



Entre o ideal e o possível: manejo odontológico minimamente invasivo em paciente pediátrico com paralisia cerebral

Autor(res)

Juliana Andrade Cardoso
Renata De Lacerda Veimrober De Cerqueira
Raíssa Rotondano Lordello
Milena Pires Souza

Categoria do Trabalho

Trabalho Acadêmico

Instituição

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIME

Introdução

A paralisia cerebral (PC) consiste em um grupo heterogêneo de distúrbios permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, responsáveis por limitações funcionais significativas, sendo atribuídos a lesões não progressivas que acometem o cérebro em desenvolvimento. Tais alterações podem ocorrer durante o período gestacional, no momento do parto ou nos primeiros anos de vida, comprometendo diferentes áreas responsáveis pelo controle motor e pelo desenvolvimento neurológico infantil. Apesar de a lesão neurológica não apresentar caráter progressivo, suas manifestações clínicas podem se modificar ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança, exigindo acompanhamento contínuo, reabilitação constante e abordagem multiprofissional. A PC é considerada a principal causa de incapacidade motora na infância, com impacto direto na qualidade de vida do paciente, de seus cuidadores e de toda a dinâmica familiar, exigindo suporte clínico e social permanente (BAX et al., 2005; MSD MANUAL PROFISSIONAL, 2026).

Do ponto de vista clínico, a paralisia cerebral pode apresentar diferentes classificações, sendo a forma espástica a mais prevalente, caracterizada por hipertonia muscular, rigidez e dificuldade na execução de movimentos voluntários coordenados. Outras formas clínicas incluem a discinética, atáxica e mista, podendo envolver movimentos involuntários, tremores, distonias e alterações importantes no equilíbrio e no controle postural. Essas alterações neuromusculares frequentemente comprometem a musculatura orofacial, resultando em disfunções relacionadas à mastigação, deglutição e fonação, além de interferirem na postura mandibular e no selamento labial. É comum observar nesses pacientes a presença de disfagia, incompetência labial, sialorreia, respiração bucal e limitação de abertura oral, fatores que contribuem significativamente para o agravamento das condições bucais e dificultam tanto a alimentação quanto a realização da higiene oral diária (BAX et al., 2005; BRASIL, 2019; MSD MANUAL PROFISSIONAL, 2026).

Nesse contexto, indivíduos com paralisia cerebral apresentam maior predisposição ao desenvolvimento de doenças bucais, especialmente cárie dentária e doença periodontal. As limitações motoras dificultam a realização de uma higiene bucal eficaz, frequentemente tornando o paciente dependente de cuidadores para escovação e



manutenção da saúde oral. A escovação inadequada, associada à presença de movimentos involuntários, espasticidade muscular e à dificuldade de acesso intraoral, favorece o acúmulo de biofilme dental, promovendo inflamação gengival crônica e aumento do risco de lesões cáries. Além disso, fatores como dieta pastosa, rica em carboidratos fermentáveis, frequentemente adotada em virtude das dificuldades de mastigação e de deglutição, contribuem para a progressão da doença cárie e para a recorrência de lesões em diferentes superfícies dentárias (BRASIL, 2019; CORRÊA, 2017; GUEDES-PINTO; BÖNECKER; RODRIGUES, 2016).

A respiração bucal, comum nesses pacientes, também desempenha papel importante no desequilíbrio do meio bucal, uma vez que promove ressecamento das mucosas, redução do fluxo salivar e diminuição do efeito tampão e remineralizador da saliva. Associado a isso, o uso de medicamentos, muitas vezes necessários para o controle de comorbidades como epilepsia, espasticidade e distúrbios neurológicos associados, pode interferir na produção salivar, agravando ainda mais esse cenário. Dessa forma, o ambiente bucal torna-se altamente favorável ao desenvolvimento de patologias como cárie dentária, gengivite, doença periodontal e alterações de mucosa, tornando indispensável o acompanhamento odontológico preventivo e contínuo (BRASIL, 2019; CORRÊA, 2017).

O atendimento odontológico de pacientes pediátricos com paralisia cerebral apresenta desafios adicionais, relacionados tanto às limitações físicas quanto comportamentais. A dificuldade de comunicação, a ansiedade, a baixa colaboração, a sensibilidade aumentada ao ambiente clínico e os movimentos involuntários tornam os procedimentos odontológicos mais complexos e exigem maior preparo da equipe profissional. A impossibilidade de manter um campo operatório seco, a limitação de abertura bucal e o tempo reduzido de tolerância ao atendimento inviabilizam, em muitos casos, a execução de técnicas restauradoras convencionais que demandam maior controle clínico e sessões prolongadas. Além disso, o medo e a insegurança familiar também podem interferir diretamente na adesão ao tratamento (BRASIL, 2019; CORRÊA, 2017; GUEDES-PINTO; BÖNECKER; RODRIGUES, 2016).

Diante dessas limitações, torna-se essencial a adoção de abordagens individualizadas, que considerem não apenas o ideal técnico, mas também a viabilidade clínica e o bem-estar do paciente. Nesse sentido, a odontologia minimamente invasiva surge como uma estratégia promissora, priorizando o controle da doença, a preservação da estrutura dental e a redução do desconforto durante o atendimento. Técnicas menos invasivas permitem melhor aceitação clínica e favorecem a execução do tratamento em menor tempo operatório. Materiais como o cimento de ionômero de vidro (CIV), devido à sua liberação de flúor e adesão química, e as resinas compostas fluidas, pela facilidade de inserção, menor viscosidade e melhor adaptação marginal, representam alternativas importantes no manejo clínico desses pacientes (TUMENAS et al., 2014; SPEZZIA, 2017; DIAS; VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2025).

A concepção de “entre o ideal e o possível” torna-se, portanto, fundamental na prática clínica com pacientes com necessidades especiais. O sucesso terapêutico não deve ser pautado exclusivamente pela perfeição técnica ou pela execução de procedimentos complexos, mas sim pela capacidade de oferecer um tratamento seguro, eficaz e compatível com as condições reais do paciente. O foco deve estar no controle da doença, na manutenção da função, no conforto durante o atendimento e na promoção de saúde bucal de forma contínua. Dessa maneira, a odontologia centrada no paciente permite resultados mais humanizados e efetivos, contribuindo diretamente para a funcionalidade, autoestima e qualidade de vida da criança e de sua família (TUMENAS et al., 2014; BRASIL, 2019; CORRÊA, 2017).



Objetivo

Este estudo tem como objetivo relatar e discutir o manejo odontológico minimamente in-vasivo em paciente pediátrico com paralisia cerebral, enfatizando a necessidade de adaptação da conduta clínica frente às limitações neuromusculares e comportamentais. Busca-se também sugerir a escolha de materiais restauradores mais viáveis, considerando sua aplicabilidade clínica, previsibilidade e impacto no controle da doença cárie, na função e no conforto do paciente.

Material e Métodos

Trata-se de um relato de caso clínico envolvendo paciente pediátrico do sexo masculino, com 6 anos de idade, diagnosticado com paralisia cerebral, sem outras comorbidades sistêmicas associadas. O atendimento foi realizado em ambiente ambulatorial, no contexto da disciplina de Atendimento ao Paciente com Deficiência, respeitando as particularidades motoras e comportamentais do paciente.

Na consulta inicial, observou-se comportamento agitado, baixa colaboração e dificuldade de permanência na cadeira odontológica, o que inviabilizou a realização de procedimentos clínicos mais prolongados. Na consulta subsequente, foi possível notar melhora no comportamento, com maior aceitação do atendimento, permitindo a execução de intervenções clínicas básicas.

Ao exame intraoral, identificaram-se lesões cáries cavitadas em dentes anteriores, associadas à higiene bucal deficiente, decorrente da limitação de abertura oral, dificuldade de acesso intraoral e comprometimento motor. Também foram observadas respiração bucal e mordida aberta anterior, características que influenciaram tanto na etiologia das lesões quanto no planejamento clínico.

O histórico odontológico revelou tentativas prévias de tratamento restaurador com cimento de ionômero de vidro (CIV), porém com falhas recorrentes, evidenciadas pela perda frequente do material restaurador. Diante das limitações clínicas, como dificuldade de isolamento absoluto, tempo reduzido de atendimento e colaboração restrita, optou-se por uma abordagem minimamente invasiva.

A conduta adotada consistiu na utilização de resina composta fluida (resina flow), empregando técnica restauradora simplificada, com o objetivo de reduzir o tempo clínico e favorecer melhor adaptação marginal em condições adversas. O manejo comportamental incluiu contenção leve, comunicação verbal acolhedora e participação ativa da responsável, proporcionando maior segurança, conforto e previsibilidade durante o atendimento.

Resultados e Discussão

A avaliação clínica inicial, associada à análise do histórico restaurador do paciente, evidenciou limitações significativas na manutenção do CIV em dentes anteriores. Observou-se perda recorrente do material restaurador, com necessidade frequente de retratamento, indicando baixa longevidade clínica nessa condição específica. Embora o CIV seja amplamente indicado na odontologia minimamente invasiva, sobretudo por sua adesão química à estrutura dental, liberação de flúor e relativa tolerância à umidade, sua performance clínica mostrou-se insatisfatória no presente caso (SPEZZIA, 2017; GOMES; SANTOS, 2021; TUMENAS et al., 2014).

A principal limitação observada esteve relacionada à dificuldade de controle do campo operatório, decorrente da constante de umidade e dificuldade de cooperação do paciente. Esses fatores, associados à reduzida retenção mecânica em cavidades anteriores e à movimentação involuntária característica da paralisia cerebral, contribuíram diretamente para o insucesso das restaurações prévias. Tais achados reforçam que, embora um material possa apresentar indicações ideais do ponto de vista teórico, sua eficácia clínica depende da adequação ao contexto



operacional.

Diante desse cenário, optou-se pela reformulação do plano terapêutico, priorizando uma abordagem mais compatível com as limitações clínicas observadas. A utilização da resina flow, associada a uma técnica restauradora simplificada, demonstrou melhor desempenho clínico. A menor viscosidade e maior fluidez do material favoreceram sua adaptação às paredes cavitárias, mesmo em condições subótimas de isolamento, promovendo melhor selamento marginal. Além disso, a simplificação da técnica contribuiu para a redução do tempo clínico, fator determinante no atendimento de pacientes com baixa tolerância a procedimentos prolongados (DIAS; VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2025; SILVA et al., 2022).

Do ponto de vista comportamental, observou-se melhora significativa na segunda consulta, com maior aceitação do atendimento e redução da agitação. A adoção de estratégias de manejo comportamental baseadas em comunicação acolhedora, previsibilidade dos procedimentos e participação ativa do cuidador mostrou-se fundamental para o sucesso clínico. A estabilização protetora, realizada através de contenção leve, empregada de forma ética e criteriosa, possibilitou maior controle durante a execução do procedimento, sem comprometer o conforto do paciente (BRASIL, 2019; GUEDES-PINTO; BÖNECKER; RODRIGUES, 2016; CORRÊA, 2017).

Um aspecto relevante observado foi a presença de mordida aberta anterior, que, embora represente uma alteração oclusal, exerceu influência positiva no acesso clínico à região anterior. Essa condição facilitou a visualização e a manipulação dos instrumentos, compensando parcialmente a limitação de abertura bucal e contribuindo para a execução do procedimento restaurador. Tal observação evidencia a importância de uma análise clínica individualizada, na qual determinadas características, inicialmente consideradas desfavoráveis, podem ser incorporadas de forma estratégica ao planejamento terapêutico.

Os resultados obtidos foram satisfatórios sob os aspectos funcional e estético. Houve restabelecimento da anatomia dental anterior, melhora na harmonia do sorriso e impacto positivo na percepção dos responsáveis em relação ao tratamento realizado. Em pacientes com paralisia cerebral, tais desfechos assumem relevância ampliada, uma vez que a reabilitação oral está diretamente relacionada à qualidade de vida, à interação social e à redução de fatores de risco para progressão da doença cárie.

A literatura científica enfatiza que o sucesso do tratamento odontológico em pacientes com deficiência e necessidades especiais deve ser avaliado de forma abrangente, não se restringindo à excelência técnica do procedimento restaurador. Fatores como controle da doença, conforto durante o atendimento, aceitabilidade do tratamento e manutenção dos resultados ao longo do tempo devem ser considerados como indicadores fundamentais de sucesso terapêutico. Nesse contexto, a odontologia minimamente invasiva destaca-se como abordagem resolutiva e biologicamente orientada, especialmente em situações clínicas desafiadoras (TUMENAS et al., 2014; BRASIL, 2019; CORRÊA, 2017).

A comparação entre o desempenho clínico do CIV e da resina flow, neste caso, evidencia que a seleção do material restaurador deve transcender critérios exclusivamente ideais e incorporar aspectos relacionados à viabilidade clínica e ao comportamento do paciente. A escolha de materiais com maior facilidade de manipulação, menor sensibilidade técnica e melhor adaptação em ambientes com controle limitado de umidade pode influenciar diretamente na longevidade das restaurações (SPEZZIA, 2017; TUMENAS et al., 2014; GOMES; SANTOS, 2021). Dessa forma, a adoção de uma abordagem individualizada e baseada em evidências clínicas permitiu a obtenção de resultados mais previsíveis e satisfatórios. A substituição do CIV pela resina flow demonstrou superioridade no contexto analisado, reforçando a necessidade de flexibilização das condutas terapêuticas. Assim, a prática da odontologia minimamente invasiva se consolida não apenas como estratégia conservadora, mas também como uma abordagem centrada no paciente, que valoriza a adaptação clínica, a segurança e a efetividade do



tratamento.

Em síntese, os achados deste caso reforçam que, em pacientes com paralisia cerebral, o sucesso terapêutico está diretamente relacionado à capacidade do profissional de integrar conhecimento técnico, sensibilidade clínica e adaptação às limitações individuais. Nesse cenário, a escolha entre o ideal e o possível deve ser guiada pela viabilidade, previsibilidade e impacto real na saúde bucal e na qualidade de vida do paciente.

Conclusão

O manejo odontológico de pacientes pediátricos com paralisia cerebral deve ser cuidadosamente adaptado às necessidades individuais, considerando a singularidade clínica e a centralidade do paciente no processo terapêutico. As limitações neuromusculares, a baixa colaboração, a presença de movimentos involuntários e a dificuldade na manutenção de um campo operatório adequado tornam o atendimento mais complexo, exigindo do cirurgião-dentista tomada de decisão baseada na viabilidade clínica, no manejo comportamental e na segurança do paciente.

Nesse contexto, a odontologia minimamente invasiva configura-se como uma abordagem eficaz e pertinente para o manejo da doença cárie, mesmo em condições clínicas desfavoráveis, por possibilitar a redução do tempo operatório e maior aceitação por parte do paciente. A adoção de técnicas restauradoras simplificadas permitiu a preservação da estrutura dental remanescente, o restabelecimento da função e da estética, além de maior conforto durante o atendimento.

Dessa forma, o sucesso terapêutico não deve estar restrito à busca por excelência técnica idealizada, mas sim à execução de intervenções seguras, previsíveis e compatíveis com a realidade clínica. O êxito do tratamento reside no controle efetivo da doença, na manutenção da saúde bucal e na promoção da qualidade de vida, evidenciando que, entre o ideal e o possível, é o possível que efetivamente viabiliza o cuidado.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- CORRÊA, Maria Salete Nahás Pires. Odontopediatria na primeira infância. 4. ed. São Paulo: Santos, 2017.
- DIAS, Brenno Anderson Santiago; VASCONCELOS, Rodrigo Gadelha; VASCONCELOS, Marcelo Gadelha. Utilização e propriedades da resina flow na odontologia minimamente invasiva. Archives of Health Investigation, v. 14, n. 1, p. 121–126, 2025.
- GOMES, Lethicia Martins; SANTOS, Filipe de Sousa Carvalho. A importância do uso do cimento de ionômero de vidro na terapêutica restauradora atraumática (ART): revisão de literatura. Facit Business and Technology Journal, Tocantins, 2021.
- GUEDES-PINTO, Antônio Carlos; BÖNECKER, Marcelo; RODRIGUES, Célia Regina Martins Delgado. Odontopediatria. 9. ed. São Paulo: Santos, 2016.
- PAIVA, Saul Martins; GUEDES-PINTO, Antônio Carlos. Liberação de fluoretos pelo cimento de ionômero de vidro: considerações de interesse clínico. Revista de Odontopediatria, v. 5, n. 3, p. 111–117, 1997.
- SILVA, Filipe Rebeque da; PINTO, Gabriel Mathias Rocha; SILVA JÚNIOR, José de Assis; RAMOS, Luciana Vasconcelos. Compósitos à base de resina flow. Revista Interface – Integrando Fonoaudiologia e Odontologia, v. 3, n. 1, 2022.
- SPEZZIA, Sérgio. Cimento de ionômero de vidro: revisão de literatura. Journal of Oral Investigations, Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 74–88, 2017.
- TUMENAS, Irineu et al. Odontologia minimamente invasiva. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-



Dentistas, São Paulo, v. 68, n. 4, p. 283–295, 2014.