

A DOENÇA PERIODONTAL EM PACIENTE DIAGNOSTICADO COM SÍNDROME DE DOWN: RELATO DE CASO

Autora: Lorena Ellen Silva
Orientadora: Dra. Samantha Peixoto Pereira

Curso: Odontologia ***Período: 9º Área de Pesquisa: Área da saúde***

Resumo: Síndrome de Down é a trissomia do cromossomo 21, que resulta em alterações nas características físicas, motoras e psicológicas dos pacientes com necessidades especiais. Essas alterações podem ser um dos motivos que facilitam para que os pacientes que possuam essa síndrome tenham problemas bucais. Devido às particularidades dos pacientes, como baixo desempenho cognitivo e coordenação motora reduzida, é comum que eles apresentem dificuldades em relação à promoção do cuidado bucal. Essa dificuldade faz com que, muitas das vezes, essas pessoas necessitem de auxílio por parte dos responsáveis e/ou cuidadores, mas nem sempre as pessoas que os ajudam estão cientes sobre tamanha importância de uma boa saúde bucal para os pacientes com necessidades especiais, e da necessidade de um acompanhamento odontológico. Nesse sentido, este estudo aborda, por meio de um relato de caso, quais são as especificidades relacionadas ao cuidado bucal em indivíduos com Síndrome de Down, com o propósito de salientar a importância tanto para os responsáveis e/ou cuidadores quanto aos odontólogos, tendo como objetivo assim possibilitar uma melhor qualidade de vida para estes pacientes.

Palavras-chave: Síndrome de Down. Doença Periodontal. Manifestações bucais. Saúde Bucal. Tratamento Odontológico.

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Down (SD) é uma condição da modificação genética produzida pela presença de um cromossomo a mais, o par 21. Apesar de que as alterações cromossômicas da Síndrome de Down sejam comuns a todas as pessoas, nem todas apresentam as mesmas particularidades, nem os mesmos traços físicos, tampouco as mesmas malformações. O único aspecto comum que apresenta em todas as pessoas é o déficit intelectual. Também é conhecida como Trissomia do cromossomo 21. Esta síndrome é considerada uma das mais frequentes anomalias dos cromossomos autossômicos e retrata a mais antiga causa de retardo mental (GONÇALVES, 2019).

Podemos encontrar algumas manifestações bucais nesses pacientes que possuam de Síndrome de Down, entre elas estão: respiração bucal, mordida aberta, fissuras de lábios e língua, macroglossia, queilite angular, atraso na erupção dentária, dentes ausentes e malformados, raízes pequenas, microdontia, oligodontia, maloclusão, apinhamento, hipoplasia de esmalte, palato estreito e ogival, baixo nível de cárie, alta incidência da doença periodontal (DEAN; AVERY; MCDONALD, 2011). Os pacientes com Síndrome de Down estão mais propícios a infecções, acarretando maiores probabilidades de manifestar doenças periodontais. As doenças periodontais nesses pacientes desenvolvem com maior predisposição e de forma grave e generalizada sendo classificada como manifestação de doenças sistêmicas associadas a distúrbios genéticos pela American Academy of Periodontology (CAVALCANTE *et al.*, 2012).

Dentre os aspectos e características clínicas primárias da doença periodontal incluem a perda óssea alveolar, perda de inserção clínica, presença de bolsa periodontal e inflamação gengival, assim podendo ocorrer o aumento ou recessão e sangramento gengival, aumento da mobilidade do elemento dentário e a esfoliação dental. Pacientes com Síndrome de Down, exibem uma grande predisposição e predominância para desenvolverem a doença periodontal, podendo a mesma aumentar com a idade (AZFAR et al., 2018).

De acordo com Newman et al. (2012), a doença periodontal resulta de uma complexa interação entre o biofilme subgengival e eventos imunoinflamatórios do hospedeiro que se desenvolvem nos tecidos periodontais. O resultado final dessas alterações inflamatórias é o rompimento das fibras do ligamento periodontal, resultando em perda clínica de inserção, juntamente com a reabsorção do osso alveolar.

A doença periodontal é identificada por transformações na cor e na textura da gengiva, apresentando vermelhidão ou exsudato, sangramento à sondagem, aumento da profundidade clínica de sondagem ou retração tecidual, além do aumento da mobilidade dentária, migração e apinhamento dentários. Por meio de exames radiográficos pode ser observado uma perda óssea alveolar de aspecto moderada a avançada; nos exames histológicos ela é identificada pela presença de infiltrado de células inflamatórias (LINDHE; KARRING; LANG, 2005).

Diante do exposto, este trabalho consiste em um relato de caso que tem por objetivo identificar fatores que relacionem a susceptibilidade da doença periodontal nos indivíduos com síndrome de Down e a importância do tratamento periodontal para estes pacientes.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Referencial Teórico

2.1.1. Conceito: O que é síndrome de Down

No ano de 1866, a síndrome de Down foi especificada por John Langdon Down, médico britânico, foi quem primeiro descreveu as características da síndrome de Down que leva seu nome. Ele apresentou minuciosa descrição clínica da SD.

Doutor Dutch, um médico holandês, propôs que esta banda poderia ser devido a uma aberração cromossômica em 1932. Defeito de artefato na configuração genética durante divisão celular, apresentado de três formas: Trissomia 21, onde apresenta 47 cromossomos em todas as células com um cromossomo extra, na maioria das vezes 95% casos. Mosaico e translocação, caracterizado pela fundição 2 cromossomos em um par 21 e outro em um par 15, dando a você 46 cromossomos além de manifestação de um cromossomo extra ligado ao par 21 (ACSLA; FERREI; MENDES, 2019).

A denominação Síndrome de Down foi oficialmente reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir de 1965, após Jérôme Lejeune em 1959, ter descoberto a causa genética da SD, assim contribuindo significativamente para o conhecimento científico da doença (Martinho, 2011).

Segundo Moreira et al., (2000), a trissomia da banda cromossômica 21 é um dos fatores responsáveis pela condição genética da Síndrome de Down (SD), síndrome esta que pode ocasionar uma série de transtornos físicos e mentais aos pacientes que tenham este diagnóstico, dentre elas a deficiência mental, resulta em alterações nas características físicas, motoras e psicológicas dos pacientes com esta síndrome.

Para Shepherd (2002), a SD é considerada uma das causas mais frequentes da incapacidade mental nos seres humanos, comprometendo a capacidade funcional e intelectual destas pessoas. A SD encontra relação com fatores como a idade materna e a presença de alterações cromossômicas nos pais, entre as quais as próprias SD. De uma forma global, este quadro clínico traduz-se por atraso mental, morfologia típica, atrasos em diversos planos do desenvolvimento e uma variedade de condições médicas associadas.

Segundo Santos *et al.*, (2006), a SD é uma conjuntura genética que prejudica a espécie humana e de os seus primórdios, porém, somente em meados do século XIX que a humanidade começou a abranger melhor sobre está síndrome, graças devido às pesquisas executadas pelo cientista John Langdon Down, que elaborou uma série de estudos clínicos relatando diversos achados científicos, mesmo durante um período histórico no qual a ciência iniciava os seus estudos sobre campo da genética.

A Síndrome de Down é uma condição genética cuja trissomia na banda cromossômica 21 é a alteração mais comum, cerca de 95% dos casos. Os outros 5% abrange translocação, mosaicismo ou duplicação gênica. A SD causa comprometimento intelectual com graus variáveis de dificuldades físicas e cognitivas (MOREIRA MA, et al; BRAS PSIQUIATRIA, 2000).

2.1.2. Fatores etiológicos

A Síndrome de Down é uma das principais causas de retardo mental e é considerada a anomalia cromossômica congênita mais comum. Causado excesso de material cromossômico. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas) existem 300.000 brasileiros, e aproximadamente 8 mil pessoas que possuam esta síndrome, mais entre fetos de mães com idade 35 anos ou mais (ACSLA; FERREI; MENDES, 2019). A trissomia do cromossomo 21 é o resultado de um desacerto de distribuição e formação cromossômica durante a divisão celular após o óvulo ser fertilizado por espermatozoide, considerada a anomalia mental congênita mais comum.

Existem alguns testes para detectar a SD durante a gravidez. Os exames para diagnosticar a SD são feitos através da coleta de uma amostra do líquido que fica em volta do bebê (amniocentese) ou de um pequeno pedaço da placenta (biópsia de vilos corial ou vilosidades coriônicas) para pesquisar os cromossomos anormais que existem na síndrome de Down. Esses exames são feitos através da introdução de uma agulha dentro da barriga da gestante, o que de acordo com Cesari Soares, et al., (2018), pode aumentar o risco de abortamento. Mas estes testes não são disponibilizados para todas as gestantes. Existe outra opção além desses dois exames que são considerados invasivos. Podem também ser usados testes de rastreamento que medem substâncias (marcadores) no sangue ou na urina da mãe ou avaliam o feto por ultrassonografia.

Os mesmos podem não detectar casos de SD e também podem classificar mulheres que têm fetos normais como sendo de alto risco para SD. As gestantes identificadas como de “alto risco” nos testes de rastreamento necessitam fazer mais exames, como a amniocentese e a biópsia de vilos corial ou vilosidades coriônicas (BVC), para a confirmação de que seu bebê tem síndrome de Down (CASARI; SOARES et al., 2018).

2.1.3. Características gerais e sistêmicas

De acordo com Botezine Amaral, *et al.*, (2018), entre as características gerais dos pacientes com SD se destacam os seguintes: hipotonia muscular generalizada, baixa estatura, face achatada, braquicefalia (cabeça larga e curta), pescoço largo e curto, fenda palpebral oblíqua, orelhas com implantação baixa, prega palmar transversa única, encurtamento das extremidades (mãos, pés, dedos, nariz e orelha), clinodactilia (encurtamento da falange média), nariz em sela, envelhecimento precoce, bochechas salientes, pés com amplo espaço entre o primeiro e segundo dedos com um sulco estendendo-se próximo à face plantar, cabelo fino e esparsos. Já no que se diz respeito às manifestações sistêmicas, podem ocorrer quociente de inteligência reduzido, audição diminuída e problemas oftálmicos; cardiopatia congênita, sistema imunológico debilitado; hipotonia muscular esquelética; anomalias gastrintestinais, hematológicas, dermatológicas, respiratórias, na fertilidade e neurológicas; hipotireoidismo; alteração na coordenação motora e envelhecimento precoce.

2.1.4. Características congênitas craniofaciais e orais

Segundo Cardoso Vieira *et al.*, (2015), as características congênitas craniofaciais e orais destes pacientes é a macroglossia, a cavidade oral diminuída com a maxila subdesenvolvida, língua protrusa, por manter a boca aberta devido à macroglossia e a nasofaringe estreita, além de tonsilas e adenoides maiores.

Outras associações aos pacientes com SD é hipertrofia das papilas e a língua fissurada. No nascimento aparentemente apresenta-se normais, aparecendo depois a hipertrofia das papilas valadas, ou seja, a papila filiforme pode estar ausente, e a papila valada hipertrofiada em pacientes mais velhos (CARVALHO; CAMPOS; REBELLO, 2010).

Língua fissurada e inúmeros pequenos de sulcos e ranhuras na superfície dorsal, irradiando-se de um sulco central na língua, sendo uma patologia indolor, mas facilita o acúmulo de restos alimentares e desenvolvimento de halitose nestes pacientes. O palato pode apresentar-se estreito, curto, profundo e ogival e a úvula bífida (ANDERSSON; AXELSSON; KATSARIS, 2016).

Em relação aos dentes, pode existir atraso na erupção dentária, microdontia, anadontia, dentes conóides, fusões e geminações, são menores na distância mesiodistal e o tamanho das raízes dos dentes. Radiograficamente podem mostrar aplasia do esmalte. Estes pacientes possuem alta prevalência de mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior, pois têm maior frequência de giroversões e apinhamentos nos dentes, além de maloclusão de classe III de Angle. Isso é devido a constante pressão da língua sobre os dentes inferiores (VILELA; ALENCAR *et al.*, 2018).

A hipotonicidade dos músculos orbiculares dos lábios leva o paciente a produzir irritação e fissuras no canto da boca, devido ao volume de saliva em região labial e acúmulo de microorganismo como *Candida albicans* produzindo infecções oportunistas, associadas com a não higiene local (VILELA; ALENCAR *et al.*, 2018).

De acordo com Carvalho Campos Rebello (2010), os indivíduos com SD podem apresentar também o taurodontismo, que é uma alteração no desenvolvimento, na qual o formato anatômico dentário encontra-se alterado.

2.1.5. Características orais adquiridas

Como características adquiridas, tem-se como mais prevalente a doença periodontal. A literatura expõe que pacientes com síndrome de down apresentam uma alta prevalência, sendo os incisivos inferiores os primeiros a serem afetados. Em pacientes jovens, o primeiro acometimento é uma gengivite, podendo ser observadas ulcerações e necrose da papila interdental e margem gengival. Em pacientes com mais idade, ocorre perda grave de osso alveolar ocasionando a perda de inserção óssea, mobilidade dentária e cálculo supra e subgengival (FRANCIATTO; ZANELATTO, 2012).

A alta incidência da doença periodontal pode ser por anormalidades no mecanismo de defesa do hospedeiro como a alteração da função leucocitária, deficiência na quimiotaxia de neutrófilos e fagocitose, alteração dos sistemas inflamatório e imune, encarregados pelos mecanismos de defesa nos tecidos periodontais. A deficiência imunológica e a vulnerabilidade a infecções podem levar a dificuldades em combater as bactérias presentes no biofilme dental e causar a destruição do periodonto (CAMERA *et al.*, 2011; GONÇALVES *et al.*, 2019).

A dificuldade destes pacientes em compreender o grau da importância e necessidade de ter uma higiene oral e de habilidade manual causada pelo déficit cognitivo também é um motivo que influencia na doença periodontal. Por isso a importância dos familiares influenciar e acompanhar a higienização destes pacientes.

A higiene não eficiente, quase sempre negligenciada ou limitada pela própria deficiência na coordenação motora, contribui para a instalação da doença periodontal no paciente com síndrome de Down. Pessoas com deficiência intelectual mostram cooperação reduzida para realização da higienização bucal. A correta higienização bucal contribui significativamente para manutenção da saúde periodontal, podendo ser prevenida ou, ao menos, amenizada com tratamento periodontal frequente e controle de placa bacteriana (BOTEZINE; AMARAL *et al.*, 2018).

2.1.6. Abordagem e cuidados no atendimento odontológico

Os profissionais da odontologia exercem um papel essencial na manutenção da saúde bucal nesses pacientes. As malformações orofaciais e doenças bucais debilitam os indivíduos bem como influenciam diretamente em todo o seu sistema estomatognático (CARVALHO; CAMPOS; REBELLO, 2010).

O tratamento odontológico deve ser realizado desde os primeiros meses de vida da criança, pois o dentista consegue intervir no estágio de alterações de desenvolvimento, onde a criança ainda está sem dentes ou na dentição decídua. É importante a participação colaborativa dos responsáveis, sobre os riscos patológicos e a importância de saná-los antecipadamente (ALDOSSARY; MAIRON; SANTÉ, 2017).

É necessário realizar uma anamnese minuciosa e criteriosa para interpretar as condições gerais e comportamentais do mesmo, elaborando um diagnóstico e plano de tratamento adequado e individualizado para cada paciente. Deve-se utilizar reforço positivo, atendimento pontual, consultas curtas, atenção às formas de expressão, gestos e reações e preferir procedimentos mais simples nas primeiras consultas para o paciente ir se adaptando e conseqüentemente com o decorrer das consultas ter confiança em seu dentista (ARAGÃO *et al.*, 2011).

É importante a verificação dos medicamentos que o paciente faz uso, que possam interferir no tratamento odontológico. Informar sobre hospitalizações e

cirurgias passadas do paciente observando possíveis traumas e experiências desagradáveis para conduzir a melhor anamnese possível e assim diminuir traumas passados e riscos que possam existir e proporcionando um bom e humanizado atendimento ao paciente, tendo sempre princípios de integralidade, tratando-os sempre com amor (ALDOSSARY; MAIRON; SANTÉ, 2017).

A prevenção das doenças bucais é fundamental em pacientes que tenham a síndrome de down. A presença de profissionais da área odontológica para atendimento, orientação, motivação e supervisão da higiene oral em escolas destinadas às pessoas com deficiência é fundamental (PINTO; NETO et al., 2010).

Pacientes que possuem a síndrome de down requerem um tratamento odontológico direcionado, devido às limitações definidas por sua deficiência. A higiene bucal está relacionada ao quadro clínico do paciente, o qual apresenta problemas de motricidade, inteligência, dificuldade em compreender, refletindo na cavidade bucal, sendo assim de grande necessidade a presença do acompanhamento de um cirurgião-dentista ao longo de toda sua vida e da colaboração de seus familiares e responsáveis (pais/cuidadores), acompanhando e incentivando-o a realizar a higiene bucal diariamente. Esse apoio contribui significativamente para que o paciente tenha uma melhor qualidade de vida (MUGAYAR; AFONSO PEREIRA et al., 2014).

Pinto; Neto et al. (2010) descrevem que o acompanhamento multidisciplinar é indispensável tornando-se mais eficiente com profissionais de outras áreas, como: médico, cirurgião-dentista, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, já que entre as necessidades de assistência, todas poderiam contribuir com o tratamento e evolução cognitiva, social e da própria saúde integral do paciente com SD. O sucesso do tratamento odontológico depende do conhecimento do cirurgião-dentista de como abordar e tratar e de uma forma minuciosa, isso requer um cuidado especial, trabalhando em equipe multiprofissional e com protocolo específico.

2.2. Metodologia

Este trabalho trata-se da descrição de um relato de caso clínico, sobre um paciente diagnosticado com Síndrome de Down, cujo tratamento foi realizado na disciplina de Clínica Integrada da Clínica Escola do Centro Universitário UNIFACIG. Para realização do atendimento e proposta de plano de tratamento e execução do mesmo, foi realizado estudos com seguintes termos de busca dos Descritores em Ciências da Saúde: Síndrome de Down, Tratamento odontológico, Saúde Bucal, Doença Periodontal, incluindo os artigos de língua portuguesa, que tratavam da temática citada e encontrados nos sistemas de busca da bases de dados online disponíveis: Google Acadêmico, Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Revistas Científicas que têm os conteúdos de publicação direcionados especificamente para a odontologia.

2.3. Discussão de Resultados e Relato de caso clínico

Paciente R. C. C, 46 anos de idade, sexo masculino, diagnosticado com Síndrome de Down, aposentado, morador de Vila Nova distrito do município de Manhuaçu-MG. Procurou tratamento odontológico, juntamente com seu pai, na clínica integrada do

Centro universitário UNIFACIG, onde foi realizado a anamnese, exame clínico intra e extra bucal e foi solicitado uma radiografia panorâmica. O paciente foi encaminhado para a clínica de pacientes com necessidades especiais (PNE), para dar continuidade ao atendimento.

Para realização do presente relato de caso para o Trabalho de Conclusão de Curso, foi solicitado a autorização do paciente por meio do documento Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o documento de Autorização de uso de imagem, contido no prontuário odontológico.

A anamnese foi respondida pelo pai do paciente e foi relatado que havia mais de anos que o paciente não comparecia a um consultório odontológico. É reconhecido que pacientes com necessidades especiais são indivíduos que precisam de cuidados diferenciados, seja por certo tempo ou durante toda a vida. Em razão de algumas limitações, sejam elas motoras, sociais ou psicológicas, esses indivíduos tendem a ter um agravo na saúde bucal, necessitando assim de uma atenção odontológica especial e com procedimentos específicos. O cirurgião dentista deve fazer uma abordagem com qualidade e buscar amenizar as dificuldades encontradas neste tipo de paciente (JACOMINE, *et al.*, 2018).

Ao exame clínico paciente apresentou algumas raízes expostas, cálculo dental e mobilidade em todos os elementos tanto na arcada superior como também na arcada inferior. Paciente necessitava de uma intervenção clínica na área da dentística, cirurgia, periodontia e prevenção. No exame físico extra bucal foi observado uma pequena ferida na face do lado direito, e a o exame intra bucal foi observado a presença de aftas e nódulos na proximidade ao dente 11.

Paciente compareceu à clínica de pacientes com necessidades especiais (PNE), juntamente com a panorâmica que foi solicitado e foi realizada a extração dos elementos 11 e 12. Na semana seguinte ele retornou para retirada dos pontos da sutura.

No exame de imagem complementar, o rx panorâmico, pode-se visualizar a perda de inserção óssea principalmente nos dentes posteriores da arcada superior.

FIGURA 1- Imagem da radiografia panorâmica



Fonte: Arquivo pessoal, 2021.

Após alguns meses, o pai e responsável do paciente retornou à clínica solicitando que remarcasse um atendimento para seu filho com a queixa de que seus dentes estavam “soltando”.

Foi previamente agendada uma consulta para a clínica integrada II, onde foi realizado teste de mobilidade e então constatado mobilidade em todos os elementos dentários e a presença de biofilme bacteriano e cálculos necessitando de uma raspagem supra gengival.

FIGURA 2- Imagem Frontal das arcadas superior e inferior



Fonte: Arquivo pessoal, 2021

FIGURA 3- Vista superior da arcada inferior



Fonte: Arquivo pessoal, 2021.

FIGURA 4- Pode-se observar os dentes centrais inferiores vestibularizados e com perda de inserção óssea.



Fonte: Arquivo pessoal, 2021.

FIGURA 5- Presença de biofilme nos dentes superiores e inferiores, com tumefação gengival



Fonte: Arquivo pessoal, 2021.

A partir do exame clínico e das informações, foi conversado sobre o caso e foi analisado o risco de fazer a raspagem e influenciar na perda de alguns elementos. Foi pensado também na possibilidade de planejar uma extração múltipla dos elementos e na realização de uma prótese total removível para o paciente. Mas devido

a situação do paciente foi visualizado a dificuldade na adaptação com a prótese. Então, foi decidido realizar a raspagem naquele primeiro momento. Foi realizada a raspagem supra gengival em toda arcada superior e inferior com o auxílio do ultrassom. O pai do paciente foi orientado sobre as possibilidades e como era de suma importância que ele acompanhasse e ajudasse o filho na higienização bucal.

Na consulta seguinte, quando o paciente retornou a clínica era visível como os elementos dentários tinham obtido uma estabilizada relevante e satisfatória onde já não era mais pensado na possibilidade naquele momento da elaboração de uma prótese total (PT). Foi realizada novamente mais uma sessão de raspagem supra gengival. O pai responsável pelo paciente relatou ter observado uma melhora significativa na estabilidade dos dentes. O mesmo foi auxiliado novamente sobre a importância de ele ajudar, incentivar e auxiliar seu filho a manter uma boa higienização diária para um bom resultado no tratamento de seu filho e uma melhor qualidade de vida.

Pacientes diagnosticados com a Síndrome de Down, apresentam inúmeras alterações imunológicas estruturais e funcionais que, somadas ao controle inadequado da placa pela higienização bucal pobre, por conta das limitações motoras, colaboram o desenvolvimento da cárie, da gengivite e da periodontite. As características orais congênitas e adquiridas demandam cuidados e observação do dentista para que não levem a desfechos indesejáveis. Por estes motivos, os procedimentos de prevenção precoce são extremamente necessários para esses pacientes.

FIGURA 6- Imagem da arcada após retornar da primeira sessão de raspagem



Fonte: Arquivo pessoal, 2021.

3. CONCLUSÃO

Pessoas com Síndrome de Down apresentam uma série de características clínicas e condições sistêmicas peculiares, decorrentes das malformações congênitas, que influenciam diretamente em sua saúde oral. Entre elas está a doença periodontal, a qual possui alta incidência, sendo caracterizada pela sua destruição acentuada. Sabe-se que fatores locais, como acúmulo de placa e higiene precária, podem não ser os únicos motivos para tal manifestação. Uma das explicações mais prováveis para esta condição, ainda pouco conhecida, são alterações em seu sistema imunológico, que envolvem falhas nas funções básicas das células de defesa. Pacientes diagnosticados com a Síndrome de Down comumente apresentam características que podem influenciar negativamente na condução da higiene oral, como déficit cognitivo e limitações motoras. Além disso, eles normalmente possuem algumas condições orais específicas, como língua fissurada e aumentada e dentes conóides. Como dificuldades na execução do cuidado bucal de tais pacientes, observa-se principalmente um número reduzido de profissionais capacitados e uma falta de informação por parte dos responsáveis sobre como atuar nos cuidados domiciliares, os procedimentos de prevenção precoce são extremamente necessários para esses pacientes.

A conscientização dos pais e/ou responsáveis ajudam a manter a saúde bucal nesses casos, assim como o Cirurgião Dentista deve conhecer as manifestações bucais que podem acometer os pacientes com a síndrome, para que possa realizar o manejo de um tratamento adequado e específico, oferecendo qualidade de vida para esses pacientes. A estimulação e a educação requerem paciência, dedicação e firmeza junto destes pacientes, exigindo dos profissionais um bom conhecimento do quadro clínico. O acompanhamento clínico multidisciplinar deve incluir a família do paciente com SD, de forma a maximizar e a generalizar as aprendizagens e as técnicas de estimulação, numa perspectiva de uma abordagem coerente e ajustada. As pessoas com SD necessitam de cuidados preventivos, terapêuticos e acompanhamento multiprofissional por toda a vida.

4. REFERÊNCIAS

ACSLA; FERREI; MENDES. et al. Síndrome de Down: abordagem odontopediátrica na fase oral. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, v. 31, n. 1, p. 57- 67, jan-mr. 2019.

ALDOSSARY; MAIRON; SANTÉ. S. et al. Down Syndrome: A Review for the Dental Professionals. **IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)**, v. 16, n. 7, p. 61-66, jul. 2017.

ARAGÃO, A.K.R. et al. Acessibilidade da criança e do adolescente com deficiência na atenção básica de saúde bucal no serviço público: estudo piloto. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. v.11, n.2, p.159-164. 2011.

BOTEZINE, AMARAL. **Impacto dos agravos em saúde oral na qualidade de vida de pacientes portadores da Síndrome de Down**. (Dissertação). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG. 2018.

CAMERA, G.T. et al. Papel do cirurgião-dentista na manutenção da saúde bucal de portadores de Síndrome de Down. **Odontol Clin-Cient.** v.10, n.3, p.247-250. 2011.

CARDOSO, A.K.D. **Estudo da acessibilidade aos serviços odontológicos em um grupo de pacientes especiais do município de Natal/RN.** (Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia). Universidade FRG do Norte, Natal, RN. 2015.

CARVALHO, A.C.A.; CAMPOS, P.S.F.; REBELLO, I.C. Síndrome de Down: aspectos relacionados ao sistema estomatognático. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas.** v. 9(supl.1), p. 49-52. 2010.

CASARI; SOARES Exames na gestação; Pacientes com síndrome de Down; Aborto ppv. **Clínica sã-cient.** ANO: 2018.

DEAN Jeffrey; DAVID, R.; AVERY, Ralph E.; MCDONALD, MCDONALD AND AVERY'S **Odontologia para crianças e adolescentes.** 9ed., Rio de Janeiro; Elsevier, 2011.

FRANCIATTO, D.V.; ZANELATTO, A.P. Os pacientes especiais e a odontologia. **APCD Jornal.** p. 35. 2012.

GONÇALVES, S.S. et al. Levantamento das condições de cárie e doença periodontal na Associação de portadores da Síndrome de Down. Teresópolis RJ. **Rev Odontol Univ São Paulo.** v. 2, n. 1, p. 19-24. 2019.

LINDHE, J; Karring, T; Lang NP. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral.** 4a ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MARTINHO, L.S.T. **Comunicação e Linguagem na Síndrome de Down.** Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garret, Lisboa. (2011).

MOREIRA, L.M.A., El-Hani, C. & Gusmão, F.A.F. (2000). **A síndrome de Down e sua patogênese: considerações sobre o determinismo genético.** Revista Brasileira de Psiquiatria. 22(2), 96- Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garret, Lisboa.

MUGAYAR; AFONSO PEREIRA. **Pacientes portadores de necessidades especiais.** 1. ed. São Paulo: Pancast; 2014.

NEWMAN, Michael G.; TAKEI, Henry H.; KLOKKEVOLD, Perry R.; CARRANZA & Ferminin A.; Carrabza, **Periodontia clínica.** 11ª ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 1208p.

PINTO; NETO. **Saúde bucal coletiva.** 5. ed. São Paulo: Editora Santos; 2010.

SHEPHERD, R. B. **Fisioterapia em Pediatria.** 4ª ed. São Paulo: Santos, 2002.

VILELA, ALENCAR J.M.V. Características bucais e atuação do cirurgião-dentista no atendimento de pacientes portadores de Síndrome de Down. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**. v.4, n.1, p.89-101. 2018.

ANEXOS

TCLE



PRONT. Nº.: _____

AUTORIZAÇÃO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento à UNIFACIG para, por intermédio de seus professores, assistentes e alunos devidamente autorizados, fazer o diagnóstico, planejamento e executar o tratamento em minha pessoa de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da especialidade.

Tenho pleno conhecimento de que esta clínica, a qual me submeto para fins de diagnóstico e/ou tratamento, tem como principal objetivo a instrução, demonstração e o ensino para estudantes e profissionais da Odontologia.

Declaro que, ao submeter-me a tratamentos odontológicos complexos, existe o risco de insucesso, podendo haver posteriormente, necessidade de complementação cirúrgica ou protética, o que não exclui a possibilidade até mesmo a perda do(s) dente(s) em tratamento.

Concordo plenamente também que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, históricos, resultados de exames clínicos e laboratoriais e quaisquer outras informações referentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento constituem propriedades exclusivas desta Instituição, qual dou pleno direito de retenção e uso para qualquer fim de ensino e divulgação, seja em aulas, congressos, slides, jornais e revistas, do país e do exterior.

Nome do paciente(legível): Reinaldo da Costa Coutinho

Documento de identificação: MG. 10.804.697 / CPF - 013752056-50

Assinatura do paciente ou Responsável Legal: Reinaldo da Costa Coutinho

Manhuaçu, 04, de Março, de 20 21