

A SAÚDE BUCAL DE PACIENTES COM SÍNDROME DE DOWN

THE ORAL HEALTH OF PATIENTS WITH DOWN SYNDROME

Thais Portella Campos

Graduanda do Curso de Odontologia do Centro Universitário São José.

Fátima Cristina Natal de Freitas

Cirurgiã-dentista, mestre em Odontopediatria pela UFRJ, profa. da UNIFESO, UNIG e UniSãoS José.

Andréa Lanzillotti Cardoso

Cirurgiã-dentista, doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ, profa. adjunta da F.O.UERJ, profa. da UniSãoS José.

RESUMO

Atualmente as famílias dos indivíduos com síndrome de Down aspiram que seus entes sejam incorporados à sociedade e ao mercado de trabalho. No entanto, distúrbios na saúde bucal como a halitose, postura de boca aberta e o ato de babar contribuem para o afastamento social dessas pessoas. Inúmeros profissionais não se sentem capazes de realizar a assistência adequada para esses pacientes. Assim, o objetivo desse estudo é apresentar uma abordagem odontológica apropriada aos pacientes com Síndrome de Down. Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura realizada nos seguintes bancos de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Electronic Library Online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e United States National Institutes of Health National Library of Medicine entre 2010 e 2020. Resultados apontam que o cirurgião dentista tem papel importante ao reconhecer as necessidades especiais desses pacientes que de forma geral apresentam maloclusão e têm tendência à doença periodontal. Um protocolo clínico é sugerido, bem como especificidades inerentes à filosofia de promoção de saúde são apresentadas. Conclui-se que um indivíduo com Síndrome de Down deve seguir a mesma rotina odontológica de qualquer outro paciente, pois o diagnóstico precoce é fundamental para o sucesso de qualquer tratamento, e acima de tudo, a preservação da saúde bucal. Saúde bucal que, uma vez comprometida, pode desencadear alterações de ordem geral. Para tanto, uma boa formação profissional é requerida, bem como a capacitação de cirurgiões-dentistas para tal assistência, no sentido de desmistificar a abordagem e o tratamento adequado a cada paciente com síndrome de Down.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Síndrome de Down; Tratamento Odontológico.

ABSTRACT

Currently, families of individuals with Down syndrome aspire to have their loved ones incorporated into society and the job market. However, oral health disorders such as halitosis, open mouth posture and drooling contribute to the social withdrawal of these people. Many professionals do not feel capable of providing adequate care for these patients. Thus, the aim of this study is to present an appropriate dental approach to patients with Down Syndrome. This is a literature review research carried out in the following databases: Virtual Health Library, Scientific Electronic Library Online, Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences and United States National Institutes of Health National Library of Medicine between 2010 and 2020. Results indicate that the dental surgeon plays an important role in recognizing the special needs of these patients who generally have malocclusion and are prone to periodontal disease. A clinical protocol is suggested, as well as specifics inherent to the philosophy of health promotion are presented. It is concluded that an individual with Down Syndrome should follow the same dental routine as any other patient, since early diagnosis is essential for the success of any treatment, and above all, the preservation of oral health. Oral health that, once compromised, can trigger general changes. Therefore, good professional training is required, as well as the training of dentists for such assistance, in order to demystify the approach and appropriate treatment for each patient with Down syndrome.

Keywords: Oral Health; Down Syndrome; Dental Treatment.

INTRODUÇÃO

A inclusão familiar e social ocorrida a partir da reforma psiquiátrica no Brasil foi muito importante na humanização do tratamento e no combate ao estigma que permeia as desordens mentais. Embora os indivíduos com Síndrome de Down (SD) não fossem elegíveis para tais internações, também estavam de certa forma à margem da sociedade porque muitas vezes eram escondidos por suas famílias em suas casas (Iervolino, 2005). As famílias são hoje as principais provedoras do cuidado e aspiram que seus entes sejam de fato incorporados à sociedade e ao mercado de trabalho. No entanto, desordens na saúde bucal como a halitose, associada à doença periodontal; a hipotonia muscular, que tem como consequências a postura de boca aberta e o ato de babar, podem contribuir para o afastamento social dessas pessoas (Oliveira, 2011).

A síndrome de Down é uma patologia de caráter genético e fenotípico onde ocorre um acréscimo do cromossomo 21, podendo ser denominada Trissomia de Cromossomo 21. De acordo com a Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down no Brasil, a prevalência é de 01 para cada 700 nascimentos, o que correspondia a algo em torno de 270 mil pessoas portadoras de Síndrome de Down. No mundo, a prevalência estimada é de 1 para 1.000 nascidos vivos. Assim, aproximadamente 3 a 5 mil crianças nascem com síndrome de Down ao ano (FBASD, 2012). Os dados revelam que esse contingente populacional é expressivo e que geralmente há dificuldade de conseguir cirurgiões-dentistas para tratá-los e quando acessam os serviços, são em sua maioria para resolver as demandas acumuladas por esses pacientes se afastando de uma filosofia de promoção de saúde (Oliveira, 2011; Kave et al., 2005).

Não obstante a Odontologia tenha avançado tecnologicamente em várias áreas, o olhar para as pessoas com deficiência ainda é exíguo. Vale lembrar que as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia (Brasil, 2018), ratifica que a aquisição de conhecimento científico para a assistência odontológica ambulatorial dos indivíduos com deficiência deve ser oferecida pelos cursos em tela. Ademais, inúmeros profissionais não têm interesse ou se sentem capazes de realizar uma assistência adequada.

Dessa forma, os profissionais devem se sentir capacitados e motivados para estabelecer antes de tudo a educação em saúde sem detrimento dos procedimentos terapêuticos. Ademais, oferecer assistência diferenciada e adequada às questões desse público se faz fundamental.

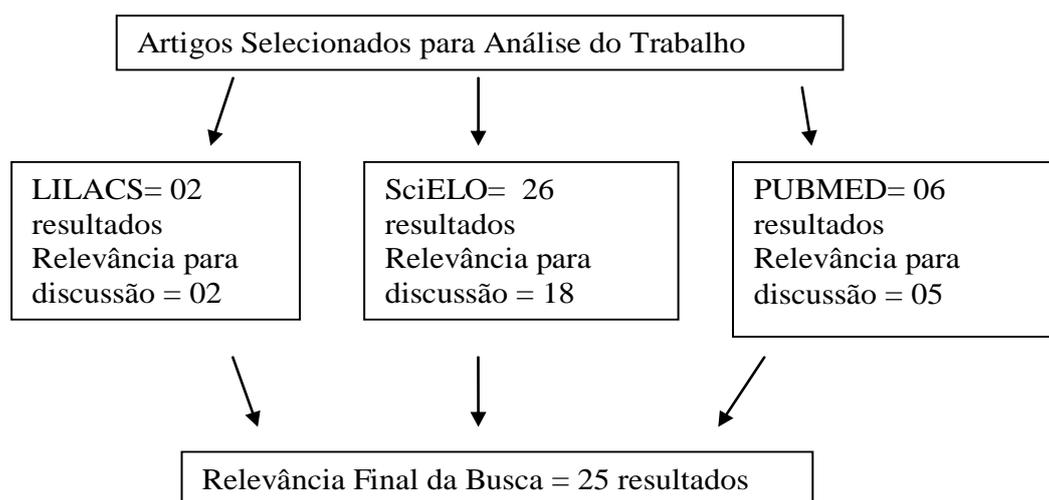
Baseado no exposto, o objetivo do presente estudo é apresentar uma abordagem odontológica apropriada aos pacientes com Síndrome de Down.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura. Para tanto, a busca foi realizada nos seguintes bancos de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e United States National Institutes of Health National Library of Medicine (PubMed), por meio de combinação, utilizando os descritores: Saúde bucal/ Oral health Síndrome de Down/ Down syndrome e Tratamento odontológico/ Dental treatment.

Os critérios de inclusão foram artigos publicados em português e inglês, no período entre 2010 e 2020 e que abordassem o tema proposto. O critério de exclusão foram textos incompletos e sem relevância ao assunto proposto. A figura 1 demonstra o fluxo da pesquisa:

Figura 1 – Diagrama de fluxo da pesquisa bibliográfica



3 SÍNDROME DE DOWN

Como fatores de risco associados à Síndrome de Down são citados: consumo excessivo de álcool, cafeína ou tabaco; exposição a radiações ionizantes, campos eletromagnéticos ou pesticidas; e outras causas identificadas na gênese das mutações genéticas. Entretanto, o fator mais significativo parece ser a idade materna avançada (Zenha, 2015).

De acordo com Vilela et. al (2018: 90), mães com idade avançada apresentam um risco elevado de gerarem filhos com essa síndrome, pois o "envelhecimento dos ovócitos poderia provocar a destruição das fibras cromossômicas... sugere que a incapacidade de separação desses cromossomos em decorrência da idade ocorre somente durante a anáfase I da meiose, e não na anáfase II".

3.1 CARACTERÍSTICAS CRANIOFACIAIS

A SD tem características marcantes tanto craniofaciais quanto neurológicas. Alguns aspectos estão frequentemente presentes em qualquer idade facilitando, na maioria dos casos, que o diagnóstico seja clínico (Quadro 1).

Quadro 1 – Características clínicas e fenotípicas presentes na SD.

Características clínicas e fenotípicas	
Atraso neuropsicomotor (Hipotonia muscular)	Olhos amendoados
Hiperflexibilidade das articulações	Rosto arredondado (braquicefalia)
Instabilidade atlantoaxial	Cabelo fino e esparso
Estreitamento e volume reduzido de orofaringe e nasofaringe	Encurtamento das extremidades (mãos, pés, dedos, orelhas, nariz)
	Baixa estrutura
	Pés curtos, largos e grossos
Arco tibial plantar (presente em cerca de 50% das crianças com SD)	Orelhas pequenas e de implantação baixa
	Pescoço curto e largo (é comum o excesso de pele nas regiões laterais e posterior)

Fonte: Adaptado de Oliveira (2011)

Marques et al. (2015) acrescenta que a hipotonia muscular colabora para uma face achatada e que, na maioria dos casos, podem ser observados: ponte nasal achatada, osso occipital achatado, microcefalia e pescoço curto com pele redundante na nuca. Além disso, os olhos são bem característicos, com inclinação para cima, apresentando pregas no canto interno e manchas branco-acinzentadas semelhantes aos grãos de sal em volta da periferia da íris.

Entre as comorbidades relatadas em pessoas com SD destacam-se: cardiopatas congênitas, alterações respiratórias, neurológicas, comportamentais, hormonais, hepáticas, articulares e imunológicas (Souza, 2011). Não obstante, a deficiência mental é a única característica presente em todos os casos (Vilela, 2018).

Vale ressaltar que estes pacientes apresentam diversas alterações dentárias e estas são dez vezes mais comuns em pacientes com SD do que na população geral. As mais prevalentes são descritas abaixo (Quadro 2).

Quadro 2 – Alterações na cavidade bucal presentes na SD.

Alterações na cavidade bucal	
Hipoplasia maxilar (hipodesenvolvimento do terço médio da face)	Palato estreito e profundo (formato ogival)

Agenesia/ Hipodontia/ Oligodontia	Dentes conoides/taurodontia
Dentes fusionados/ geminados	Alteração na sequência de erupção
Microdontia	Atraso de erupção e esfoliação (dentição decídua e/ou permanente)
Hipoplasia	
Língua hipotônica e protruída/ Macroglossia	Pseudoprognatismo

Fonte: Adaptado de Oliveira (2011); Marques et al (2015); Zenha (2015).

3.2 DOENÇAS BUCAIS

3.2.1 CÁRIE DENTÁRIA E DOENÇA PERIODONTAL

Souza e Giovani (2016) relataram que os indicadores salivares na SD apresentam diversas alterações em sua composição e efeito na cavidade oral. Estas alterações em saliva poderiam acarretar aumento do risco de cáries destes indivíduos, principalmente, quando analisada uma população adulta.

Outra característica que poderia predispor à cárie é a presença de fissuras oclusais estreitas e profundas, que associada à deficiência motora e neurológica oportuniza o elevado acúmulo de biofilme. (Carvalho et al., 2010; Cavalcante et al., 2012). Entretanto, a constante sialorreia desses pacientes pode colaborar para uma menor prevalência da doença cárie pelo aumento da capacidade tampão da saliva. Contudo, estas características os tornam vulneráveis à doença periodontal (Câmera et al., 2011).

A doença periodontal em indivíduos com SD é caracterizada pela formação de bolsas periodontais profundas associadas ao acúmulo substancial de biofilme e gengivite moderada. Assim, pacientes com SD apresentam maior chance de ter inflamação gengival. Apresentam também, além do biofilme, cálculo e dos irritantes locais (diastemas e apinhamentos dentais), uma propensão ao agravamento da destruição periodontal (Salino, 2014; Newman et al., 2016; Teitelbaum et al., 2010).

Segundo Carvalho et al. (2010) e Mesquita (2014) os mecanismos que explicam a agressão ao periodonto (gengivite marginal, gengivite necrosante, gengivite ulcerativa, recessão gengival, perdas ósseas horizontais e verticais com supuração envolvendo da área da furca na região dos molares, formação de bolsas periodontais e a frequente perda de dentes na região anterior da mandíbula) pelos microrganismos do biofilme são classificados em duas categorias: a) efeitos diretos que são os fatores microbianos que atuam diretamente sobre os tecidos causando-lhes danos, e b) efeitos indiretos que são os fatores auto lesivos produzidos pelo hospedeiro, como respostas inflamatórias e fenômenos imunológicos, em resposta à agressão bacteriana.

3.2.2 MALOCLUSÕES

Os quadros mais comuns de oclusopatias são a mordida aberta e a mordida cruzada. A prevalência das maloclusões na SD aumenta com o avanço da idade, promovendo alterações de sucção, linguagem, mastigação e deglutição. Esse fato ocorre devido à combinação de vários fatores como: o retardo de crescimento craniofacial, a disfunção motora oral, as alterações dentárias e a hipotonicidade muscular orofacial generalizada. A presença de desordens respiratórias e ortodônticas muitas vezes está ligada a hipotonia dos músculos labiais e faciais associada ao tamanho reduzido da maxila em relação à mandíbula e à presença de uma língua hipotônica e protrusa (Oliveira, 2011).

3.3 ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Ao realizar assistência odontológica do paciente com SD, o cirurgião dentista deverá estar atento à deficiência intelectual do paciente, à consideração de presença de comorbidades a fim de que a saúde bucal não prejudique o paciente sistemicamente (Vilela et al., 2018).

O tratamento dentário deve ser fundamentalmente preventivo e mais adequado será se o CD normatizar essa assistência. Dessa forma, sugerimos um protocolo clínico:

1. Inicialmente deve ser realizada anamnese com os responsáveis a fim de saber da queixa principal da consulta, se há uso contínuo de medicamentos, condição geral do paciente, presença ou não de comorbidades, história médica e odontológico pregressa, interesses musicais e de vida. Ademais, a informação e anuência da possibilidade de necessidade de estabilização protetora e/ou sedação medicamentosa;
2. Adaptação do paciente ao ambiente odontológico, apresentação de equipamentos e suas funções e apresentação da equipe. O paciente é convidado a sentar na cadeira odontológica e dependendo do caso poderá ser utilizada estabilização protetora.
3. Recursos áudios-visuais podem ser utilizados como músicas com o estilo de preferência do paciente ou TVs/tablets/celulares com o desenho/programa de interesse;
4. Exame clínico e realização e/ou solicitação de radiografias, entrega e orientação de preenchimento do inquérito da dieta;
5. Consulta subsequente: tartarotomia, profilaxia, aplicação tópica de flúor e instrução de higiene oral. Nessa consulta o CD deverá fazer análise do inquérito de dieta com os responsáveis e informá-los (e também aos pacientes, caso haja cognição para tal entendimento), da importância de manter uma higiene satisfatória da cavidade bucal, assim mantendo o biofilme reduzido, o uso frequente de fio dental e alimentação apropriada, informações sobre alimentos que contribuem para o acúmulo de placa e como também o reforço positivo mantendo a motivação dos responsáveis e do próprio paciente.
6. Consultas subsequentes: procedimentos de cirurgia ou dentística (caso haja necessidade);
7. Última consulta: polimento de restaurações e avaliação para alta. Deve ficar claro que há necessidade de parceria com os responsáveis e o tempo retorno deve ser avaliado caso a caso, de acordo com o perfil do paciente. É possível dar maior autonomia para a família à medida que o paciente consegue controlar o biofilme, tem boas práticas de higiene e uma alimentação favorável.

Algumas observações são muito importantes:

- Alguns pacientes se sentirão mais confortáveis com o uso da estabilização protetora, assim como, poderemos também, evitar movimentos bruscos voluntários ou não. Como nem todos os pacientes necessitam, pode ser utilizado para favorecer o tratamento mediante a avaliação do CD e a conversa prévia e anuência dos responsáveis.
- É lícito afirmar que alguns pacientes necessitarão de sedação medicamentosa e/ou sedação inalatória se não tiverem cognição para colaborar com o tratamento. Nesses casos o CD precisa estar capacitado para tanto, explicar e solicitar autorização dos responsáveis;
- Outro ponto a ser observado é o tempo na cadeira odontológica que deve ser curto, ademais, ter cautela ao manipulá-los devido à instabilidade da articulação atlantoaxial na coluna cervical, evitando a hiperextensão;
- Vale ressaltar que o CD pode e deve estar em contato com o médico assistente em caso de dúvida sobre a saúde geral do paciente (Caldas Junior; Machiavelli, 2013; Varellis, 2013);
- O controle mecânico e químico do biofilme realizado com digluconato de clorexidina em pacientes com SD se mostra eficaz (Ribeiro et al., 2016);
- Como forma de motivar o paciente e a família na filosofia de promoção à saúde, deve-se realizar reforço positivo e oferecer vídeos curtos (de preferência animados) com os mais variados temas de promoção à saúde bucal.

É muito importante que o CD contribua não só na sua área de atuação, mas que participe de equipes multiprofissionais. O atendimento deve ser incentivado, com a finalidade de que a atenção dada a estes pacientes aconteça de forma integrada nas mais diversas áreas da saúde tendo como objetivo final seu bem-estar (Pini et al., 2016).



4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cirurgião dentista tem papel importante ao reconhecer as necessidades especiais de seus pacientes, pois dessa forma fornece orientações relacionadas a uma higienização oral satisfatória, bem como, os cuidados durante o atendimento clínico, com um plano de tratamento que melhor atenda ao paciente, buscando ações que visem à promoção de saúde de forma multidisciplinar.

Um indivíduo com Síndrome de Down deve seguir a mesma rotina odontológica de qualquer outro paciente, pois o diagnóstico precoce é fundamental para o sucesso de qualquer tratamento, e acima de tudo, a preservação da saúde bucal. Saúde bucal que, uma vez comprometida, pode desencadear alterações de ordem geral.

Para tanto, uma boa formação profissional é requerida, bem como a capacitação de CDs para tal assistência, no sentido de desmistificar a abordagem e o tratamento adequado a cada paciente com SD.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2018.
- CALDAS JUNIOR, A.F.; MACHIAVELLI, J.L. Atenção e Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência: protocolos, diretrizes e condutas para cirurgiões-dentistas. Recife: Editora Universitária – UFPE, 2013.
- CÂMERA, G.T.; et al. O papel do cirurgião-dentista na manutenção da saúde bucal de portadores de síndrome de Down. *Odontologia Clínica-Científica*, 2011, Recife, 10(3): 247-250.
- CARVALHO, A.C.A; CAMPOS, P.S.F; CRUSOÉ-REBELLO, I. Síndrome de Down: aspectos relacionados ao sistema estomatognático. *Rev. Ci. Méd. Biol.*, 2010, 9(1): 49-52.
- CAVALCANTE, L.B; et al, Expression of the Interleukin-10 signaling pathway genes in individuals with Down syndrome and periodontitis. *Journal Periodontol.*, 2012, 83(7): 926-935.
- FBASD – Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down. Síndrome de Down. 2012. Disponível em: <http://federacaodown.org.br/sindrome-de-down/Acesso em: 22 abril 2021>.
- IERVOLINO, S.A. Estudo das percepções, sentimentos e concepções para entender o luto de familiares de portadores da síndrome de Down da cidade de Sobral-Ceará. [Tese de Doutorado]: USP, São Paulo, 2005.
- KAYE, P.L.; FISKE, J.; BOWER, E.J; NEWTON, J.T.; FENLON, M. Views and experiences of parents and siblings of adults with Down Syndrome regarding oral healthcare: a qualitative and quantitative study. *Br Dent J*, 2005, 198: 571-578.
- MARQUES, L.S; ALCÂNTARA, C.E.; PEREIRA, L.J.; RAMOS-JORGE, M.L. Down syndrome: a risk factor for malocclusion severity? *Braz Oral Res.*, 2015, 29(1): 1-7.
- MESQUITA, T.M.S.M. O paciente Odontopediátrico com Síndrome de Down em Clínica Dentária. [Dissertação de Mestrado]: Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2014.
- NEWMAN, M.G; TAKEY, H.H; KLOKKEVOLD, P.R; CARRANZA, F.A. Carranza's Clinical Periodontology, 12ª edition, Editora Elsevier: Rio de Janeiro, 2016.
- OLIVEIRA, A.C.B. ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SÍNDROME DE DOWN: UM ESTUDO QUALI-QUANTITATIVO. [Tese de Doutorado]: ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.
- PINI, D.M; FRÖHLICH, P.C.G.R; RIGO, L. Oral Health evaluation in special needs individuals. *Einstein*, 2016, 14(4): 501-507.
- RIBEIRO, R.A; et al. Avaliação Clínica Periodontal em Indivíduos Portadores de Síndrome de Down. *Braz Journal Periodontol.*, 2016, 26(2): 23-27.
- SALINO, A.V. Condições de saúde bucal e qualidade de vida em indivíduos com síndrome de Down. [Dissertação de Mestrado]: Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2014.
- SOUZA, E.M.M.F. Alterações sistêmicas e comportamentais de interesse odontológico em pacientes SD. [Dissertação mestrado]: São Paulo, USP, 2011.
- SOUZA, R.C.; GIOVANI, E.M. Indicadores salivares e o risco de cárie na Síndrome de Down utilizando o software Cariogram®. *Rev. Brasileira de Odontologia*, 2016, 73(1): 47-54.

TEITELBAUM, A.P.; et al. Ação de dentifrícios experimentais sobre a saúde bucal de crianças com síndrome de Down. *International Journal of Dentistry*, 2010, 9(3): 128-135.

VILELA, J.M.V.; NASCIMENTO, M.G.; NUNES, J.; RIBEIRO, E.L. Características Bucais e Atuação do Cirurgião Dentista no Atendimento de Pacientes Portadores de Síndrome de Down. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*, 2018, Recife, v. 4, n. 1, p. 89-101.

ZENHA, S.M.C.L. O paciente com trissomia 21: características dento-maxilo-faciais e modalidades terapêuticas. [Dissertação de Mestrado]: Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2015.