

AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES, DE HIGIENE BUCAL E EXPERIÊNCIA DE CÁRIE DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL ASSISTIDAS POR UM PROGRAMA EDUCATIVO-PREVENTIVO

Alessandra Maia de Castro¹
Fabiana Sodré de Oliveira²
Mvrian Stella de Paiva Novaes³
Débora Andalécio Ferreira⁴

RESUMO: A proposta deste estudo foi avaliar os hábitos alimentares, a higiene bucal e a experiência de cárie em crianças com paralisia cerebral (PC), assistidas por um programa educativo-preventivo. Participaram 22 pais e/ou responsáveis de crianças com PC que responderam a um questionário, na forma de entrevista. Os dados mostraram que as crianças possuíam, em média, 4,8 anos e que 50,0% delas foram amamentadas pelas mães, sendo que 27,3% receberam esse tipo de alimentação até aos seis meses de idade. A mamadeira é ou foi utilizada por 95,5% das crianças e 59,0% delas utilizaram-na antes de dormir. A higiene bucal após o uso da mamadeira foi realizada por apenas 27,3% dos pais. Para 68,1% das crianças, a introdução de alimentos sólidos ocorreu no primeiro ano de vida. Observou-se, por meio dos prontuários, que o tempo de participação no programa variou de cinco meses a cinco anos e que 41,0% das crianças apresentaram lesões de cárie. De acordo com os resultados obtidos, foi possível concluir que há necessidade de aumentar o envolvimento e o conhecimento dos pais sobre nutrição e problemas alimentares de seus filhos portadores de PC, além da integração das diferentes áreas de saúde na assistência a estes pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Paralisia cerebral. Saúde bucal. Prevenção.

Evaluation of food habits, oral hygiene and dental caries experience of children with cerebral paralysis aided by an educative-preventive program

ABSTRACT: The purpose of this study was to evaluate the food habits, oral hygiene and dental caries experience in children with cerebral paralysis (CP), assisted by a educative-preventive program. The parents or caregivers of 22 children with CP answered a questionnaire by interview. The data showed that children had a mean of 4.8 years and 50.0% were breastfed by mothers, while 27.3% received this type of feeding up until six months old. The baby bottle is or was used for 95.5% of children and 59.0% had used it before bed. The oral hygiene after use of the baby bottle it was performed by 27.3% of parents. For 68.1% of children, the introduction of solid food occurred during the first year of life. It was observed by the records, that the time to participate in the program ranged from five months to five years and 41.0% of children had dental caries. According to the results obtained, we concluded that there is need to increase the involvement and parents' knowledge about nutrition and food problems

¹ Doutora em Odontopediatria pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita, docente na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (odontoinfantil@vahoo.com.br).

² Doutora em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia de Bauru, docente na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (fasoliv@vahoo.com.br).

³ Doutora em Odontopediatria pela Universidade de São Paulo, docente na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia e Coordenadora do Setor de Pacientes Especiais – Hospital Odontológico da mesma instituição (mvrianstella@uol.com.br).

⁴ Especialista em Odontopediatria pela Universidade Federal de Uberlândia, aluna do Programa de Mestrado em Odontopediatria pela Faculdade São Leopoldo Mandic e docente na Faculdade Cidade de Patos de Minas (deb_andalecio@vahoo.com.br).

of their children with CP and the integration of different areas of health care in these patients.

KEYWORDS: Cerebral paralysis. Oral health. Prevention.

INTRODUÇÃO

Paralisia Cerebral (PC) é um termo utilizado para descrever um grupo de desordens motoras que envolvem distúrbios no tônus muscular, postura e movimentação voluntária, em consequência de uma lesão não progressiva que afeta o sistema nervoso central em fase de maturação estrutural e funcional (MANCINI et al. 2003).

A etiologia da PC é variada, incluindo tudo que possa afetar o cérebro imaturo, podendo ser de origem pré-natal, perinatal e pós-natal. As causas pré-natais representam 35% dos casos, sendo mais comuns as infecções maternas (herpes, citomegalovírus, sífilis ou toxoplasmose), as toxinas químicas (álcool, drogas e drogas não prescritas por médicos) e incompatibilidade de Rh. Entre as causas perinatais, que correspondem a 45% dos casos, a anóxia perinatal é a mais frequente, mas também os traumatismos crânio-encefálicos durante o parto, a icterícia neonatal e as infecções são fatores relacionados à PC, assim como a prematuridade e o baixo peso ao nascimento. Cerca de 10% a 15% das causas ocorrem após o nascimento, incluindo traumatismo direto ao cérebro por acidentes ou violência infantil, infecções viróticas ou bacterianas (encefalite e meningite) e asfixia. A idade materna também está associada com a PC, observando-se maior risco para mães abaixo de 20 anos e para aquelas acima de 34 anos. (GIMÉNEZ-PRAT; LÓPEZ-JIMÉNEZ e BOJ-OUESADA, 2003; HOFFMAN et al. 2003).

A incidência média da PC é de dois para cada 1000 nascidos vivos nos países desenvolvidos, fazendo desta a deficiência física mais comum em crianças. Em países subdesenvolvidos, a incidência é maior, podendo chegar a 7:1000. No Brasil não há estudos conclusivos a respeito, mas presume-se uma incidência elevada devido a poucos cuidados com as gestantes (BORGES; MELLO, 2004; LEITE; PRADO, 2004).

As dificuldades alimentares são comuns em crianças com PC e podem resultar em desnutrição e déficit no crescimento. Dentre os principais problemas alimentares podem ser citados o controle oral-motor deficiente (hipotonia, fraco reflexo de sucção, lábios entreabertos e empuxo da língua frequentemente), maturação neurológica anormal (mecanismo de deglutição não coordenado, hipertonicidade e reflexo hiperativo) e má postura durante a refeição por não poderem sustentar o tronco (GANGIL et al. 2001; BORGES; MELLO, 2004).

As desordens da função motora oral podem gerar um espectro de incapacidade em cada etapa do processo de deglutição com potenciais interações simultâneas. Os sintomas usualmente observados são regurgitação, dificuldade de deglutição, tosse no momento da alimentação, instabilidade respiratória ou apneia e outros, o que pode resultar em aversão para ingerir determinados alimentos, grande tempo despendido com a alimentação e a necessidade de dieta especial, diferente da utilizada pelo restante da família. Estes sintomas acabam gerando uma

situação de tensão e ansiedade nos pais, o que torna o ato de comer difícil, cansativo e pouco agradável (AURÉLIO: GENARO e FILHO, 2002).

Vivone et al (2007) avaliaram a consistência alimentar e o tempo de deglutição em 30 crianças com PC tetraplégica espástica. Os dados coletados mostraram a fase oral ineficiente ou ausente em 27 crianças (90%) e a fase faríngea com anormalidades ou inadequações em 21 crianças (70%). Em relação à consistência do alimento e os tempos de deglutição, as crianças com função motora oral profundamente comprometida levaram 14.2 vezes mais tempo para deglutir alimentos líquidos e 6.4 vezes mais para os pastosos e nenhuma deglutiu alimentos com consistência sólida. Assim, o tempo gasto durante as refeições, a reduzida quantidade de alimento, a disfunção motora oral, o crescimento e o aumento no gasto de energia podem contribuir para uma estagnação do crescimento e prejuízos no desenvolvimento global da criança.

Em um estudo realizado por Gangil et al (2001) com 100 crianças com PC, na faixa etária entre 1 e 9 anos, teve como objetivo verificar a magnitude e a extensão dos problemas alimentares e a efetividade das intervenções nutricionais. Destes pacientes, 76% eram do gênero masculino e 24% do feminino, com média de idade de 2.5 anos e todos apresentavam disfunção motora oral (DMO). Os pacientes com maior comprometimento da DMO não conseguiam ingerir alimentos sólidos e aqueles que apresentavam episódios de epilepsia apresentavam maiores problemas alimentares. A média de tempo despendido para a alimentação foi de 31.5 minutos, sendo que 25% pacientes gastaram de 10 a 25 minutos, 38% de 25 a 30 minutos, 20% de 30 a 45 minutos e 17% de 45 a 60 minutos. A preocupação dos pais sobre os problemas alimentares de seus filhos foi pequena e eles superestimavam o estado nutricional de seus filhos. Após a reabilitação foi possível verificar melhora no estado nutricional e na DMO.

Assim, em um número significativo de crianças, as alterações crônicas da deglutição resultam em desnutrição, desidratação, aspiração e pneumonia (AURÉLIO: GENARO e FILHO, 2002).

O objetivo de Abanto et al (2009) foi avaliar hábitos alimentares em crianças com PC, em comparação com um grupo controle. Participaram do estudo 60 crianças, sendo 30 em cada grupo, de ambos os gêneros e na faixa etária de 5 a 11 anos. Os pais e/ou responsáveis responderam um questionário sobre os hábitos alimentares (consistência, necessidade de auxílio e utensílio utilizado e conteúdo da dieta), além de preencherem um diário alimentar. As crianças com PC apresentaram significativamente maior ingestão de alimentos líquidos e pastosos e dependência durante a alimentação. A presença de biofilme foi maior nas crianças com PC, independente da frequência de consumo de sacarose.

As dificuldades na mastigação e deglutição em crianças com PC são identificadas como fatores de risco para o desenvolvimento de hábitos alimentares inadequados, que podem estar associados à presença da doença cárie (ABANTO et al, 2009). Além disso, a necessidade de alimentação pastosa, a higienização precária dos dentes, a deglutição atípica, o uso prolongado de mamadeira e de medicamentos que contém sacarose em sua fórmula ou que provocam xerostomia são agravantes aos quais os pacientes com PC estão expostos. Esse quadro leva ao comprometimento da saúde bucal desses pacientes, aumentando a prevalência e a gravidade das doenças cárie e periodontal (FOURNIOL, 1998).

A incidência de cárie dentária em pacientes com PC é semelhante à da população em geral, embora o tamanho das lesões geralmente seja muito maior devido à falta de cuidados dentários (GIMÉNEZ-PRAT; LÓPEZ-JIMÉNEZ e BOJ-OUESADA, 2003).

Resende et al (2007) examinaram 141 prontuários de crianças portadoras de PC, entre 1 e 6 anos de idade, assistidas por um projeto e investigaram a associação entre o uso de mamadeira, a idade, a escolaridade dos pais, a medicação de uso crônico, o gênero, a higienização, a prévia orientação sobre higienização e o atendimento por profissionais de diversas áreas da saúde com a presença de lesões cáries e restaurações em dentes decíduos. Foi verificada associação da experiência de cárie com a idade e o uso de mamadeira. Estes pacientes consumiam mamadeira por um período prolongado de suas vidas, mas, apesar disso, 67.4% dos participantes deste projeto não apresentaram lesões cáries nem restaurações. As demais variáveis não apresentaram associação com a cárie dentária.

Chávez (2008) avaliou 30 pacientes com PC, entre 3 e 12 anos de idade, a fim de avaliar a prevalência de alterações bucais. De acordo com os resultados do exame clínico, 60% da amostra apresentou lesões de cárie: 30% possuía defeitos do esmalte e 73%, problemas periodontais, sendo que, destes, 33% estava recebendo medicação anticonvulsivante. Em 60% dos pacientes, constatou-se algum tipo de má-oclusão, principalmente mordida aberta, em 16.6% bruxismo e em 20% observou-se a presença de candidíase. Além disso, foi possível determinar que 23.3% das crianças apresentavam lesões extra e/ou intrabucais associadas com autoagressões.

Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar os hábitos alimentares, a higiene bucal e a condição de saúde bucal de crianças com PC assistidas por um programa odontológico preventivo-educativo e a experiência de cárie.

MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia, sob o protocolo número 115/04. A pesquisa foi realizada no Setor de Pacientes Especiais do Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia (SEPAE/HO/UFU), onde os pais de crianças com PC, atendidos no setor durante o 2º semestre do ano letivo de 2004, foram convidados a participar do estudo. As crianças selecionadas estavam na faixa etária entre quatro meses e 8 anos de idade. Foi apresentado aos pais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando a proposição e a metodologia do estudo e todos concordaram em participar. Em seguida, foi solicitado que os pais respondessem a um formulário estruturado, por meio de entrevista, que continha questões relacionadas à criança (idade, gênero), aos hábitos alimentares (prática do aleitamento materno, conteúdo e uso da mamadeira e a época de introdução de alimentos sólidos) à higiene bucal.

Posteriormente, a fim de verificar a idade em que a criança ingressou no programa e a ocorrência de experiência de cárie, foram analisados os prontuários dos pacientes.

A análise dos dados foi apresentada de forma descritiva.

RESULTADOS

Participaram 22 pais e/ou responsáveis de crianças com PC assistidas pelo projeto de extensão “Atendimento Odontológico a Bebês Especiais” da Área de Odontologia Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU), os quais responderam ao formulário proposto.

A faixa etária dos pacientes variou de 12 a 97 meses, com idade média entre 4 anos e 8 meses, sendo oito pacientes (36.4%) do gênero feminino e 14 (63.6%) do gênero masculino.

Em relação ao aleitamento materno, constatou-se que 11 crianças (50.0%) foram amamentadas, sendo que seis delas (27.3%) receberam esse tipo de alimentação até aos seis meses de idade.

O uso da mamadeira foi observado por 21 pacientes (95.5%); nove (41.0%) já não a utilizavam mais e apenas um (4.5%) nunca havia utilizado. A mamadeira noturna foi utilizada por 17 pacientes (77.2%), sendo que 13 (59.0%) faziam uso dela antes de dormir, quatro (18.2%) dormiam mamando e nenhum acordava para mamar. Dos nove pacientes (41.0%) que não usavam mais a mamadeira, dois (9.1%) deixaram o hábito aos 18 meses, quatro (18.2%) aos 2 anos de idade, dois (9.1%) aos 3 anos, um (4.6%) aos 4 anos e três não responderam (13.7%).

Quanto ao conteúdo da mamadeira, verificou-se uma grande variação, mas 21 pais e/ou responsáveis (95.5%) acrescentavam o açúcar ao leite, sendo também adicionados achocolatado, farinha e maisena.

Para 15 pacientes (68.1%), a introdução de alimentos sólidos ocorreu no primeiro ano de vida, quatro (18.2%) após 12 meses, dois (9.1%) após os 2 anos de idade e para apenas um (4.6%) ainda não havia sido introduzido alimentos sólidos até o momento.

O tempo de participação dos pacientes no programa variou de cinco meses a cinco anos e quando questionados se havia alguma dificuldade em seguir as orientações, 14 pais e/ou responsáveis (63.6%) responderam afirmativamente, principalmente em relação à realização da escovação. O hábito de higiene bucal após a mamadeira noturna era realizado por apenas seis pais e/ou responsáveis (27.3%).

Após a análise dos prontuários, foi constatado que nove pacientes (41.0%), apresentaram experiência de cárie durante o período em que foram acompanhados pelo programa.

DISCUSSÃO

Apesar dos avanços da ciência, a PC é uma condição que ainda apresenta alta prevalência na atualidade, devido aos inúmeros fatores etiológicos associados, os quais podem acometer o cérebro em formação nos períodos pré, trans e pós-natal. A PC constitui um grupo de desordens

de desenvolvimento motor e de postura, o qual pode vir acompanhado de alterações sensoriais, cognitivas, de comunicação, percepção, comportamento e transtornos convulsivos (CHÁVEZ, 2008).

Gangil et al (2001) destacaram que o estado nutricional de crianças com PC é afetado por diversos fatores, logo, eles devem ser avaliados em relação aos problemas alimentares a fim de melhorar sua qualidade de vida.

As desordens alimentares são comuns em crianças com PC. Assim, desde o nascimento, alguns fatores podem comprometer a amamentação, como a imaturidade neurológica acrescida de tônus muscular anormal, reflexos orais deprimidos, padrões respiratórios irregulares ou uso do tubo endotraqueal, capacidade deficiente de deglutição e sucção, facilidade de regurgitação e capacidade gástrica limitada (YAMASAKI, GOMES e RODRIGUES, 2004).

O aleitamento materno é o alimento ideal para crianças nos primeiros meses de vida, pois é uma forma segura, econômica e emocionalmente satisfatória, principalmente nos países em desenvolvimento. A prática do aleitamento materno exclusivo é recomendada por seis meses, além de sua manutenção com adição de alimento complementar até os 2 anos ou mais (MASCARENHAS et al, 2006). A análise dos questionários revelou que 50% das crianças foram amamentadas, sendo 23% delas até os seis meses de idade, 13.7% até os doze meses e 9% por mais de um ano. No estudo de Yamazaki, Gomes e Rodrigues (2004), a proporção de crianças amamentadas por até seis meses de vida foi similar (23.5%), apesar da amostra pequena em ambos os estudos.

Segundo Motion et al (2002), foram relatados pelas mães que o ato de sugar o peito por crianças com PC era realizado de forma fraca e que os engasgos eram frequentes, o que posteriormente poderia vir a comprometer o crescimento e o desenvolvimento dessa criança. Assim, é razoável supor que a dificuldade de amamentar-se, apresentada por crianças com PC, pode contribuir para uma baixa adesão dessa prática. No entanto, dependendo da possibilidade da criança, a orientação e a motivação para este grupo deveriam ser enfatizadas devido à grande importância do aleitamento materno para o desenvolvimento. Yamasaki, Gomes e Rodrigues (2004) destacaram a necessidade de uma equipe interdisciplinar no manejo da criança com distúrbio oral motor, como o atendimento precoce de fisioterapia e fonoaudiologia, favorecendo os aspectos que sejam benéficos para o desenvolvimento da criança, além da importância da amamentação para o fortalecimento do vínculo mãe-bebê.

Neste estudo, 21 crianças faziam uso da mamadeira (95.5%), nove (41.0%) não a utilizavam mais e apenas uma (4.5%) nunca havia feito uso dela. A mamadeira noturna foi utilizada por 17 pacientes (77.2%), sendo que 13 (59.0%) faziam uso dela antes de dormir, quatro (18.2%) dormiam mamando e nenhum acordava para mamar. Dos nove pacientes (41.0%) que já haviam abandonado a mamadeira, dois (9.1%) deixaram o hábito aos 18 meses, quatro (18.2%) aos 2 anos de idade, dois (9.1%) aos 3 anos, um (4.6%) aos 4 anos e três não responderam (13.7%), provavelmente porque não lembravam. Resende et al (2007) observaram que 64% das crianças com PC faziam uso da mamadeira, por um período que variou de um a seis anos, destacando que este fator foi associado à experiência de cárie.

Outros aspectos podem estar relacionados à prevalência de cárie em pacientes com PC, como o consumo de dieta pastosa, rica em carboidratos, várias vezes ao dia, mastigação por amassamento entre dorso de língua e palato, não coordenação da musculatura mastigatória, presença de resíduo alimentar e higiene bucal deficiente (SANTOS e HADDAD, 2007).

Foi verificado que 95,5% dos pais e/ou responsáveis acrescentavam açúcar ao leite da criança, sendo adicionados também achocolatado, farinha e maisena. Segundo Nacao, Chuan e Rodrigues (2006), o grupo de alimentos mais prejudicial aos dentes é o carboidrato, particularmente a sacarose, porém, outros carboidratos, dependendo de como são veiculados e de sua frequência de ingestão, possuem também grande potencial cariogênico, sendo que um dos fatores relacionados está na forma de dissolução do alimento.

Neste estudo, verificou-se que para 15 pacientes (68,1%), a introdução de alimentos sólidos ocorreu no primeiro ano de vida, para quatro (18,2%) após 12 meses, para dois (9,1%) após os 2 anos de idade, sendo que apenas um paciente (4,6%) ainda não havia recebido alimentos sólidos até o momento. Os diferentes períodos em que as consistências alimentares foram introduzidas provavelmente estão relacionados ao grau de dificuldade específico de cada paciente, como disfunção motora oral mais comprometida. Abanto et al (2009) constataram que as crianças com PC recebiam alimentos principalmente na forma pastosa e líquida em comparação ao grupo controle e que este fator poderia estar associado ao maior acúmulo de biofilme em crianças com PC.

Na análise dos prontuários, foi verificado que nove crianças (41,0%) apresentaram lesões de cárie no período em que foram acompanhadas pelo programa, enquanto Resende et al (2007) observaram uma prevalência de 32,6%, também de acordo com os dados dos prontuários. Este índice foi de 60% no estudo de Chávez (2008), que realizou o exame clínico para avaliação das lesões cariosas. No levantamento de Giménes-Prat, López-Jiménez e Boi-Ouesada (2003), das 103 crianças portadoras de PC, 77,1% apresentavam lesões de cárie na dentição permanente e 41,18% na dentição decídua. Camargo e Antunes (2008) constataram índice similar para a dentição decídua (44,7% das crianças com 5 anos de idade), enquanto na dentição permanente, a prevalência foi de 34,8% aos 12 anos de idade. Apesar das diferentes metodologias utilizadas nos estudos, a porcentagem de crianças com cárie na dentição decídua foi similar, exceto ao se comparar com os resultados de Chávez (2008), que encontrou um valor mais elevado.

Em relação à condição de saúde bucal, alguns fatores influenciam o acúmulo do biofilme nos indivíduos com PC, como a severidade do acometimento motor; a presença de condições associadas como retardo mental; a presença de reflexos orais, como o de mordida, de vômito e espasticidade em musculatura mastigatória, impedindo a abertura bucal; a dependência do cuidador para promover a higiene adequada; a falta de entendimento do cuidador na execução da escovação; o restrito uso do fio dental e a falta de cooperação do paciente (SANTOS e HADDAD, 2007).

Assim, é essencial reforçar as medidas educativas e preventivas aos pais e responsáveis para uma diminuição do número de lesões cariosas presentes nestas crianças com PC, visto que 63,6% dos pais afirmaram ter dificuldade em seguir as orientações propostas pelo programa, pois medidas como limpeza bucal após a mamadeira noturna ou a não adição de açúcares nas mamadeiras

não foram seguidas pelos pais, o que pode ter contribuído para a experiência de cárie em 41,0% dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, foi possível concluir que há necessidade em aumentar o envolvimento e conhecimento dos pais sobre a nutrição e problemas alimentares de seus filhos portadores de PC, além da integração das diferentes áreas de saúde na assistência a estes pacientes.

REFERÊNCIAS

ABANTO, J. et al. Avaliação dos hábitos alimentares de interesse odontológico em crianças com paralisia cerebral. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**. São Paulo, v. 27, n. 3, p. 244-8, 2009.

AURÉLIO, S. R.; GENARO, K. F.; FILHO, E. D. M. Análise comparativa dos padrões de deglutição de crianças com paralisia cerebral e crianças normais. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, p. 167-73, 2003.

BORGES, P. P; MELLO, E. D. Alimentação em crianças com paralisia cerebral. **Revista Nutrição em Pauta**. Campinas, v. 4, n. 66, p.50-4, 2004.

CAMARGO, M. A. F.; ANTUNES, J. L. F. Untreated dental caries in children with cerebral palsy in the Brazilian context. **International Journal of Pediatric Dentistry**. Chicago, v. 18, n. 2, p. 131-138, 2008.

CHÁVEZ, M. C. M. Patologías bucodentales y alteraciones asociadas prevalentes en una población de pacientes con parálisis cerebral infantil. **Acta Odontológica Venezolana**. Caracas, v. 46, n. 1, p. 52-55, 2008.

FOURNIOL, F. **Pacientes especiais e a odontologia**. São Paulo: Santos, 1998.

GANGIL, A. et al. Feeding problems in children with cerebral palsy. **Indian Pediatrics**. New Dehli, v. 38, n. 8, p. 839-846, 2001.

GIMÉNEZ-PRAT, M. J.; LÓPEZ-JIMÉNEZ, J.; BOJ-OUESADA, J. R. An epidemiological study of caries in a group of children with cerebral palsy. **Medicina oral**. Madrid, v. 8, n. 1, p. 45-50, 2003.

HOFFMANN, R. A.; TAFNER, M. A.; FISCHER, J. Paralisia cerebral e aprendizagem: um estudo de caso inserido no ensino regular. **Revista Leonardo Pós Órgão de Divulgação Científica e Cultural do ICPG**. Blumenau, v. 1, n. 2, p. 75-82, 2003.

LEITE, J. M. R. S.; PRADO, G. F. Paralisia cerebral: aspectos fisioterapêuticos e clínicos. **Revista Neurociências**. São Paulo, v. 12, n. 1, p. 41-45, 2004.

MANCINI, M. C et al. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. São Paulo, v. 60, n. 2b, p. 446-452, 2002.

MASCARENHAS, M. L. W. et al. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 289-294, 2006.

MOTION, S. et al. J. Early feeding problems in children with cerebral palsy: weight and neuro-developmental outcomes. **Developmental Medicine and Child Neurology**. London, v. 44, n. 1, p. 40-43, 2002.

NACAO, M.; CHUAN, L. P.; RODRIGUES, C. R. M. D. Análise dos hábitos de dieta em crianças por meio da utilização de diários alimentares. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**. Bauru, v. 10, n. 4, p. 289-294, 1996.

RESENDE, V. L. S. et al. Fatores de risco para a cárie em dentes decíduos de portadores de necessidades especiais. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. João Pessoa, v. 7, n. 2, p. 111-117, 2007.

SANTOS, M. T. B. R.; HADDAD, A. S. Defeitos físicos. In: HADDAD, A. S. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Livraria Editora Santos, 2007.

YAMAZAKI, L. S.; GOMES, A. C.; RODRIGUES, D. R. A intervenção do fisioterapeuta nos primeiros cuidados com o lactente com diagnóstico de paralisia cerebral: amamentação. **Cadernos de Pós- Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**. São Paulo, v. 4, n. 1, p. 47-54, 2004.

VIVONE, G. P. et al. Análise da consistência alimentar e tempo de deglutição em crianças com paralisia cerebral tetraplégica espástica. **Revista CEFAC**. São Paulo, v. 9, n. 4, p. 504-511, 2007.

Submetido em 16 de junho de 2010

Aprovado em 13 de agosto de 2010