

- 1 - Método de Estabilização do Paciente com Distúrbio Neuromotor
2 - Correção de Seqüelas do Reimplante Dentário

Patient Stabilization Method

① Método de Estabilização do Paciente Com Distúrbio Neuromotor

INTRODUÇÃO

O distúrbio neuromotor impede que durante o tratamento odontológico os pacientes mantenham-se quietos ou imobilizados e a estabilização dos mesmos torna-se necessária, visando conforto máximo para o paciente sem penalizar o profissional.

O paradigma de saúde está mudando e não poderia ser diferente na Odontologia. Não resta a menor dúvida quanto à necessidade de se estabilizar um paciente com distúrbio neuromotor, para que ele possa ser submetido ao tratamento odontológico, beneficiando-se da tecnologia e novos recursos disponíveis.

A questão da estabilização do paciente é controversa, porém, é preciso reconhecer esta necessidade, a fim de que possa ser submetido a tratamento odontológico minimamente invasivo, dispensando internações hospitalares, anestesia geral e os riscos inerentes a este procedimento.

Referimo-nos aqui, a estabilização dos movimentos involuntários, seqüelas de lesões no córtex, gânglios da base e cerebelo, que determinam a espasticidade, atetonia e ataxia.

A anestesia geral não é o método de eleição, porque as condições sistêmicas na maioria das vezes contra-indica a sua utilização; por outro lado a extensão da intervenção odontológica muitas vezes não justifica este procedimento.

Quando se pensa ou discute a estabilização do paciente, esbarra-se numa discussão sem fim, onde de um lado há profissionais que são veementemente contra e de outro o paciente que precisa ser estabilizado.

Numa destas discussões onde a parte envolvida era um paciente portador de lesão medular, chegamos a conclusão de que o problema era a semântica da palavra **CONTENÇÃO/ESTABILIZAÇÃO**.

Em relação a terminologia empregada para o método, verificamos no dicionário da língua portuguesa, Michaelis, o real significado das palavras que ao longo do tempo tem instigado a discussão entre profissionais, e encontramos o seguinte;

Contenção

• Conjunto de meios empregados para manter na posição apropriada, os órgãos que tendem a abandoná-la ou que tendem a separar-se nas fraturas.

Estabilização

• Método utilizado para se obter equilíbrio, firmeza e segurança.

Entendemos então que contenção refere-se a parte, ao membro, enquanto estabilização refere-se ao corpo, ao todo. E principalmente, que o preconceito de quem não é portador deste distúrbio impede que reconheçamos a verdadeira necessidade. Não podemos avaliar a real necessidade, se não sentimos na pele o desconforto do movimento involuntário, e pensando assim, porque não ouvir a parte mais importante envolvida nesta controvérsias - o paciente?

Módulo Estabilizador da EMAD

O objetivo da utilização do módulo estabilizador da EMAD é estabilizar o paciente na cadeira odontológica com conforto, sem que haja riscos de traumas fisi-

- **Maria Lucia Zarvos Varellis**
Professora Assistente da disciplina de Pacientes Especiais da FO/São Paulo/UCCB (1990-2000), mestranda em Dentística pela UCCB.

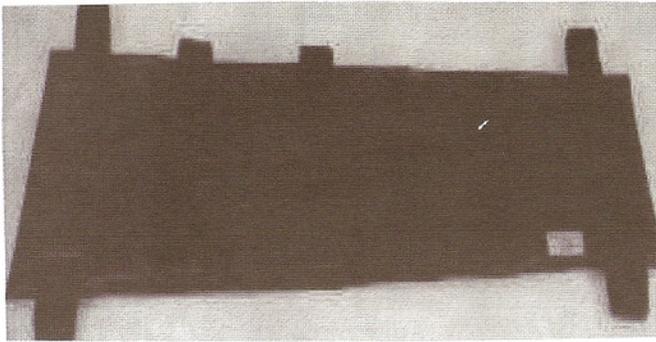


Fig. 1 - M.R.G. II: Assento - Imobiliza os membros inferiores, inibindo os seguintes movimentos - flexão, extensão de joelhos, adução, abdução, flexão do quadril e anti-versão da pelve, permitindo a rotação do quadril, proporcionando mais conforto ao paciente.

cos e/ou psicológicos, mantendo o mesmo em posição ergonomicamente correta, evitando a anestesia geral.

Depois de vários anos de estudo a EMAD - Empresa de Materiais e Adaptações para Deficiências, desenvolveu o Estabilizador Godoy que vem complementar os diversos métodos de atendimento odontológico para pacientes portadores de deficiências - PPDs.

Contém um assento de fácil adaptação à cadeira odontológica, que estabiliza os membros inferiores, permitindo o conforto de movimentos de rotação de quadril, inibe flexão e extensão do joelho, adução, abdução, flexão do quadril e anti-versão da pelve.

Para os membros superiores foram desenvolvidas duas blusas (superior e inferior); a inferior permite flexão dos braços até a altura do peito (posição de cruzar os braços), sendo que estes movimentos que não interferem nos procedimentos odontológicos. A blusa superior fará a contenção quando houver necessidade. Estabilizam o paciente na cadeira, inibindo os movimentos de todos os segmentos articulares dos membros superiores, voluntários e involuntários.

Para pacientes que sem o controle da cabeça utiliza-se o colar cervical dotado de ajustes. Inibe a hiperextensão, flexão e rotação da coluna cervical.

Para pacientes com lesão medular é utilizado um triângulo rígido que fará a retificação de sua coluna evitando o deslizamento do paciente sobre a cadeira odontológica. Proporciona a flexão do joelho e quadril, retificando a lordose lombar.

Completando o módulo, há uma dedeira confeccionada em material de alta resistência e cujo uso permite manter o paciente com a boca aberta e estabilizar a cabeça contra o encosto, impedindo movimentação e preservando o paciente de acidentes desnecessários. Com o uso da dedeira, mantemos a boca aberta, melhorando a visualização do campo operatório, impedindo que o paciente feche a boca, podendo machucar o dedo do profissional.

Vantagens na utilização do módulo

Evita anestesia geral; o paciente fica estabilizado na cadeira; evita custos médico-hospitalares; permite a realização de vários procedimentos em uma sessão; pode ser usado em crianças ou adultos, sendo indiferente o peso e massa muscular do paciente, um vez que é totalmente ajustável; facilita o preparo do paciente; diminui os movimentos de cabeça; diminui o estresse do profissional; permite posição ergonômica

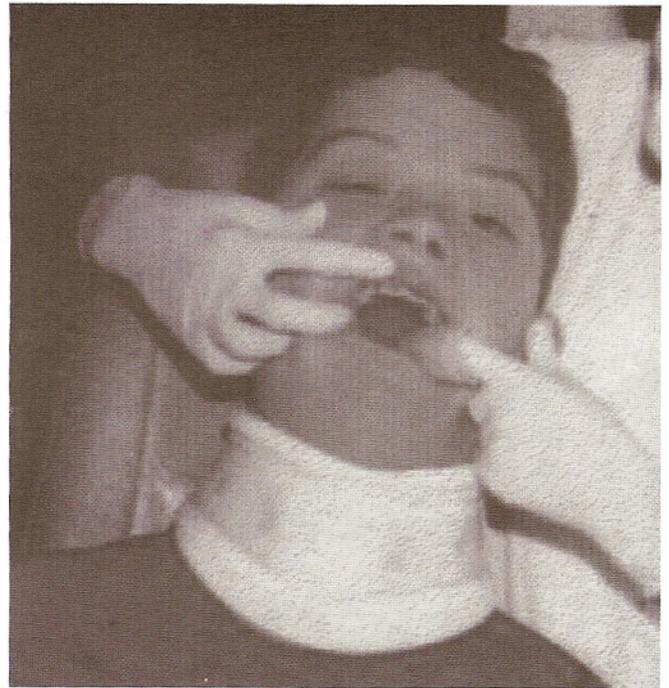


Fig. 2 - M.R.G. IV: Colar Cervical - Inibe os movimentos hiperextensão, flexão e rotação da coluna cervical.

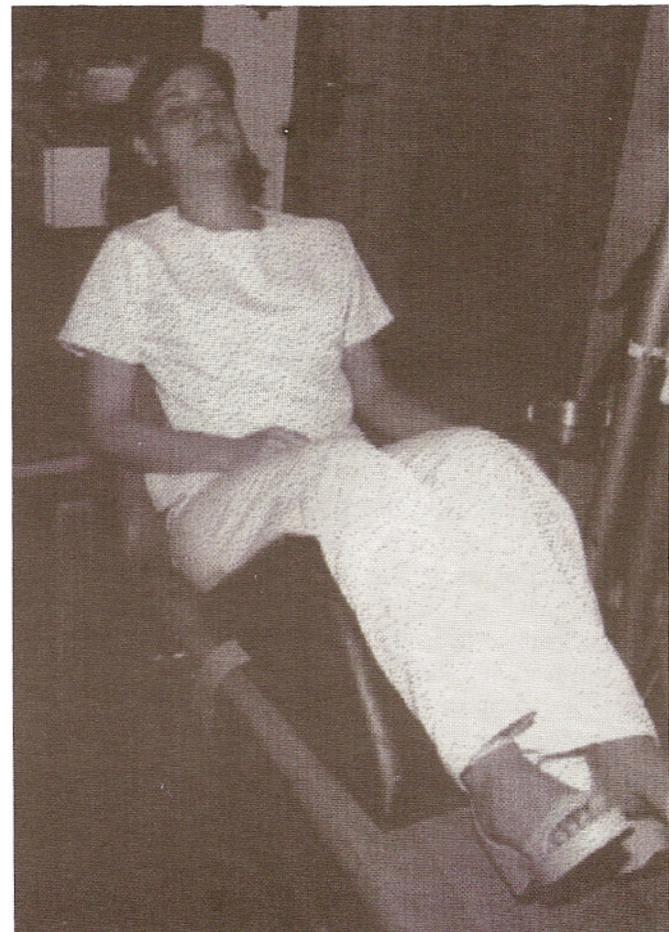


Fig. 3 - M.R.G. III: Triângulo - Proporciona flexão de joelho, flexão de quadril, possibilitando a retificação da lordose lombar, impedindo que o paciente deslize na cadeira durante o atendimento.



Fig. 4 - M.R.G.VI - Dedeira - Impede a união das arcadas dentárias, facilitando o trabalho do Cirurgião-Dentista.

confortável para o profissional; o paciente fica menos agitado.

Desvantagens

Calor, erro na indicação do método e inabilidade do profissional em manipular o equipamento.

RELATO DE CASOS

Caso 1 - Paciente P.R.F., sexo masculino, 12 anos, portador de paralisia cerebral e deficiência mental moderada, procurou atendimento odontológico ambulatorial. Várias tentativas foram feitas para adequação do paciente à dinâmica de atendimento sem sucesso. Optamos então pela apresentação gradativa do módulo estabilizador Godoy; inicialmente o paciente teve contato físico/táctil com o mesmo; depois disto ele assistiu a estabilização de outros pacientes para o atendimento odontológico. Desta forma, o paciente pôde concretizar o uso do módulo, eliminando fantasias e o medo do desconhecido. Neste caso, o paciente entusiasmado sentou-se na cadeira odontológica em que estava instalado o estabilizador Godoy e iniciou sua auto-estabilização, demonstrando segurança e confiança pelo novo método de atendimento. Foram realizados em uma única sessão exame clínico, profilaxia e extração no 12.

Após esta sessão inicial, o paciente é atendido sempre com o estabilizador Godoy o que permite um procedimento convencional, sem oferecer riscos ao paciente e diminuindo o estresse do cirurgião-dentista que tentava sem sucesso realizar o tratamento.

Caso 2 - Paciente C.A.M., sexo feminino, 12 anos, portadora de paralisia cerebral espástica, quadriplégica e deficiência mental severa, procurou tratamento odontológico ambulatorial. Após anamnese e exame físico constatou-se a indicação para anestesia geral por vários profissionais, mas seu estado orgânico delicado contra-indicava o procedimento.

Optou-se por atendê-la com o módulo estabilizador Godoy, ainda que não pudéssemos contar com a resposta da mesma na dinâmica de apresentação do equipamento. Como se pode observar nas fotos, obtivemos sucesso no tratamento e



Fig. 5 - Um modelo clínico de imobilização.

pudemos observar através dos sinais de expressão fácil que a paciente não se sentiu em sofrimento durante o atendimento. Foram realizados exame clínico, profilaxia, restaurações de resina foto polimerizada no 11, 53, selante no 25, 86, 46 e aplicação tópica de flúor.

DISCUSSÃO

É muito difícil realizar tratamento odontológico em pacientes portadores de distúrbio neuromotor, principalmente quando associado à deficiência mental.

O comprometimento cognitivo torna mais difícil ainda o tratamento, por não se poder discutir e levar o paciente ao entendimento do que se vai realizar.

Os procedimentos odontológicos por si, são um estímulo para a espasticidade e hiperreflexia, desencadeando com mais frequência estas respostas durante o tratamento.

O uso da anestesia geral em nível hospitalar para o atendimento destes pacientes nem sempre é possível em função do delicado estado da saúde geral.

Ainda que o estado geral permita o uso da anestesia geral, os custos hospitalares e médicos são muito altos, determinando que muitos pacientes não possam se beneficiar desta técnica.

Os métodos disponíveis para adequação e abordagem destes pacientes muitas vezes podem levar 5 ou 6 sessões, o que permite gravar o estado bucal do paciente, além de causar os pais e/ou responsáveis que abandonam o tratamento por não haver progresso. O fato de se deslocarem de locais distantes abrevia o potencial de espera pela resposta positiva ao tratamento.

MÉTODO DE ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE COM DISTÚRBO NEUROMOTOR

Pacientes portadores de distúrbio neuromotor sem comprometimento cognitivo preferem ser atendidos com o módulo estabilizador, por não mais se preocuparem em auxiliar a contenção/estabilização das partes afetadas.

Cirurgiões-dentistas que fizeram uso do módulo estabilizador relatam maior conforto, maior segurança, maior número de procedimentos por sessão, menor tempo no atendimento e maior satisfação por parte da família e/ou acompanhantes do paciente.

CONCLUSÃO

Nos dois casos clínicos apresentados, o sucesso obtido com o uso do módulo sob todos os pontos de vista foi total, sendo que os custos também foram diminuídos em todos os sentidos - locomoção/transporte, centro cirúrgico e número de sessões.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACAPE. Ação Camiliana Pró-Excepcionais. *O Deficiente no Brasil - aspectos multidisciplinares da criança atípica*. São Paulo, Sociedade Beneficente São Camilo. São Paulo.
2. EICHER, P.S.; BATSAW, M.L. *Paralisia Cerebral* In: A Criança com Deficiências do Desenvolvimento.
3. FUSTINONI, O. *Semiología Del Sistema Nervioso*, 9ª Edição. Ateneu, Buenos Aires, 1974.
4. LEFEVRE, B.A. *Neurologia Infantil*. 2ª edição, 1989.
5. LEFEVRE, B.A. *Exame Neurológico Evolutivo*; editora Sarvier, São Paulo, 1972.
6. LIMONGI, S.C.O. *Paralisia Cerebral - processo terapêutico em linguagem e cognição* (pontos de vista e abrangência). São Paulo. Editora Pró-Fono Departamento Editorial, 2000.
7. TABITH JR. *Alfredo Foniatria: disfonias, fissuras lábio-palatais e paralisia cerebral*. 6ª edição, São Paulo, Ed. CórteX, 1997.
8. ROSEMBERG, S. *Das Encefalopatias Circulatorias Pré e Perinatais. Estudo Neuropatológico*. Suas implicações patogênicas. Tese de doutorado - Universidade Católica de São Paulo, 1974.
9. SCHWARTZMAN, J.S. *Paralisia Cerebral* In: Temas Sobre Desenvolvimento. São Paulo, v.3, n.13. 9.4-21, 1993..