridas no período perinatal ou neonatal. Essa condição engloba uma variedade de distúrbios de movimento que não apresentam progressão, além de posturas atípicas e possíveis limitações cognitivas e sensoriais ao longo da vida. A prevalência de PC varia, sendo mais elevada em países em desenvolvimento, representando um impacto significativo para os pacientes, suas famílias e a sociedade devido à sua gravidade e aos custos envolvidos (OSKOUI, et al., 2013). Calcula-se que, no Brasil, ocorrem entre 30.000 e 40.000 novos casos de paralisia cerebral anualmente, quantidade que está relacionada a condições econômicas adversas. Em contraste, em países desenvolvidos, a ocorrência varia de 1 a 2 casos a cada 1.000 nascimentos (ARAÚJO LA, et al., 2012).

Os subtipos motores da PC estão associados à área cerebral lesionada e à sua intensidade (leve, moderada e severa). Essa categorização com base na função motora é denominada Gross Motor Function Classification System (GMFCS), sendo aplicada em crianças de 2 a 18 anos, classificando a funcionalidade em 5 níveis de independência motora, indo do nível I (sinais mais leves) ao nível V (mais severos) (PEREIRA VH, 2018). Entre as principais alterações observadas na PC, destacam-se as disfunções relacionadas ao movimento, à postura, ao equilíbrio, à coordenação, entre outros. Na análise clínica da PC, é fundamental considerar a extensão e a localização da lesão neurológica, sua gravidade e a descrição semiológica dos transtornos motores. Por se tratar de um grupo diverso, diversas classificações são empregadas para descrever, de forma mais detalhada, o quadro clínico dos indivíduos afetados (MONTEIRO CBM, et al., 2015).

Geralmente, as mães assumem a responsabilidade de alimentar seus filhos com PC, relatando que essa tarefa é exaustiva, desconfortável e estressante tanto para elas quanto para a criança. Esses relatos ocorrem devido ao fato de seus filhos não conseguirem atender à sua necessidade (fome) de maneira satisfatória, eficiente e positiva. Assim, tosse, engasgos, dificuldades respiratórias e refluxo durante a alimentação são comuns, além do tempo demandado para essa atividade e da necessidade de um cardápio específico (ARAÚJO LA e SILVA LR, 2013). A PC exerce um impacto significativo tanto no desenvolvimento da criança quanto na dinâmica familiar. Estudos realizados por Dantas MAS (2009) e Dantas MSA (2010) indicam que, ao esperar o nascimento de um filho saudável, os pais enfrentam um grande choque emocional ao receber o diagnóstico de uma condição como a PC.

Esse diagnóstico desencadeia uma série de reações emocionais e psicológicas, que passam por estágios como luto, choque, negação, aceitação e, eventualmente, adaptação. No cotidiano familiar, os membros da família se veem na necessidade de reestruturar suas rotinas e suas expectativas, buscando maneiras de enfrentar as novas demandas da situação e preservar o bem-estar de todos. Embora o processo de aceitação e adaptação seja longo e desafiador, com o tempo, a família consegue incorporar as novas realidades e ajustar-se às exigências impostas pela condição da criança. (DANTAS MSA, 2012).

Esse processo de adaptação, no entanto, pode gerar vulnerabilidades dentro do contexto familiar. Uma pesquisa de Pedroso MLR (2010) sobre vulnerabilidade socioeconômica no âmbito da assistência de enfermagem pediátrica ressalta a importância de compreender o contexto de vida de cada indivíduo para que

a vulnerabilidade seja vista de forma holística. A pesquisa aponta que a percepção de vulnerabilidade não é homogênea, variando de pessoa para pessoa, e sendo influenciada por múltiplos fatores, como a capacidade de enfrentamento das adversidades, sejam elas de natureza econômica, emocional ou social. Assim, a forma como cada família lida com os desafios impostos pela PC depende de uma série de elementos contextuais, e o apoio adequado deve ser adaptado para atender as necessidades específicas de cada situação familiar. (DANTAS MSA, 2012)

Pacientes com necessidades especiais frequentemente enfrentam dificuldades na coordenação necessária para realizar a própria higiene bucal, além de apresentarem resistência em permitir que outras pessoas executem essa tarefa em seu lugar (CHRISTENSEN G, 2005; OLIVEIRA JS, 2013). A realização de apenas dois atendimentos odontológicos anuais não é suficiente para garantir a promoção adequada da saúde bucal em pacientes com necessidades especiais, uma vez que essa frequência reduzida de cuidados pode levar ao agravamento contínuo das condições bucais, resultando eventualmente na perda dos dentes e em complicações mais sérias (CHRISTENSEN G, 2005). Dessa maneira, torna-se evidente a importância de um acompanhamento odontológico regular e especializado para pacientes com necessidades especiais, uma vez que essas pessoas enfrentam uma série de desafios decorrentes de suas condições de saúde, que exigem um atendimento adaptado e individualizado para lidar com as particularidades de cada caso (LIN LP, 2011).

Esses obstáculos podem levar à negligência da saúde bucal por parte dos responsáveis ou cuidadores, que, diante das complexas necessidades relacionadas à condição geral do paciente, acabam priorizando outras áreas da saúde e, conseqüentemente, deixando de lado a atenção adequada aos cuidados dentários. Para oferecer um atendimento eficaz a pacientes com Paralisia Cerebral, é essencial que os profissionais de odontologia possuam não apenas o domínio das técnicas específicas de tratamento, mas também um conhecimento aprofundado das estratégias de manejo comportamental. Nesse contexto, práticas como a musicoterapia se mostram particularmente valiosas, pois podem ter um impacto positivo nas reações comportamentais dos pacientes, facilitando sua adaptação ao ambiente do consultório odontológico. Além disso, a música pode contribuir para um atendimento mais tranquilo e eficaz, promovendo uma relação de confiança e amizade entre o dentista e o paciente, o que, por sua vez, favorece o processo terapêutico (NOLETO IS, et al., 2020).

É fundamental que os profissionais de saúde compreendam que o nascimento de uma criança com deficiência impacta profundamente toda a estrutura familiar. Os pais enfrentam a necessidade de se adaptar a novas circunstâncias, que muitas vezes são desafiadoras e estressantes. Eles se veem diante das limitações e fragilidades da criança, além das demandas constantes de cuidados, o que pode representar um grande desafio para a dinâmica familiar. Nesse contexto, a presença de um suporte familiar sólido e o acompanhamento profissional adequado se tornam aspectos essenciais, pois esse apoio é crucial para ajudar a família a desenvolver estratégias eficazes de enfrentamento e adaptação diante da nova realidade imposta. O suporte contínuo e a orientação especializada podem aliviar o impacto emocional e ajudar a família a lidar de maneira mais positiva com as adversidades, promovendo a inclusão e o bem-estar tanto da criança quanto dos pais (RABELLO F, et al., 2021).

Dessa forma, diante das inúmeras condições que frequentemente geram grandes desafios e aflições para este grupo de pacientes, é de extrema importância o desenvolvimento e a implementação de um plano de tratamento completamente individualizado, que seja ao mesmo tempo integrado e de natureza multiprofissional. Esse plano deve levar em consideração não apenas as especificidades de cada classificação da PC, mas também as diversas necessidades físicas, emocionais e cognitivas dos pacientes. Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, neurocirurgiões, ortopedistas, cirurgiões ortopédicos e dentistas, entre outros profissionais da saúde, têm um papel fundamental na criação de uma abordagem terapêutica abrangente, com o objetivo de proporcionar cuidados de qualidade e de alto impacto positivo para o bem-estar do paciente em todos os níveis.

Além disso, a união e colaboração constante entre esses especialistas, trabalhando de maneira coordenada e sinérgica, resulta em intervenções que abrangem diferentes áreas do conhecimento, mas com

um único propósito central: o cuidado integral do paciente como um ser único, promovendo sua saúde física, mental e social de maneira eficaz e equilibrada (GUNEL M, 2009; WESTBOM L, 2003). Considerando o elevado número de manifestações bucais que frequentemente acometem indivíduos com PC, é de extrema importância a intensificação da participação dos cirurgiões dentistas nas equipes multidisciplinares que atendem a esse grupo de pacientes, garantindo uma abordagem mais abrangente e eficaz. (INÁCIO VO, et al., 2024) Os cirurgiões-dentistas desempenham um papel fundamental, pois têm a capacidade de identificar precocemente alterações bucais que podem impactar negativamente a qualidade de vida desses indivíduos, muitas vezes de forma silenciosa e progressiva.

Através da realização de exames clínicos detalhados e especializados, aliados ao diagnóstico preciso, eles podem detectar problemas como deformidades dentárias, dificuldades mastigatórias, disfunções na articulação temporomandibular e outros distúrbios orais que, se não tratados adequadamente, podem levar a complicações mais graves. Ao implementar um plano de tratamento odontológico baseado em uma abordagem integrada, que considera as necessidades específicas de cada paciente e dialoga com os cuidados de outras especialidades, o cirurgião-dentista contribui significativamente para a minimização de complicações secundárias. Isso inclui a prevenção de déficits nutricionais resultantes de dificuldades mastigatórias e deglutição, além de colaborar para a redução de problemas relacionados à dor, que frequentemente geram estresse e podem desencadear ou agravar sintomas como convulsões, comportamentos autoagressivos, distúrbios do sono e outras condições psicossociais.

Ao adotar uma visão holística e integrada do paciente com PC, o cirurgião-dentista se torna um componente essencial na promoção da saúde geral desse grupo, oferecendo um cuidado odontológico de qualidade que contribui para o bem-estar físico, emocional e social, alinhado com os objetivos do tratamento multiprofissional. Dessa maneira, a inclusão desses profissionais nas equipes de atendimento pode transformar a qualidade do cuidado, proporcionando ao paciente um tratamento mais completo e efetivo, que abarca tanto as necessidades médicas quanto as odontológicas de maneira conjunta (KATZ CR, 2012). Uma alimentação balanceada, capaz de proporcionar um adequado estado nutricional, certamente, contribui para uma desejável condição bucal do indivíduo. (MELO et al., 2019.)

Sabendo-se que os hábitos presentes na dieta infantil constituem um fator importante na etiologia e progressão da doença cárie e, que, a discriminação quanto à preferência por sabores ocorre com o desenvolvimento da criança e é afetada por inúmeros fatores, é fundamental a orientação não só quanto aos hábitos de higiene bucal, como também em relação ao consumo racional de açúcar, visando à promoção de saúde bucal (FRANÇA et al., 2016.). Estudos que investigam a relação entre doenças bucais e dieta são limitados. A odontologia tem um papel importante no diagnóstico de doenças bucais correlacionadas com dieta (RYBA et al., 2021). Na infância, destacam-se como doenças bucais influenciadas pela dieta e nutrição os defeitos na estrutura dos dentes e a cárie dentária, podem apresentar efeitos pré-eruptivos, atuando na formação dos elementos dentários, ou ainda pós-eruptivos, agindo localmente. (ABANTO et al., 2018.)

Pacientes portadores de necessidades especiais são propensos a possuir problemas relacionados com a alimentação implicando nos aspectos nutricionais (MAGAGNIN et al., 2021). Particularmente, os pacientes portadores de Paralisia Cerebral (PC) possuem como principal característica clínica as desordens motoras, ocasionando alteração do tônus muscular e afetando a mastigação, deglutição (ANDRADE; ELEUTÉIO, 2015; PINI et al., 2016.) e realização de uma higiene bucal deficiente. (RÉZIO et al., 2012.) Quando os músculos da mastigação estão envolvidos, a motricidade oral destes indivíduos fica prejudicada, (RIES et al., 2013) levando a hábitos de dieta alimentar diferenciados, muitas vezes lançando mão da alimentação menos consistente, (MAGGIONI; ARAÚJO, 2020; RIES et al., 2013.) com uma dieta líquida/pastosa, em sua maioria. (CONDE et al., 2016.)

Muitos pacientes com paralisia cerebral também enfrentam dificuldades odontológicas, como má oclusão, bruxismo e aumento da propensão a cáries, devido à dificuldade em realizar uma higiene bucal adequada. Esses problemas podem complicar ainda mais o processo de alimentação, já que dores dentárias ou problemas de mordida afetam a capacidade de mastigar adequadamente. Assim, o acompanhamento odontológico regular e a educação sobre higiene bucal são essenciais para prevenir complicações dentárias

que possam interferir no processo alimentar. Além disso, a orientação de dentistas especializados pode ajudar na adaptação de próteses ou aparelhos que melhorem a função mastigatória, tornando as refeições mais confortáveis e seguras. Com base nessas informações, o presente estudo propõe identificar a influência da consistência da alimentação na saúde bucal das crianças com paralisia cerebral comparar com crianças com outras alterações sistêmicas e normossistêmicas.

MÉTODOS

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) – parecer 1.444.610CAAE 4.792.042 - iniciou-se o estudo. O tipo de estudo utilizado foi observacional, analítico de desenho transversal. A pesquisa foi desenvolvida no Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI), uma unidade de assistência multidisciplinar em saúde localizado na regional VI, no município de Fortaleza e, especificamente, a pesquisa foi realizada no Projeto de Atendimento Multidisciplinar de Pacientes Especiais (PAMPE), presente no NAMI desde 2006, onde o propósito do funcionamento do projeto é integrar a Odontologia no contexto multidisciplinar envolvendo alunos do curso de Odontologia aos outros curso de graduação.

Os critérios de inclusão compreenderam crianças de ambos os gêneros na faixa etária de 5 a 11 anos de idade, cujos responsáveis autorizaram participar da pesquisa voluntariamente mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídas da seleção crianças gastrostomizadas. A amostra por conveniência foi composta por sessenta (60) pacientes, onde vinte (20) crianças tinham diagnóstico médico definido de Paralisia Cerebral, vinte (20) crianças com outras alterações e vinte (20) crianças normossistêmicas. Todos os pacientes foram atendidos pelo PAMPE no NAMI, no período de setembro a outubro de 2014. Para a coleta de dados utilizou-se de dois questionários, um sendo um questionário socioeconômico adaptado¹⁵ e outro elaborado pelas pesquisadoras onde foram coletados os dados das condições odontológicas e a consistência da alimentação, além da obtenção do CPO-D ou ceo-d e Índice de Placa Visível (IPV).

Em relação aos dados relacionados a condições odontológicas, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo responsável, a criança era avaliada extra e intra-oral, além dos índices de CPO-D ou ceo-d, especificamente, a quantidade de dentes cariados, perdidos e obturados. A diferença entre estes índices está nos grupos etários que são avaliados, levando em consideração a presença de dentes decíduos ou não. Por fim, o Índice de Placa Visível. Já em relação aos dados nutricionais, foi feito um diário da alimentação da criança para avaliar a consistência destes, sempre conversando com a família para ser o mais fidedigno possível. Os dados coletados foram armazenados no Banco de dados Epidata e transferidos para o software SPSS versão 20.0 onde foram analisados e apresentados sob forma de frequência média e desvio padrão e realizados testes estatísticos para uma análise mais apurada dos dados.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 60 crianças, sendo 24 (40%) do sexo feminino e 36 (60%) do sexo masculino. Os grupos foram divididos de acordo com a alteração sistêmica, sendo elas Paralisia Cerebral (1), Outras alterações sistêmicas (2) e Normossistêmicos (3), com 20 crianças em cada grupo. As idades médias ($\pm$ desvio padrão) dos grupos 1, 2 e 3 foram 7,90 ($\pm 2,93$), 5,85 ($\pm 2,25$), 6,30 ($\pm 2,40$) anos, respectivamente. Em relação ao grau de escolaridade dos pais os valores encontrados para escolaridade paterna foram 9,1% analfabeto, 81,8% ensino fundamental e médio, 9,1% ensino superior dos pais (n= 55) e para escolaridade materna foram 30% analfabeto, 66,6% ensino fundamental e médio, 3,4% ensino superior (n= 60). Quanto à profissão dos pais obteve-se que 48,1% são autônomos; 37% trabalham na indústria/comércio, 9,2% funcionário público, 3,4% construção civil e, referente às mães, 61,7% não trabalham / cuidam do lar, 25% autônoma; 13,3% no comércio (**Tabela 1**).

Com relação ao ceo-d/CPO-D observou-se que o grupo 1 foi encontrado 50% muito baixo, 35% baixo/moderado, 15% alto/muito alto; no grupo 2 foi 45% muito baixo, 20% baixo/moderado, 35% alto/muito

alto e no grupo 3 o resultado foi 20% muito baixo, 20% baixo/moderado, 60% alto/muito, mostrando uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,04$) (**Tabela 2**). Já o IPV o índice foi avaliado de acordo com as médias ($\pm$ desvio padrão) de cada grupo que foram respectivamente 41% ($\pm 33,3$), 37,7% ($\pm 45,5$), 40,9% ($\pm 37,1$).

Foi realizada também a média ($\pm$ desvio padrão) do ceo-d/CPO-D que foram no grupo 1 foi 2,25($\pm 2,86$) - baixo; no grupo 2 foi 4,60($\pm 6,64$) - moderado e no grupo 3 foi 6,40 ($\pm 5,02$) - alto (**Tabela 3**). Quanto à consistência dos alimentos, em sua maioria, observou-se no grupo 1 que 60% dos pacientes têm alimentação predominantemente líquida/pastosa, enquanto que no grupo 2 30% para líquida/pastosa; e no grupo 3 apenas 5% recebiam esta consistência de alimento em sua maioria, mostrando uma significância considerável entre os grupos e as consistências ($p=0,001$) (**Tabela 2**).

Tabela 1- Distribuição dos pacientes do PAMPE segundo as características socioeconômicas, Fortaleza-CE, Ago/2014 a Set/2014.

Variável	Nº	%	Variável	Nº	%
Grupo (n = 60)	Escolaridade da mãe da criança (n = 60)				
Normossistêmico	20	33,3	Analfabeto	18	30,0
Paralisia Cerebral	20	33,3	Ens. Fund. e médio	40	66,6
Outras alterações	20	33,3	Ens. superior	02	3,4
Sexo (n = 60)	Profissão do pai (n = 54)				
Feminino	36	60,0	Autônomo	26	48,1
Masculino	24	40,0	Indústria/comércio	20	37,0
-			Funcionário público	05	9,2
			Construção civil	03	5,5
Idade (n = 60)	Profissão da mãe (n = 60)				
02 – 05 anos	20	33,3	Não trabalha / do lar	37	61,7
06 – 10anos	36	60,0	Autônoma	15	25,1
12 – 15 anos	04	6,7	No comércio	08	13,3
-	Escolaridade do pai (n=55)				
Analfabeto	05	9,1	-		
Ens. Fund. / médio	45	81,8			
Ens. Superior	05	9,1			

Fonte: Feitosa APOP, et al., 2025.

Tabela 2- Distribuição dos grupos e valores do CPO-D e Consistência da dieta. Fortaleza-CE, Ago/2014 a Set/2014.

SCB2014.

Variáveis	Paralisia Cerebral		Outras alterações		Normossistêmicos		p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CPO-D/ceo-d							0,04
Muito baixo	10	50	09	45	04	20	
Baixo/Moderado	07	35	04	20	04	20	
Alto/Muito alto	03	15	07	35	12	60	
Consistência da dieta							0,00
Líquida	00	00	00	00	01	5,0	
Líquida/Pastosa	12	60	06	30	01	5,0	
Normal	08	40	14	70	18	90,0	

Fonte: Feitosa APOP, et al., 2025. **Nota:** *Teste de razão de verossimilhança.

Tabela 3- Médias ($\pm$ desvio padrão) do ceo-d/CPO-D e IPV de acordo com os grupos, Fortaleza-CE, Ago/2013 a Set/2014.

Grupo	ceo-d/CPO-D	IPV MÉD $\pm$ DP
Paralisia Cerebral	2,24 $\pm$ 2,86	41,05 $\pm$ 33,36
Outras alterações	4,60 $\pm$ 6,64	37,70 $\pm$ 45,53
Normossistêmicos	6,40 $\pm$ 5,02	40,95 $\pm$ 37,11

Fonte: Feitosa APOP, et al., 2025. **Nota:** * IPV – Índice de Placa Visível; ** Teste Kruskal Wallis.

DISCUSSÃO

Estudos relacionados à saúde bucal de crianças com paralisia cerebral são de extrema importância nos dias atuais, tendo em vista a preocupação dos cuidadores e profissionais em relação às diferenças e iniquidades que esse grupo já foi submetido, buscando, assim, diminuí-las. Os pacientes portadores de paralisia cerebral possuem problemas neuromusculares que podem influenciar significativamente a saúde bucal de várias maneiras. Os indivíduos com paralisia cerebral enfrentam muitas barreiras físicas ao longo das suas vidas, além das sociais, que podem gerar um impacto na qualidade de vida (SILVA et al., 2020). Dessa forma, pacientes com paralisia cerebral são pacientes que requerem um maior cuidado com a higiene bucal, sendo necessário um controle com o dentista não semestral e sim trimestral, considerando um ambiente oral saudável (ZITO et al., 2021).

Os principais achados desse estudo estão relacionados com os índices de avaliação de saúde bucal como o ceo-d/CPO-D e o IPV, bem como a avaliação da consistência da dieta. Orientações dietéticas devem ser oferecidas aos responsáveis pelas crianças, tanto pacientes com PC ou normoreativas. É importante informar que maiores frequências e quantidades de sacarose são fatores de risco para a doença cárie, e que a consistência do alimento também pode causar mais dificuldades de remoção de biofilme. As refeições principais devem ser bem planejadas, e se possível com o auxílio de um profissional da área de nutrição. (SILVA et al., 2024).

O resultado desta pesquisa mostra que em sua maioria o ceo-d/CPO-D das crianças com paralisia cerebral é baixo em relação aos demais grupos, contrariando os estudos realizados por Guaré et al (2015), Danielle de Moraes Pini et al (2016), Sara Cui et al (2022) na Austrália; Sara Quritum et al (2019), no Egito; Zemene et al (2024), na África e Ásia, onde falam que o grupo com paralisia cerebral apresentou valores significativamente mais elevados para o índice CPO-D do que o grupo normossistêmico. Tais resultados diferem, possivelmente, porque os indivíduos pesquisados por esses autores não recebiam atenção odontológica como os desta pesquisa, que eram atendidos no PAMPE, já que os estudos relatam que a acessibilidade à assistência odontológica adequada tem sido um problema para as pessoas que têm deficiência. (SILVA et al., 2020)

O índice CPO-D, deste estudo, de pacientes com paralisia cerebral, foi semelhante aos encontrados por Lemos e Katz (2016). Os pesquisadores sugerem a necessidade de promover a educação em saúde bucal dos pais, cuidadores e enfermeiros, e integrar os programas de prevenção desde a infância, motivando os dentistas para criarem um sistema de atendimento odontológico para esta população com deficiência (FARIAS et al., 2023). Nos resultados desta pesquisa não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, em relação ao IPV, porém a média mais alta foi nos pacientes do grupo de paralisia cerebral, é possível que a dieta mais pastosa esteja exacerbando o quadro de formação do biofilme microbiano, devido também a dificuldade da realização da higiene bucal. (PINI et al., 2021; GONZALEZ et al., 2022)

A alimentação líquida pastosa é a mais oferecida para as crianças do grupo paralisia cerebral do que para o grupo de outras alterações e normossistêmicas, existindo uma diferença significativa entre ambos os grupos ($p= 0,001$). Carvalho (2020), em um estudo observacional em São Luís – MA, concluiu que o potencial cariogênico dos alimentos depende da composição do alimento, textura, solubilidade, retenção e possibilidade de limpeza salivar, mostrou que os alimentos pastosos, que permanecem mais tempo na cavidade bucal, representam maior risco à cárie dentária. Esses resultados confirmam o estudo que diz que, geralmente, esses pacientes recebem dietas mais moles e macias, em função das limitações de controle dos maxilares durante o ato de mastigação-deglutição (PINI et al., 2021.) e ainda Conde, Marcela, et al (2016) em seu trabalho concluiu que as crianças com paralisia cerebral são mais dependentes no momento da alimentação, e possuem uma dieta de consistência principalmente líquida pastosa.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a alimentação líquida pastosa é a mais oferecida para as crianças do grupo paralisia cerebral do que para o grupo de outras alterações e normossistêmicas, resultando em uma saúde bucal, nessa

amostra, com maior índice de placa visível comparada aos outros grupos, porém ceo-d/CPO-D baixo em relação aos demais grupos. Isso demonstra uma menor predisposição dos fatores associados ao surgimento da cárie comparada aos outros grupos, entretanto a consistência pastosa favorece o acúmulo de placa, sendo necessário a visita regular ao dentista para orientação de higiene oral e profilaxia dentária, a fim de evitar o acúmulo de tártaro e outras comorbidades associadas a isso.

REFERÊNCIAS

1. ABANTO J, et al. Diretrizes para o estudo das condições nutricionais e agravos bucais dentro dos primeiros 1.000 dias de vida. *REV ASSOC PAUL CIR DENT*. 2018; 72(3): 496-502.
2. ANDRADE APP e ELEUTÉIO ASL. Pacientes portadores de necessidades especiais: abordagem odontológica e anestesia geral. *Rev. bras. odontol.*, Rio de Janeiro. 2015; 72(1-2): 66-9.
3. ARAÚJO LA e SILVA LR. Anthropometric assessment of patients with cerebral palsy: which curves are more appropriate? *J Pediatr*, Rio de Janeiro, 2013; 3(89): 307–314.
4. ARAÚJO LA, et al. Digestive tract neural control and gastrointestinal disorders in cerebral palsy. *J Pediatr* (Rio J). 2012; 88(6): 455-64.
5. CARVALHO MS, et al. Avaliação da experiência odontológica prévia, hábitos alimentares e de higiene bucal em pacientes com paralisia cerebral. *Rev. Rede Cuid. Saúde*, São Paulo, 2020; 14(2): 1-11.
6. CHRISTENSEN G. Special oral hygiene and preventive care for special needs. *J Am Dent Assoc*. 2005; 136(8): 1141-3.
7. CONDE MO, et al. Dificuldades alimentares na paralisia cerebral: proposta de um protocolo. *Revista CEFAC*. 2016; 18(2): 426-438.
8. CUI S, et al. Risk Factors for Dental Caries Experience in Children and Adolescents with Cerebral Palsy—A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022; 19: 8024.
9. DANTAS MSA, et al. Impacto do diagnóstico de paralisia cerebral para a família. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(2): 229-37.
10. DANTAS, et al. Facilidades e dificuldades da família no cuidado à criança com paralisia cerebral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2012; 33(3): 42-49.
11. FARIAS MJB, et al. Assistência odontológica para pacientes com paralisia cerebral: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Saúde*, 2023; 6(1): 3651–3666.
12. FRANÇA S. Açúcar x Cariologia: um novo olhar para um tema já consagrado. *Revassoc paul cir dent*. 2016; 70(1): 6-11.
13. GONZÁLEZ BAC, et al. Protocolproposal for early dental careininfantswith cerebral palsy. *Revista Científica do Cro-Rj*. 2022; 7(1): 16-23.
14. GUARÉ R, et al. Saúde bucal e qualidade de vida em crianças com paralisia cerebral. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, 2014; 16(3): 7-13.
15. GUNEL M. Reabilitation of children with cerebral palsy from a physiotherapist's perspective. *Acta OrthopTraumatolTurc* [Internet]. 2009; 43(2): 173-80.
16. INÁCIO VO, et al. Abordagem multiprofissional de manifestações bucais de doenças sistêmicas em pessoas com paralisia cerebral: revisão integrativa. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*, 2024; 29(1).
17. KATZ CR. Integrated approach to outpatient dental treatment of a patient with cerebral palsy: a case report. *SpecCareDent* [Internet]. 2012; 32(5): 210-7.
18. LEMOS ACO, et al. Cárie dentária em crianças com paralisia cerebral e sua relação com a sobrecarga dos cuidadores. *ArqOdontol*, Belo Horizonte, 2016; 52(2): 100-110.
19. LIN LP e LIN JD. Perspectives on intellectual disability in Taiwan: epidemiology, policy and services for children and adults. *CurrOpin Psychiatry*, 2011.
20. MAGAGNIN T, et al. Aspectos alimentares e nutricionais de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2021; 31(1): 310104.
21. MAGGIONI L e ARAÚJO CMT. Orientações e práticas na alimentação de crianças com paralisia cerebral. *J Hum Growth Dev*. 2020; 30(1): 65-74.
22. MANCINI MC, et al. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 2002; 60(2): 446-452.
23. MELO APR, et al. Estado nutricional, hábitos alimentares e saúde bucal em um grupo de escolares. *R bras ci Saúde*. 2019; 23(4): 555-562.
24. MONTEIRO CBM, et al. Paralisia cerebral: teoria e prática. São Paulo: Plêiade, 2015; 385-97.

25. NOLETO, et al. Protocolo odontológico para níveis de paralisia cerebral. *Jnt Business And Technology Journal*, 2020; 1(19): 48-69.
26. OLIVEIRA JS e PRADO JUNIOR RR, et L. Intellectual disability and impact on oral health: a paired study. *Special Care Den-stist*. 2013; 33(6): 262-8.
27. OSKOU, et al. An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and metaanalysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2013; 55(6): 509-519.
28. PEDROSO MLR e MOTTA MGC. A compreensão das vulnerabilidades sócio-econômicas no cenário da assistência de enfermagem pediátrica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(2): 218-24.
29. PEREIRA VH. Paralisia cerebral. *Residência Pediátrica* 2018; 8(1): 49-55.
30. PINI DM, et al. Avaliação da saúde bucal em pessoas com necessidades especiais. *Einstein*. 2016;14(4): 501-7.
31. QURITUM SM, et al. Impacto dos comportamentos de saúde bucal na cárie dentária em crianças com paralisia cerebral: um estudo de caso-controle. *Alexandria Dental Journal*, 2019; 44(1): 1-6.
32. RABELLO F, et al. Mothers of a child with cerebral palsy: perception on the diagnosis moment and the child's general and oral health. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2021: 210007.
33. RÉZIO GS, et al. Estudo da independência funcional, motricidade e inserção escolar de crianças com paralisia cerebral. *Rev. Bras. Ed. Esp., Marília*. 2012; 18(4): 601- 614.
34. RIES LGK, et al. Associação da atividade mastigatório com a função motora ampla, espasticidade e classificação topográfica na paralisia cerebral. *Revista CEFAC*. 2013; 15(6): 1533-1539.
35. RYBA EJSR, et al. Impactos dos hábitos alimentares na saúde bucal da criança: revisão de literatura. *Rev. Saúde Mult*. 2021, 10(2): 34-41.
36. SILVA DCG, et al. Nutritional interventions in children and adolescents with cerebral palsy: systematic review. *Rev Paul Pediatr*. 2024; 42: 2022107.
37. SILVA ELMS, et al. Cuidados em saúde bucal a crianças e adolescentes com paralisia cerebral: percepção de pais e cuidadores. *Ciênc. Saúde Colet. (Impr.)*, 2020; 25(10): 3773-3784.
38. WESTBOM L, et al. New therapeutic methods for spasticity and dystonia in children with cerebral palsy require multidisciplinary teamwork. *Comprehensive approach yields good results*. *Lakartidningen [Internet]*. 2003; 100(3): 125-30.
39. ZEMENE MA, et al. Cáries dentárias e valores médios de CPOD entre crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática e meta-análise. *BMC oral health*, 2024; 24(1): 241.
40. ZITO ARA, et al. Palavras-chave: paralisia cerebral; higiene bucal; escovação. Revisão da literatura impacto do uso de recursos terapêuticos para higiene bucal em pacientes com paralisia cerebral. *RSBO*. 2021; 18(2): 348-57.