

ARTIGO ORIGINAL

Alterações clínicas dos pacientes com lesão encefálica adquirida que interferem no tratamento odontológico

Clinical impairments of patients with acquired encephalic lesions that interfere with their dental treatment

Ana Claudia Darré Peres¹, Carolina Asano², Cristina Lima Leite Carvalhaes², Marcelo Furia Cesar³

RESUMO

Lesão Encefálica Adquirida (LEA) é uma lesão que ocorre no encéfalo após o nascimento e não está relacionada a doenças hereditárias, congênitas, degenerativas ou traumas de parto, podendo causar seqüelas físicas e cognitivas. Pacientes portadores de necessidades especiais estão cada vez mais presentes na prática diária do cirurgião dentista, porém, muitos profissionais ainda encontram dificuldades em atender estes pacientes. O objetivo deste estudo foi detectar alterações clínicas nos pacientes com LEA e relatar como estas podem interferir no atendimento odontológico. Foram avaliados 101 pacientes, com 18 a 87 anos de idade, de ambos os sexos, pertencentes à Clínica de LEA da Associação de Assistência à Criança Deficiente de São Paulo (AACD-SP). As

informações foram coletadas através de consulta de prontuários, questionário fechado e exame clínico do paciente. Neste estudo, 70,30% dos pacientes apresentavam espasticidade, 51,49% disfagia, 44,55% convulsão, 75,25% déficit cognitivo, 9,90% limitação de abertura bucal e 40,59% eram dependentes para a higiene oral. O cirurgião dentista deve estar atento às alterações clínicas dos pacientes com LEA, minimizando possíveis intercorrências clínicas por meio de uma anamnese detalhada e planejamento clínico.

Palavras-chave: Assistência Odontológica para Pessoas com Deficiências, Pessoas com Deficiência, Acidente Cerebral Vascular

ABSTRACT

The Acquired Encephalic Lesion (AEL) is a lesion that occurs in the encephalon after birth and it is not related to hereditary, congenital, or degenerative diseases or to birth traumas that might be able to cause physical and cognitive after-effects. Patients with special needs are more and more present in the daily practice of a dental surgeon. However, many professionals still find it difficult to attend these patients. The objective of this study was to detect clinical impairments in AEL patients and report how they can interfere with dental treatment. One hundred and one (101) patients were evaluated, ranging from 18 to 87 years of age, of both genders, at the AEL Clinic at the São Paulo Association for Assistance to Disabled

Children. The information was collected through consulting patients' medical histories, closed questionnaires, and clinical exams. In this study, 70.30% of the patients showed spasticity, 51.49% dysphagia, 44.55% convulsion, 75.25% cognitive deficit, 9.90% limited mouth opening, and 40.59% were dependent for oral hygiene. The dental surgeon must be aware of the clinical impairments in AEL patients to minimize possible clinical inter-occurrences by a detailed anamnesis and clinical planning.

Keywords: Dental Assistance for Disabled Persons, Disabled Persons, Stroke

1 Cirurgião-Dentista, Associação de Assistência à Criança Deficiente de São Paulo (AACD-SP).

2 Cirurgião-Dentista Aperfeiçoanda, Associação de Assistência à Criança Deficiente de São Paulo (AACD-SP).

3 Cirurgião-Dentista, Supervisor de Reabilitação do Setor de Odontologia da Associação de Assistência à Criança Deficiente de São Paulo (AACD-SP).

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ana Claudia Darré Peres • Rua Abagiba, 674 - Apto 103/1 • São Paulo - SP - Brasil • Cep 04294-000
E-mail: anacdperes@bol.com.br

INTRODUÇÃO

De acordo com Brain Injury Association (EUA, 1997), Lesão Encefálica Adquirida (LEA) é definida como uma lesão que ocorre no encéfalo após o nascimento e não está relacionada a doenças hereditárias, congênitas, degenerativas ou traumas de parto.¹ Alguns estudos epidemiológicos mostram que a maior causa da LEA são os acidentes vasculares cerebrais (AVCs),² seguido dos traumatismos cranioencefálicos (TCE).^{2,3} A anóxia, as neuroinfecções e os tumores são lesões que ocorrem com menor frequência.²

O AVC é caracterizado por um déficit neurológico permanente ou transitório, decorrente da interrupção de suprimento sanguíneo com nutrientes, por obstrução ou ruptura de vasos cerebrais.^{2,4} Pode ser classificado como isquêmico ou hemorrágico,^{2,4,5} sendo a maioria de natureza isquêmica^{2,5} devido à trombose ou embolia cerebral.⁴ As conseqüências podem ser diversas e os efeitos mais comuns são: perda do controle motor e/ou do equilíbrio, prejuízo cognitivo e/ou de linguagem, dificuldade de deglutição e alterações sensoriais e/ou sensitivas.^{2,5} É considerado a terceira causa de morte no mundo ocidental, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), e a primeira causa de morte no Brasil, sendo a maior causa de incapacidade física entre os adultos.⁵

O TCE acontece quando há uma força externa (agente agressor) grande o suficiente para causar injúria ao encéfalo, podendo ser classificado como aberto (sofrimento por arma de fogo, arma branca) ou fechado (acidente automobilístico).² Pode apresentar diversas etiologias, porém, os acidentes de trânsito são considerados uma das causas mais frequentes.^{2,6,7}

As conseqüências a longo ou curto prazo do TCE manifestam-se em vários níveis, causando uma grande diversidade de alterações físicas, cognitivas e comportamentais. Elas podem ser distintas para cada indivíduo,^{2,5-8} representando um grande desafio aos profissionais da área da saúde que trabalham com estes pacientes.⁶

Todo processo de reabilitação de pessoas com LEA necessita de uma equipe multidisciplinar, como médicos de diferentes especialidades, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, educadores e cirurgiões dentistas.⁶

Pacientes portadores de necessidades especiais (PPNE) estão cada vez mais presentes na prática diária do cirurgião dentista, devido, principalmente, ao aumento da expectativa de vida. Entretanto, muitos profissionais ainda encontram certas dificuldades em atender

estes pacientes. O atendimento exige qualificação, manobras, conceitos, equipamentos e pessoal auxiliar diferenciado, com qualidade adequada às suas reais necessidades.⁹

A OMS estima que a prevalência das deficiências no mundo é de 1 para cada 10 pessoas e afirma que desse total de deficientes, mais de 2/3 não recebem nenhum tipo de assistência buco-dental.⁹

É neste contexto que a Odontologia encontra-se inserida, o que mostra a importância do desenvolvimento de pesquisas nesta área.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi detectar alterações clínicas nos pacientes com LEA e relatar como podem interferir no atendimento odontológico.

MÉTODO

Foram avaliados 101 pacientes, no período de maio a agosto de 2009, com 18 a 87 anos de idade, de ambos os sexos, pertencentes à Clínica de Lesão Encefálica Adquirida da Associação de Assistência à Criança Deficiente de São Paulo (AACD-SP), que estiveram em Avaliação Global (avaliação multidisciplinar na qual o Setor de Odontologia realiza orientações de higienização oral e verifica a necessidade de tratamento dos pacientes) ou em tratamento no Setor de Odontologia, neste período. Foram selecionados de forma aleatória. O presente estudo foi transversal, composto por uma amostragem probabilística estratificada. As informações foram coletadas a partir de consulta de prontuários clínicos, de um questionário fechado de aplicação direta e exame clínico do paciente.

As seguintes informações foram obtidas nos prontuários clínicos dos pacientes:

- Idade;
- Sexo: masculino ou feminino ;
- Etiologia da lesão: AVC, TCE, anóxia, tumores ou doenças degenerativas;
- Presença de alterações clínicas decorrentes da LEA (considerando-se as avaliações mais recentes): espasticidade, disfagia, convulsão e déficit cognitivo;

Através de questionário, dirigido ao paciente e/ou responsável, as seguintes informações foram coletadas:

- Via de alimentação utilizada no presente momento: oral, sonda nasogástrica ou sonda gástrica;

- Higienização oral: dependente (quando realizada exclusivamente pelo cuidador), semi-independente (realizada pelo paciente, com auxílio do cuidador ou de adaptações) e independente (realizada exclusivamente pelo paciente).

No exame físico, em que foi realizada inspeção visual e clínica, os examinadores utilizaram luvas de procedimento, máscaras, espátulas de madeira e régua milimetrada flexível e avaliaram:

- Traqueostomia: presente ou ausente;
- Lesão em lábio: presente ou ausente;
- Nível de abertura bucal, conforme protocolo a seguir: Foi solicitado ao paciente que executasse sua abertura bucal máxima de forma espontânea, sendo medida a distância entre os bordos incisais dos incisivos centrais superiores e inferiores do paciente (distância inter-incisal). Na ausência dos incisivos centrais, a medição foi realizada através dos incisivos laterais. Pacientes desdentados totais (superior e inferior) e que não faziam uso de próteses, ou que utilizavam apenas uma delas, foram excluídos do estudo. As medidas registradas em milímetros foram classificadas em 3 níveis de abertura bucal: Nível 0 = ausência de abertura bucal espontânea; Nível 1 = Abertura bucal espontânea até 20 mm e Nível 2 = abertura bucal espontânea maior que 20 mm.

Após o exame clínico, os pacientes receberam orientações sobre a importância do tratamento odontológico e hábitos de higiene oral.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da AACD-SP e também autorizado pelos pacientes e/ou responsáveis através de um termo de consentimento livre e esclarecido, além de autorização do uso de voz e imagem.

RESULTADOS

Dos 101 pacientes com Lesão Encefálica Adquirida, 62 (61,39%) eram do sexo masculino e 39 (38,61%) do sexo feminino, com idade média de 44,6 anos. Com relação à etiologia, 49,50% tiveram AVC, sendo 34,65% AVC isquêmico e 14,85% AVC hemorrágico; 38,62% TCE; 5,94% anóxia e 5,94% outros (tumores ou doença degenerativa), conforme Figura 1.

Do total de pacientes examinados, 44,56% eram independentes quanto à higiene oral, 14,85% eram semi-independentes e 40,59% eram dependentes (Figura 2).

Com relação às vias de alimentação, a Figura 3 mostra que 3,96% alimentavam-se por

sonda nasogástrica, 11,88% por sonda gástrica e a maioria (84,16%) alimentava-se por via oral.

Dados coletados através dos prontuários revelaram que 70,30% dos pacientes apresentavam espasticidade, 75,25% déficit cognitivo, 51,49% disfagia e 44,55% convulsão, conforme evidenciado na Figura 4.

Os resultados do exame físico mostraram que 9,90% dos pacientes apresentavam traqueostomia e 1,98% tinham lesão no lábio.

Com relação ao nível de abertura bucal espontânea, 5,94% dos pacientes foram classificados no nível 0, 3,96% no nível 1 e 90,10% no nível 2 (Figura 5).

DISCUSSÃO

O atendimento aos PPNE exige cuidados especiais e específicos que comportem suas reais necessidades. Essa atenção compreende desde procedimentos clínicos, para a reabilitação da saúde bucal do paciente, até questões que possam ultrapassar a barreira do conhecimento específico da odontologia.⁹ Dentre os PPNE, uma parcela atendida em centros de reabilitação e consultórios odontológicos são os pacientes acometidos pela LEA.

O predomínio do sexo masculino vítima de LEA é um achado comum na literatura^{2,7,10,11} e o presente estudo concorda com esses autores, já que 62,39% dos pacientes são do gênero masculino e 38,61% do gênero feminino, com uma média de idade de 44,6 anos.

Com relação à etiologia da amostra, 49,50% apresentaram AVC; 38,61% TCE; 6,93% anóxia e 4,95% outros (tumores e doenças degenerativas), sendo dados também encontrados na literatura consultada.²

Estes pacientes podem apresentar algumas alterações clínicas com um número quase infinito de combinações, como afasias, alterações do campo visual, disartrias, disfagias, diminuição ou perda da coordenação motora, espasticidade, convulsão e déficits cognitivos.^{1,2,4,6-8,9,10,12-16} Tais seqüelas podem dificultar o atendimento odontológico convencional dos mesmos.

Neste estudo, 44,55% dos pacientes eram independentes quanto à realização da higiene oral, 40,59% eram dependentes e 14,85% eram semi-independentes. Conforme o estudo de Sampaio et al,¹⁰ os fatores que levavam estes pacientes a necessitarem de ajuda na prática da escovação eram: falta de coordenação motora (que leva o paciente a uma total ou parcial incapacidade de manuseio da escova dental); falta de coordenação mandibular; hipotonia e hipertonia muscular; posicionamento do paciente; e nível de consciência e compreensão. Tais fatores os tornam

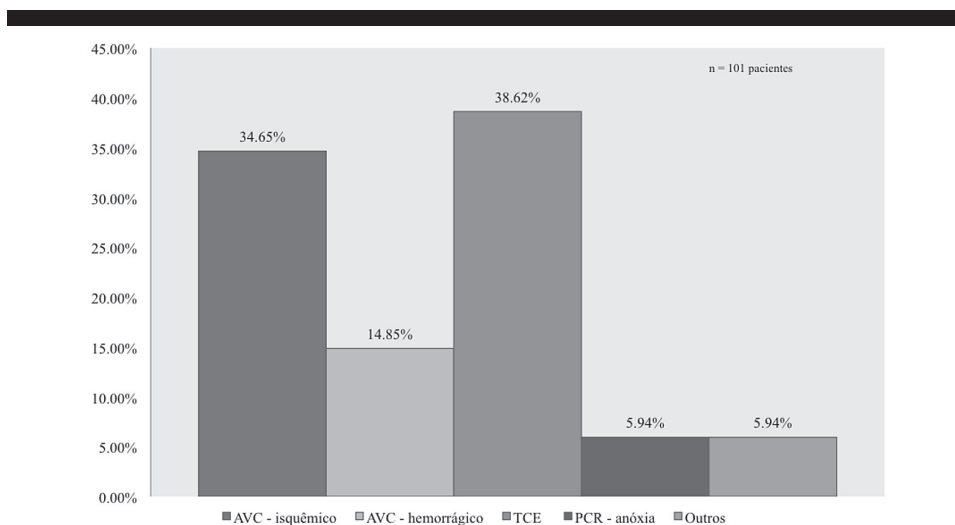


Figura 1 – Distribuição da LEA conforme sua etiologia

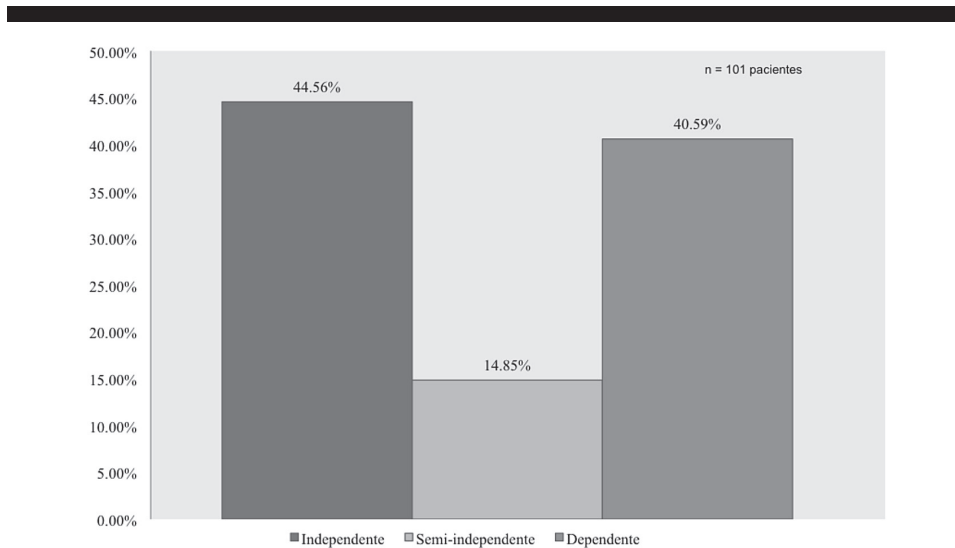


Figura 2 – Grau de independência para a higiene oral

dependentes ou semi-independentes nas atividades de vida diária (AVDs).¹⁰ Muitas vezes estes pacientes dependem de uma ajuda a mais do cuidador, ou de adaptações nas escovas e pastas de dente para obter uma escovação efetiva e com qualidade, visando à saúde bucal.¹⁷ Na amostra estudada, nenhum paciente semi-independente fazia uso de adaptações para higienização bucal.

No presente estudo, 75,25% dos pacientes apresentavam alteração cognitiva, que, de acordo com a literatura, pode levar a uma semi-independência ou dependência nas AVDs.⁹ Esta seqüela pode dificultar o atendimento odontológico, uma vez que alguns pacientes não compreendem ou obedecem ordens simples. Quanto maior o comprometimento do grau de

consciência do paciente, maior será a exigência de dedicação, paciência, criatividade e capacidade de comunicação do profissional para que o tratamento possa ser bem conduzido.⁹

Com relação às vias de alimentação, constatou-se que 84,16% dos pacientes se alimentavam por via oral, 11,88% através de sonda gástrica e 3,96% através de sonda nasogástrica. Quando a alimentação por via oral não é suficiente para suprir as necessidades orgânicas e nutricionais do indivíduo ou é contra-indicada em vista de uma disfagia grave, o suporte nutricional por vias alternativas é necessário.¹⁸ A sonda nasogástrica não é indicada por longos períodos, devido ao desconforto, trauma psíquico, aumento das secreções das vias res-

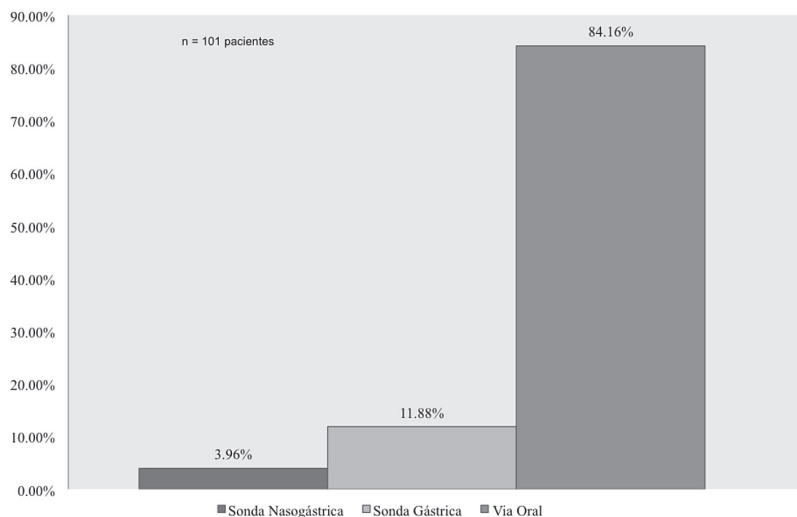


Figura 3 – Vias de alimentação

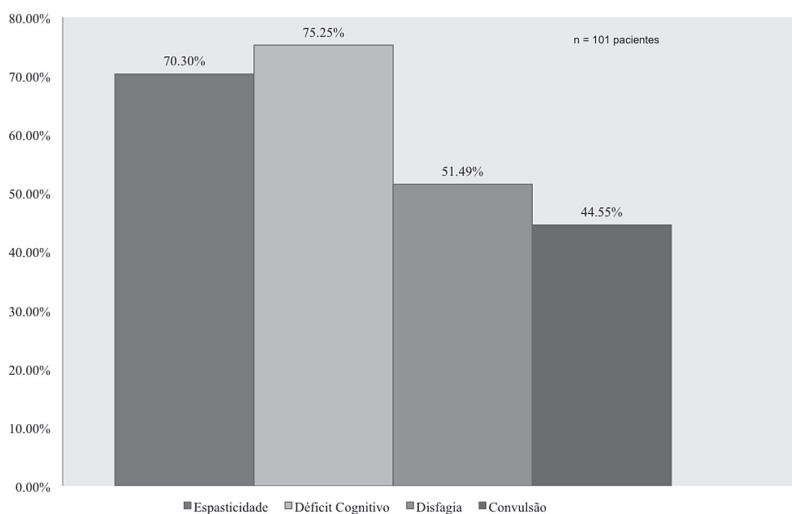


Figura 4 – Alterações clínicas dos pacientes com LEA.

piratórias, irritação da nasofaringe, faringe e estômago.¹⁸ Havendo a necessidade de suporte nutricional por mais de três meses, a indicação deve ser de gastrostomia.¹⁸

Baseando-se nesta referência, é possível comparar os resultados obtidos em nosso estudo, no qual a minoria fazia uso de sonda nasogástrica. O cirurgião dentista deve ficar atento às secreções das vias respiratórias, ter cuidado ao manipular a região facial, e, durante o procedimento clínico, diminuir os estímulos de spray de água por conta da disfagia orofaríngea que o paciente pode apresentar, o que reduz os riscos de fenômenos aspirativos.¹⁹

O cirurgião dentista também torna-se responsável por prestar orientações sobre higiene

oral aos cuidadores dos pacientes que utilizam vias alternativas de alimentação, mesmo quando não estiver sendo oferecida dieta via oral.²⁰

A disfagia caracteriza-se por um distúrbio da deglutição ou qualquer dificuldade do trânsito do bolo alimentar da boca até o estômago.^{18,20} Pode estar associada a complicações como: desnutrição, desidratação, pneumonia aspirativa, penetração de saliva ou restos alimentares no vestíbulo laríngeo, antes, durante ou após a deglutição.¹⁸

De acordo com o nosso estudo, 51,49% dos pacientes apresentavam disfagia e, destes, 19,23% faziam uso de traqueostomia. A traqueostomia também é indicada nos casos dos pacientes com disfagias graves, com broncoaspiração maciça e aspiração contínua de saliva,

já que reduz o volume aspirado.²¹ Conseqüentemente, o cirurgião dentista deve adotar medidas que minimizem o risco de aspiração, tanto da saliva quanto da água, durante o tratamento. Também deve se preocupar com um adequado posicionamento do paciente na cadeira, e sempre que possível fazer o uso de sugadores de alta potência e baixa rotação (que favorece o controle do risco de possíveis aspirações).¹⁸

Recomenda-se ainda manter a traqueostomia protegida para evitar a entrada de eventuais partículas ou fragmentos como poeira, ciscos,²¹ tártaro, medicamentos de uso odontológico e instrumentais de pequeno calibre.

A espasticidade é um distúrbio freqüente nas lesões congênitas ou adquiridas do sistema nervoso central.^{2,14,22} Pode ser causa de incapacidade, afetando o sistema músculo esquelético e limitando a função motora normal.¹⁴ Da amostra estudada observou-se que 70,30% dos pacientes apresentavam espasticidade, que pode inicialmente prejudicar o posicionamento do paciente na cadeira odontológica,¹⁹ levar a reflexos involuntários orais que dificultam a abertura bucal do paciente durante o tratamento e a higienização intra-oral.^{14,19}

Devido à dificuldade em medir a abertura bucal, criou-se uma escala na qual foi possível avaliar pacientes que não conseguiam fazer a abertura bucal espontânea (nível 0), pacientes que apresentavam a abertura bucal espontânea, porém, limitada para o tratamento odontológico (nível 1) e pacientes que apresentavam abertura bucal considerada normal²³ (nível 2).

Os seguintes resultados foram obtidos: 5,94% dos pacientes foram classificados como nível 0 e 3,96% como nível 1 (Figura 5). Comparando a espasticidade e a limitação de abertura bucal, observamos que do total dos pacientes espásticos, 14,08% apresentavam limitação de abertura bucal espontânea. Diante disto, os reflexos primitivos orais podem ser controlados com o uso de abridores de boca e afastadores de língua ou lábio, que facilitam o manejo, a eficiência e a agilidade do atendimento.¹⁹ Alguns pacientes podem apresentar mordida tônica e interposição do lábio inferior entre as superfícies incisais, decorrente do automatismo oral de natureza reflexa,¹⁴ ocasionando lesões bucais que podem dificultar na manipulação intra-oral durante o tratamento. Esta alteração foi encontrada na nossa amostra em 1,98% dos pacientes.

Dados do presente estudo mostram que 44,55% dos pacientes com LEA apresentavam quadro convulsivo. Pacientes convulsivos devem estar rotineiramente em acompanhamento médico e, quando necessário, usar medicações para controle das crises.¹⁹ O cirurgião dentista deve procurar obter informações a res-

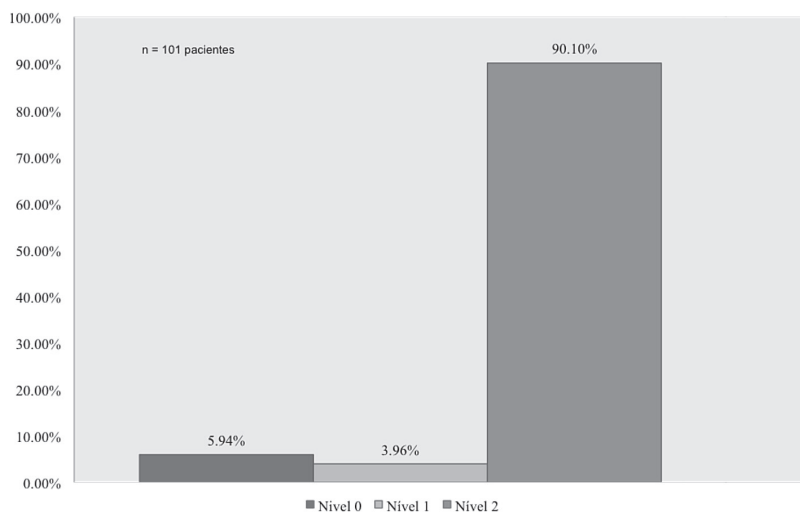


Figura 5 – Nível de abertura bucal

peito dos medicamentos que o paciente utiliza^{13,24} (dosagem e posologia), questionar sobre a sua alimentação, além de observar se o mesmo não está excessivamente cansado ou se não esteve recentemente doente antes de iniciar o tratamento odontológico.^{24,25} É importante que a atividade convulsiva esteja plenamente controlada^{24,25} e durante o tratamento deve-se ficar atento a esta alteração clínica, e, sempre que possível, atenuar os estímulos que possam provocar tal reação, assim o atendimento deve ser realizado no menor tempo possível para diminuir o stress e o cansaço do paciente.¹⁹

A odontologia atual possui inúmeros recursos para pacientes normoreativos, mas apresenta poucas soluções para pacientes com seqüelas neurológicas, que igualmente necessitam de tratamento essencial para qualidade de vida.¹⁴ Com o aprofundamento do conhecimento das diversas especialidades da área da saúde, defrontamo-nos com a inutilidade dos nossos esforços se não tomados em conjunto. Sendo assim, devemos estar atentos não somente às condições do sistema estomatognático, mas ao desenvolvimento global do indivíduo, estabelecendo uma relação eficaz de intercâmbio entre as áreas de conhecimento e integrando as condutas clínicas. Desta forma podemos suprir ou minimizar as necessidades de saúde do paciente, restituindo-lhe o bem estar e possibilitando a reintegração ao seu meio²⁶.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos e na discussão realizada, pode-se concluir que:

- As principais alterações clínicas de pacientes com LEA que interferem na prática odontológica são: espasticidade; disfagia; déficit cognitivo e convulsão.
- A presença de alterações clínicas em pacientes com LEA, conjunta ou isoladamente requer atenção diferenciada por parte de cirurgiões dentistas e de sua equipe de assistência.
- A participação do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar é de suma importância, pois este profissional pode entender e modificar a ação deletéria do dano neurológico na cavidade bucal.

REFERÊNCIAS

1. Alonso GSO, Silveira VC. Lesões encefálicas adquiridas. In: Fernandes AC, Ramos ACR, Casalis MEP, Hebert SK. Medicina e reabilitação: princípios e prática. São Paulo: Artes Médicas; 2007. p.161-9.
2. Ferreira MS, Salles ICD, Branco DG, Gaspar AP. Reabilitações nas lesões encefálicas Adquiridas (LEA). In: Fernandes AC, Ramos ACR, Casalis MEP, Hebert SK. Medicina e reabilitação: princípios e prática. São Paulo: Artes Médicas; 2007. p.174-88.
3. Chiappetta ALML, Oda AL. Disfagia orofaríngea neurogênica. In: Levy JA, Oliveira ASB. Reabilitação em doenças neurológicas: guia terapêutico prático. São Paulo: Atheneu; 2002. p.81-92.
4. Oliveira RMC. Afecções neurológicas do sistema nervoso central. In: Levy JA, Oliveira ASB. Reabilitação em doenças neurológicas: guia terapêutico prático. São Paulo: Atheneu; 2002. p.15-30.
5. Carvalho RC. Acidente vascular cerebral: atualizações. In: Lucia MCS, Miotto EC, Scaff M. Neuropsicologia e as interfaces com as neurociências. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p.99-103.
6. Junque C, Bruna O, Mataró M. Dano cerebral traumático. In: Junque C, Bruna O, Mataró M. Traumatismos cranioencefálicos: uma abordagem da neuropsicologia e fonoaudiologia. São Paulo: Santos; 2001. p.1-22.
7. Silva CB, Brasil ABS, Bonilha DB, Masson L, Ferreira MS, Neves RCM, et al. Retorno à produtividade após reabilitação de pacientes deambuladores vítimas de trauma encefálico. Fisioter Pesqui. 2008;15(1):6-11.
8. Junque C, Bruna O, Mataró M. Conseqüências do dano cerebral traumático. In: Junque C, Bruna O, Mataró M. Traumatismos cranioencefálicos: uma abordagem da neuropsicologia e fonoaudiologia. São Paulo: Santos; 2001. p. 23-44.
9. Silva ZCM, Pagnocelli SD, Weber JBB, Flitscher AMG. Avaliação do perfil dos pacientes com necessidades especiais da clínica de odontopediatria da faculdade de odontologia da PUCRS. Rev Odontol Cienc. 2005;50(20):313-8.
10. Sampaio ER, César FN, Martins MGA. Perfil odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no instituto de previdência do estado do Ceará. RBPS. 2004;17(3):127-34.
11. Kelley RE. Afecções dos vasos cerebrais. In: Weiner JW, Goetz CG. Neurologia para o não especialista. São Paulo: Santos; 2003. p.69-84.
12. Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004; 4(1):95-102.
13. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 9. Special care dentistry services for older people. Br Dent J. 2008;205(8):421-34.
14. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 5. Safety. Br Dent J. 2008;205(4):177-90.
15. Manzano FS, Santos MTBR. Impedidor labial para paciente com seqüela de lesão encefálica adquirida. Rev Int Odonto-Psicol Odontol Pacientes Espec.2005;1(3/4):71-4.
16. Silva EMM, Silva Filho CE, Fajardo RS, Fernandes AUR, Marchiori AV. Mudanças fisiológicas na velhice relevantes no tratamento odontológico. Rev Ciênc Ext 2005;1(2):62-74.
17. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 4. Education. Br Dent J. 2008;205(3):119-30.
18. Rosado CV, Amaral LKM, Galvão AP, Guerra SD, Fúria CLB. Avaliação da disfagia em pacientes pediátricos com traumatismo crânio-encefálico. Rev CEFAC 2005; 7(1):34-41.
19. Cesar MF. Odontologia. In: Fernandes AC, Ramos ACR, Casalis MEP, Hebert SK, Medicina e reabilitação: princípios e prática. São Paulo: Artes Médicas; 2007. p.531-47.
20. Silva LM. Disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico no idoso. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2006;2(9):1-9.
21. Soares TA, Bastos AS, Carvalho TP. Cuidados com a traqueostomia [texto na Internet]. Curitiba: Centro Universitário Campos de Andrade; 2008 [citado 2009 Out 15]. Disponível em: http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/artigo03
22. Pereira CU, Santos CMT, Santos EAS. Tratamento medicamentoso da espasticidade. J Bras Neurocirurg. 2003;14(2):55-9.
23. Metzger ALT, Campiotto AR, Muzy PC. Interferência do tipo de má oclusão nas medidas dos movimentos mandibulares: um estudo realizado com o apoio do exército Brasileiro. Rev CEFAC. 2009; 11(1):78-85.
24. Andrade ED, Volpato MC, Ranali J. Terapêutica medicamentosa em odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2006.
25. Robbins MR. Dental management of special needs patients who have epilepsy. Dent Clin N Am. 2009;(53):295-309.
26. Areias RLFC. Atuação fonoaudiológica junto à clínica odontológica na área de pacientes especiais. In: Mugaray LRF. Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral. São Paulo: Pancast; 2000. p. 228-9.