

SAÚDE ORAL EM CRIANÇAS PORTADORAS DE PROBLEMAS DE NEURODESENVOLVIMENTO

Ana Paula Norton, Cristina Areias, Viviana Macho, Paula Macedo, Miguel Palha,
David Casimiro de Andrade

Introdução

As crianças portadoras de alterações do neurodesenvolvimento são, no âmbito da Medicina Dentária, classificadas como pacientes com necessidades especiais de atendimento (vulgo pacientes especiais) pois requerem por um período ou durante toda a vida cuidados e abordagens específicas. Segundo a American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) pacientes com necessidades de cuidados de saúde especiais são definidos como aqueles que possuem incapacidades físicas, de desenvolvimento mental, sensorial, comportamental, cognitivo ou emocional ou uma condição limitante que requer controlo médico, intervenção de serviços de saúde e/ou uso de serviços ou programas especializados. A condição pode ser adquirida ou de desenvolvimento e pode causar limitações nas ações de cuidados pessoais ou mesmo limitações substanciais em atividades cruciais rotineiras¹. A atenção à saúde de pacientes com necessidades especiais está além da rotina e requer conhecimentos especializados e avançados². A especificidade da atuação da equipa de Medicina Dentária é variável em função da patologia apresentada pela criança. O espectro de ação do Médico Dentista no caso dos pacientes especiais varia desde alteração aos protocolos de prevenção até intervenções sob anestesia geral.

Segundo a AAPD, as doenças orais podem ter um impacto na qualidade de vida dos pacientes com perturbação do neurodesenvolvimento, pelo facto de possuírem condições médicas limitantes, estando mais vulneráveis aos seus efeitos, como no caso de um sistema imunitário comprometido ou de doenças cardíacas. Por outro lado, podem estar mais propensas a problemas de saúde oral pelas suas deficiências físicas, mentais ou de desenvolvimento as impedirem

de assumir a responsabilidade pela própria higienização oral ou de colaborarem na mesma^{1,3}.

Objetivos

Esta orientação é destinada a educar os prestadores de cuidados de saúde, os pais e as organizações auxiliares de apoio sobre o gerenciamento dos cuidados com a saúde oral desejáveis para os indivíduos com necessidades especiais, não pretendendo fornecer recomendações de tratamento específico para qualquer condição oral.

É objetivo deste capítulo demonstrar as especificidades no que diz respeito à saúde oral das várias perturbações do neurodesenvolvimento e informar sobre os protocolos de atuação adequados a cada caso.

Não existem problemas orais específicos dos pacientes com perturbações do neurodesenvolvimento. O que existe é a presença de fatores de risco diferentes e prevalências também diferentes dos problemas orais que atingem a população em geral: cárie, doença periodontal, patologia articular, bruxismo, xerostomia, más oclusões, alterações da estrutura, número e forma dos dentes, presença de hábitos orais e traumatismos dentários, entre outros. Estes efeitos indesejáveis podem afetar a aprendizagem, a comunicação, a nutrição e outras atividades necessárias para o crescimento e desenvolvimento normais^{2,4-6}.

Assim, os principais fatores de risco para a saúde oral dos pacientes com perturbações do neurodesenvolvimento são⁷:

- capacidade de higienização diminuída ou inexistente;
- dieta inapropriada;
- terapêuticas farmacológicas instituídas;
- incapacidade de promover alterações de hábitos alimentares;
- falta de cooperação para a realização dos tratamentos dentários;
- incapacidade dos cuidadores para efetuar higiene oral adequada;
- pouca importância dada à saúde oral pelos cuidadores;
- fatores económicos;
- dificuldade de acesso a profissionais vocacionados para o tratamento de pacientes especiais.

Mais uma vez se ressalva que os fatores de risco aqui apresentados são comuns a toda a população. No entanto, principalmente no que diz respeito à higiene oral, à dieta e à colaboração aquando dos tratamentos médico-dentários tornam a atuação da equipa de Medicina Dentária necessariamente diferente e adaptada para estes pacientes.

A falta de saúde oral é um fator de comorbilidade quando associado com doença sistémica. Ela pode aumentar o risco de complicações infecciosas para pacientes com doenças sistémicas como doença cardíaca congénita, imunodeficiência ou diabetes e desempenha um papel direto no agravamento de doenças crónicas respiratórias que é a principal causa de morbilidade de pessoas com deficiência^{1,3}.

A criação de protocolos de intervenção permite a otimização da saúde oral pois, com recurso a eles todos os problemas que possam surgir serão detetados precocemente o que, de forma inerente, conduzirá a intervenções menos invasivas.

No mesmo sentido e, de acordo com as restantes áreas da Medicina, os protocolos de atuação permitem o exercício da Medicina baseado na prevenção. Sendo a prevenção importantíssima para qualquer patologia e para todas as pessoas, nos pacientes com perturbações do neurodesenvolvimento assume um papel de maior relevo.

É inquestionável que a atuação baseada na prevenção é a ideal facilitando o trabalho do profissional e diminuindo a morbilidade dos tratamentos para o paciente.

Deste modo, o controlo da dieta, a higiene oral, a frequência e periodicidade de consultas de Medicina Dentária serão os itens de principal referência nos protocolos aqui apresentados pois, são estes os principais pilares da prevenção em Medicina Dentária.

Educação para a saúde oral dos pais e cuidadores

De uma forma lógica o primeiro protocolo aqui apresentado reporta-se à educação para a saúde oral de pais e cuidadores dos pacientes com problemas do neurodesenvolvimento⁸. É importante pela instituição de padrões de

conhecimento mas também como meio preventivo para um problema de saúde oral que pode assumir proporções devastadoras: a cárie precoce de infância.

A cárie precoce de infância é definida pela presença de pelo menos um dente temporário cariado, perdido por cárie ou restaurado numa criança até aos 71 meses de idade⁹. A cárie precoce de infância grave é definida como a presença de uma cárie numa superfície dentária lisa até aos 3 anos de idade⁹. Para as crianças entre os 3 e os 5 anos de idade é definida como pelo menos a presença de um dente cariado, perdido ou obturado por cárie numa superfície lisa ou a presença de 4 ou mais restaurações aos 3 anos, 5 ou mais restaurações aos 4 anos e 6 ou mais restaurações aos 5 anos de idade⁹.

É de extrema importância que todos os profissionais de saúde que tratem destes pacientes se recordem e façam recordar que o estado de saúde oral dos pais e/ou cuidadores influenciará com certeza o estado de saúde oral da criança.

RECOMENDAÇÕES PARA A SAÚDE ORAL DE PAIS E/OU CUIDADORES⁸	
EDUCAÇÃO	Evitar hábitos de partilha de saliva -colheres, copos, chupeta, para prevenir colonização precoce de <i>Streptococcus Mutans</i>
TRATAMENTO DA CAVIDADE ORAL	O tratamento de todos os problemas dentários e periodontais dos pais e cuidadores deve ser preconizado para diminuir a colonização bacteriana patogénica
HIGIENE ORAL	A escovagem dentária duas vezes por dia associada à utilização de fio dentário permite um controlo do ambiente microbiano oral
DIETA	O esclarecimento sobre a cariogenicidade dos alimentos e bebidas, a frequência e <i>timing</i> de

	consumo permite o estabelecimento de hábitos alimentares corretos
FLÚOR	A utilização de dentífricos fluoretados associado a bochechos com colutório permite uma diminuição efetiva do risco de cárie
XILITOL	A utilização de Xarope (antes dos 4 anos) e pastilhas elásticas (após os 4 anos) com xilitol diminui o risco de transmissão de <i>Streptococcus Mutans</i>

Abordagem precoce dos pacientes com alterações do neurodesenvolvimento

Os pacientes com alteração do neurodesenvolvimento e famílias devem ser alvo de abordagem precoce no âmbito da Medicina Dentária por forma a serem estabelecidos programas de intervenção individualizados para cada caso.

ABORDAGEM PRECOCE DE PACIENTES COM ALTERAÇÕES DO NEURODESENVOLVIMENTO

8 recomendação para a saúde oral do bebé

CÁLCULO DE RISCO PARA SAÚDE ORAL Idealmente deve ser realizado até aos 6 meses de idade

ESTABELECIMENTO DA PERIODICIDADE DAS CONSULTAS Deve ser realizada com o nascimento do primeiro dente, o mais tardar até aos 12 meses.

PRIMEIRA CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA História médica, história dentária dos pais e da criança, exame oral, demonstração das técnicas de higiene oral. Estabelecimento do plano de prevenção. Referenciação

	<p>se necessário para intervenção especializada. Orientação sobre desenvolvimento oral e dentário, hábitos não nutritivos, erupção dentária, prevenção de traumatismos, instruções de higiene oral e aconselhamento dietético.</p>
ERUPÇÃO DENTÁRIA	<p>Tratamento dos sintomas com analgésicos orais e mordedores. O uso de anestésicos tópicos e alguns géis estão contraindicados e o seu uso deve ser desencorajado pela toxicidade .</p>
HIGIENE ORAL	<p>Implementar o mais tardar com o nascimento do 1º dente. Escovagem 2 vezes por dia realizada por um adulto com escova de tamanho apropriado e correta quantidade de dentífrico. Importância da higienização antes de deitar.</p>
DIETA	<p>Benefício do leite materno em detrimento das fórmulas. Amamentação superior a 7 vezes por dia em crianças com mais de 12 meses associada a aumento do risco de cárie precoce de infância.</p> <p>Importância da substituição do biberão pelo copo, riscos das bebidas açucaradas e da manutenção do biberão ou de alimentação durante a noite. Riscos</p>

	dos snacks açucarados frequentes.
FLÚOR	Idades inferiores a 3 anos-quantidade de dentífrico que não seja maior do que um grão de arroz. Idades superiores a 3 anos-quantidade de dentífrico no máximo igual a uma ervilha. Aplicação tópica profissional de flúor–no mínimo de 6 em 6 meses em crianças com alto risco de cárie. Flúor sistémico–suplementar se água com menos de 0,6 ppm de flúor.
PREVENÇÃO DE TRAUMATISMOS	Indicações sobre medidas de segurança, situações de risco e respetiva prevenção, nomeadamente cadeiras de automóvel, brinquedos, chupetas, cabos elétricos e sobre a atuação correta em caso de traumatismo. Importância dos protetores bucais.
HÁBITOS NÃO NUTRITIVOS	Deteção, explicação das consequências e aconselhamento sobre a idade e formas de abandono dos hábitos orais (dedo, chupeta, outros).
PREVENÇÃO DAS MALOCLUSÕES	O diagnóstico precoce de maloclusões em desenvolvimento proporciona intervenções terapêuticas atempadas.

Uma proposta para melhorar a atenção para pacientes com necessidades de cuidados especiais é o atendimento ao domicílio. Dessa forma, os pacientes têm maiores hipóteses de receber cuidados preventivos e de rotina apropriados.

Este tipo de atendimento oferece uma oportunidade de executar práticas preventivas individualizadas e reduz o risco da criança ou adolescente desenvolver doenças bucais passíveis de prevenção^{10,11}.

Consulta odontopediátrica de pacientes com perturbações do neurodesenvolvimento

A consulta de odontopediatria dos pacientes com perturbações do neurodesenvolvimento requer na generalidade dos casos maior tempo de consulta. Assim, é importante que os cuidadores refiram aquando da marcação da consulta que a criança tem necessidades especiais. Desta forma o tempo de marcação será maior e toda a equipa de Medicina Dentária estará preparada para receber da melhor forma o paciente.

A anamnese é uma etapa muito importante na consulta odontopediátrica e os cuidadores devem levar para a consulta todos os dados médicos da criança para responder a todas as questões colocadas pelo Médico Dentista. No quadro seguinte estão representados os dados importantes a aferir na anamnese. Sendo pacientes com uma patologia sistémica de base o Médico Dentista necessita de ter um conhecimento aprofundado sobre a mesma sob pena de poder agravar a condição médica durante o tratamento dentário.

ANAMNESE ¹²	
HISTÓRIA MÉDICA	Existência de intercorrências na gravidez; medicação materna durante a gravidez; duração da gestação; tipo de parto; patologias perinatais; doenças da infância; presença de patologias sistémicas; alterações de coagulação; hospitalizações; intervenções cirúrgicas; cuidados médicos de rotina; medicação crónica passada e atual; alergias farmacológicas; experiências anestésicas; imunizações.
HISTÓRIA FAMILIAR	Patologias sistémicas dos familiares diretos.
HISTÓRIA DENTÁRIA	Idade da erupção do primeiro dente; intercorrências aquando da erupção dentária;

	presença de hábitos não nutritivos; data do abandono dos hábitos não nutritivos; idade do início da dentição mista; consultas prévias; tratamentos dentários prévios; história de traumatismos; queixa atual.
HIGIENE ORAL	Idade em que a higiene oral foi iniciada; tipo de escova; tipo de dentífrico; periodicidade; uso de colutórios; uso de fio dentário; técnica de escovagem.
DIETA	Tipo e duração de amamentação; início da dieta pastosa; início da inclusão da criança na dieta familiar; hábitos alimentares; restrições alimentares; número e horário de refeições; frequência de ingestão de alimentos cariogénicos; tipo de alimentos cariogénicos; importância dos ácidos nas bebidas açucaradas, energéticas e desportivas.

Nestes pacientes é essencial a atualização em todas as consultas da história médica e se surgir qualquer dúvida o contacto com o pediatra ou médico assistente deve ser realizado antes do início dos tratamentos dentários.

O próximo passo na consulta odontopediátrica é a realização do exame extra-oral. A cabeça, a face e as estruturas do pescoço devem ser alvo de avaliação visual e palpação.

No que diz respeito à cabeça é importante aferir o tipo de crescimento craniano, a simetria, a zona de implantação do cabelo e orelhas.

Na face é importante analisar o aspeto e coloração da pele, a simetria e distanciamento dos olhos, forma do nariz e das narinas, coloração e forma dos lábios, relação de tamanho entre os três andares da face (terço superior, terzo médio e terzo inferior) e uma avaliação da articulação temporomandibular.

No pescoço é necessária a pesquisa de gânglios aumentados e/ou dolorosos e a palpação das glândulas salivares submandibular e sublingual.

Em seguida proceder-se-á ao exame intraoral. Neste exame serão avaliadas todas as estruturas intraorais: dentes, gengiva, palato, osso alveolar, vestibulo, músculos, língua, pavimento da língua.

Com a correta inspeção e com a utilização de meios auxiliares de diagnóstico adequados (ortopantomografia, radiografias apicais, bitewings) será possível ao Médico Dentista realizar uma correta avaliação do estado oral do paciente.

Com a realização dos exames anteriormente referidos é possível realizar o diagnóstico das patologias orais presentes e o plano de tratamento para o restabelecimento de um bom estado de saúde oral.

O Odontopediatra deve planejar o tratamento após um contacto prévio com a equipa que acompanha o paciente incluindo médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Quando necessário o médico deve ser consultado a respeito de medicamentos, sedação, anestesia geral e as limitações ou os cuidados especiais que podem ser requeridas, para garantir a segurança do atendimento odontológico. O Médico Dentista e a equipa sempre devem estar preparados para controlar uma emergência médica¹⁰.

Para além dos tratamentos curativos é de extrema importância a realização de um plano preventivo individualizado. Aliás o objetivo primordial deste capítulo é alertar todos os profissionais que estão envolvidos no tratamento dos pacientes com perturbações do neurodesenvolvimento da necessidade da realização de uma correta abordagem da saúde oral. Desta forma poder-se-á aspirar a intervenções unicamente baseadas na prevenção e em última análise na interceção nunca chegando ao patamar da intervenção. É importante salientar o papel da condição oral na manutenção de uma boa condição sistémica.

Para a realização de um plano preventivo individualizado é necessário o cálculo do risco de cárie que a criança apresenta. O risco de cárie deve ser avaliado periodicamente pois se existir alteração neste todo o plano preventivo deve ser alterado. O plano preventivo é baseado no risco para a cárie dentária, nas alterações da normalidade que o paciente apresenta na cavidade oral (alterações gengivais, periodontais, másoclusões, entre outras), na capacidade de execução da higiene oral, no controlo da dieta e no comportamento da criança.

No quadro seguinte está descrito os fatores que devem estar incluídos num plano de prevenção individualizado.

PLANO PREVENTIVO PARA A SAÚDE ORAL^{8,11}
Periodicidade das consultas.
Aplicação de medidas preventivas contra a cárie dentária- selantes de fissuras, aplicação tópica de flúor, aplicação de vernizes de flúor.
Aplicação de medidas preventivas para a saúde gengival e periodontal.
Especificações sobre a higiene oral- tipo de escova, dentífrico, utilização de colutórios, utilização de fio dentário, técnica de escovagem.
Formas de minimizar a colonização por <i>Streptococcus Mutans</i>- controlo mecânico, controlo da dieta, condicionamento do meio oral (utilização de antibacterianos tópicos e/ou sistémicos).

O plano preventivo deve ser entregue aos pais e se necessário aos outros cuidadores da criança. Se existirem atualizações estas devem ser sempre entregues aos responsáveis pelo paciente.

A intervenção médico-dentária em pacientes com alterações do neurodesenvolvimento

É importante consolidar a ideia de que uma grande percentagem destes pacientes pode e deve ser tratada em consultório dentário. Após a elaboração do plano de tratamento é obrigatório o preenchimento e a assinatura de um consentimento informado pelo responsável legal da criança¹¹. Todas as necessidades de tratamento devem ser explicadas aos pais assim como todos os riscos inerentes à execução do plano de tratamento.

O comportamento destes pacientes é difícil de prever e pode variar de uma consulta para a outra. A ansiedade e a falta de compreensão para o tratamento dentário são talvez os maiores óbices para a boa colaboração por parte destes pacientes. É importante lembrar que comportamentos resistentes podem pôr em risco a criança e os profissionais de saúde. Assim o uso de medidas de restrição física pode estar indicado. A possibilidade de utilização de medidas de restrição física deve estar registada no consentimento informado e deve ser explicada oralmente aos responsáveis. Assim, não se correrá o risco de existirem más interpretações sobre a utilização destas medidas que nunca devem ser punitivas, mas sim devem assegurar a segurança da criança e dos profissionais durante o tratamento dentário.

Muitas destas crianças não colaboram para o tratamento dentário convencional, podendo recorrer-se a técnicas não convencionais, mas já aceites na dentisteria pediátrica contemporânea, como é o caso das restaurações atraumáticas, que nos permitem controlar as lesões e realizar o seu acompanhamento até que seja possível realizar técnicas mais elaboradas. A impossibilidade de realizar preparações cavitárias tradicionais pode ser ultrapassada com as técnicas atraumáticas, permitindo controlar crianças que apresentam lesões múltiplas de cárie até à colocação da dentição permanente e maior facilidade de colaboração.

No quadro seguinte estão especificadas as características orais das patologias do neurodesenvolvimento mais comuns assim como o tipo de abordagem a ter na consulta odontopediátrica.

PATOLOGIA	CARACTERÍSTICAS ORAIS	ABORDAGEM
Síndrome Prader-Willi ¹³	Hipoplasia esmalte, cáries, má higiene oral, candidíase oral, fluxo salivar reduzido, saliva mucosa, erosão dentária.	Intervenção precoce; medidas preventivas; utilização de técnicas de abordagem de pacientes com alterações do espectro do autismo; técnicas de aumento da eficácia de escovagem;

		instruções de higiene oral escritas e com imagens; condicionantes anestésicas.
Anorexia, bulimia, desordem compulsiva de ingestão de alimentos ¹³	Erosão dentária, hipertrofia das parótidas, alterações salivares, prevalência de cárie pode estar aumentada	Controlos periódicos curtos; manutenção da estrutura dentária, medidas preventivas, controlo da dieta
PICA ¹³	Trauma dos tecidos moles, deficiências nutricionais, desgaste dentário	Controlos periódicos, manutenção da estrutura dentária, medidas preventivas
Esquizofrenia ¹³	Alterações salivares, aumento risco de cárie e doença periodontal, alterações musculares faciais por discinesia	Controlos periódicos, controlo da dieta, medidas de controlo de ansiedade, medidas preventivas, tratamento direcionado aos sintomas
Desordens obsessivo-compulsivas ¹³	Alterações salivares, desgaste dentário	Manutenção da estrutura dentária, regras de higiene oral definidas
Desordens bipolares ¹³	Higiene oral deficiente, dores faciais atípicas, xerostomia, prevalência aumentada de cárie, doença periodontal e candidíase	Limitar o efeitos da xerostomia, aumento da motivação para a higiene oral, tratamento da candidíase, medidas preventivas de profilaxia com flúor
Paralisia Cerebral ¹⁴⁻¹⁷	Prevalência aumentada de cárie, doença periodontal e	Programa preventivo personalizado, cuidados periódicos, controlo

	másoclusões, hiperplasia gengival, hipoplasia de esmalte xerostomia, higiene oral deficiente	gingivite, tratamento precoce lesões de cárie, controlo da dieta, medidas de higiene oral otimizadas, aconselhamento parental
Autismo ¹⁷⁻²⁰	Exacerbação dos problemas orais mais frequentes, traumatismos orais autoinfligidos, erosão dentária	Controlo do comportamento, controlo da dieta, controlos periódicos com objetivo de estabelecer rotinas, alteração das técnicas de higiene oral, aconselhamento parental
Síndrome X-frágil ²¹	Alterações faciais – hipoplasia do terço médio da face, protrusão mandibular, fenda palatina, mesiodens, hipomineralização, hipoplasia de esmalte, abrasão dentária, alteração tamanho das coroas, discrepâncias maxilomandibulares	Tratamento ortodôntico precoce, abordagem em função do grau de atingimento cognitivo, consultas de curta duração, manutenção da estrutura dentária
Síndrome alcoólica fetal ²²	Hipoplasia do maxilar, microdontia, hipoplasia de esmalte, fenda palatina	Plano preventivo individualizado, otimização higiene oral, tratamento ortodôntico precoce

Trissomia 21

Dada a grande variedade de especificidades orais da Síndrome de Down considerou-se a necessidade de apresentar esta patologia de forma isolada.

As características dentomaxilofaciais mais comuns desta patologia estão apresentadas na tabela seguinte²³⁻³⁶.

CARACTERÍSTICAS ORAIS DA SÍNDROME DE DOWN
Subdesenvolvimento do andar médio da face
Abóbada palatina baixa e estreita
Perfil plano ou prognatismo
Braquicefalia
Hiperflexibilidade e flacidez dos ligamentos
Incompetência labial
Tónus labial diminuído
Língua fissurada
Pseudomacroglossia
Alteração do controlo motor da língua
Agnesias dentárias (anodontia em casos raros)
Dentes supranumerários
Alteração da forma dos dentes (dentesconoides)
Defeitos do esmalte
Desgaste dentário acentuado
Implantação irregular dos dentes
Retenção prolongada dos dentes temporários
Prevalência de cárie dentária diminuída
Prevalência de doença periodontal aumentada
Prevalência aumentada de mordida aberta anterior
Prevalência aumentada de mordida cruzada anterior e posterior
Erupção atrasada da dentição temporária e definitiva
Prevalência de bruxismo muito elevada
Queilite angular
Maior prevalência de <i>Candida Albicans</i>

A abordagem na consulta de Medicina Dentária dos pacientes com síndrome de Down varia em função do grau de afetação do paciente. O comportamento da criança varia desde a colaboração total até à completa incapacidade de cooperar nos tratamentos dentários. Em função do comportamento poderá ou não ser possível o tratamento da criança em consultório dentário.

A primeira consulta de um paciente com esta patologia deve ser realizada muito precocemente, cerca dos 2 meses de idade. Assim, poderá ser feita uma avaliação precoce da posição da língua, a deteção de alterações e a possibilidade de realizar procedimentos que impeçam a progressão da postura incorreta da língua. É importante realçar que a macroglossia que se destaca nestas crianças, raramente é verdadeira, sendo uma pseudomacroglossia²³⁻²⁵. O crescimento craniofacial e os distúrbios oclusais podem ser acentuados pela interação entre a genética e fatores ambientais, tais como o aleitamento materno e hábitos orais (sucção da chupeta, dedo, onicofagia)^{30,31}. Assim, estas crianças têm uma maior prevalência de hábitos de sucção não nutritivos, uma vez que são menos amamentadas do que as crianças com desenvolvimento normal^{30,31}.

As crianças com trissomia 21 têm menor prevalência de cárie³³⁻³⁵. Este facto pode ser explicado pela maior preocupação dos pais na saúde oral, visita mais cedo ao Odontopediatra, presença de bruxismo, atraso de erupção de dentes decíduos e permanentes e pelo elevado número de diastemas observados nesta síndrome^{23,26,27}. A IgA é a imunoglobulina mais predominante na saliva e, previne a aderência microbiana no hospedeiro e indivíduos com síndrome de Down apresentam taxas de secreção de IgA e IgG diminuídas, podendo justificar a diminuição de prevalência de cárie nestas crianças³²⁻³³.

A doença periodontal tem início muito precoce e é a doença oral mais frequente nas crianças com trissomia 21, com efeito negativo na qualidade de vida destes pacientes^{23,24}. Os portadores desta síndrome apresentam uma higiene oral deficiente, sendo comum encontrar acumulação de placa bacteriana, gengivite e periodontite^{23,24}. A incidência aumentada de doença periodontal pode ser explicada pela alteração da função leucocitária, responsável pelos mecanismos de defesa nos tecidos periodontais, pela hipotonia muscular e suas consequências, pela flacidez da articulação dentoalveolar, pela falta de

compreensão das necessidades de higiene oral e destreza manual diminuída devidas ao déficit cognitivo^{23,24,28,36}. O sistema imunitário comprometido, com um número diminuído de células T, é característico da maioria dos portadores de trissomia 21, que contribui para um nível de infecções mais elevado e é também um dos fatores que justificam a alta incidência de doença periodontal^{23,24,28,36}.

A hipotonia geral do organismo, característica da trissomia 21, verifica-se também na face, com tendência para apresentar uma boca aberta e uma protrusão lingual que condiciona um vetor de força compressivo da maxila e conseqüente agravamento do subdesenvolvimento do andar médio da face. Conseqüentemente, todo o mecanismo de ventilação se altera, prejudicando as funções orais e todo o desenvolvimento do indivíduo. É importante estabelecer uma terapêutica de estimulação precocemente e o odontopediatra deve fazer parte da equipe que segue estas crianças, ajuizando em cada sobre a oportunidade de colocação de uma placa de estimulação.

O facto de muitas destas crianças apresentarem mordida cruzada anterior e/ou posterior, uni ou bilateral, parcial ou total, necessita de vigilância do desenvolvimento da oclusão de modo a prevenir, intercetar ou corrigir possíveis problemas. A disjunção da maxila é uma técnica que se tem mostrado útil para compensar o subdesenvolvimento maxilar apresentado, com benefícios na ventilação, na estética, no posicionamento lingual, entre outros. O estudo deve ser individualizado e um plano de tratamento específico realizado, com objetivos bem definidos.

Autismo

A prevalência das perturbações do espectro do autismo está a aumentar a nível global. Assim, considerou-se a necessidade de explicar a abordagem médico-dentária para os pacientes portadores desta patologia.

Em relação à saúde oral os portadores de autismo não apresentam diferenças significativas¹⁷. No entanto, o distúrbio do autismo pode exacerbar problemas de saúde oral nomeadamente, má higiene oral, cáries, doença periodontal, dor orofacial, xerostomia, hábitos parafuncionais e má nutrição^{17,37}. Os pacientes autistas têm rotinas rigorosas e preferem comidas moles e adocicadas e, devido à limitada coordenação na língua, tendem a armazenar a comida na boca em vez de engolir, aumentando o risco de cárie¹⁷. A educação dos

pais ou responsáveis por crianças autistas para a manutenção de uma higiene oral adequada assume assim um papel deveras importante¹⁷.

Os hábitos parafuncionais são frequentes e incluem bruxismo, interposição lingual, comportamentos de automutilação, como coçar a gengiva ou morder os lábios e objetos³⁷. Se for bem tolerado pela criança pode-se colocar um protetor oral^{17,37}.

Os traumatismos na cavidade oral também são mais frequentes devido a quedas, acidentes e comportamentos de automutilação que são característicos nestas crianças¹⁸.

Apresentam hiperplasia gengival devido ao uso do anti-epilético fenitoína. Outras manifestações orais menos frequentes podem ocorrer em consequência dos efeitos adversos da medicação tomada por estes pacientes, como a xerostomia, disgeusia, estomatite e glossite¹⁸. Estas crianças desenvolvem muitas vezes quadros de refluxo esofágico registando-se por vezes erosão dentária, devido ao contacto do ácido gástrico com as superfícies dentárias¹⁸.

Os pacientes autistas possuem múltiplos problemas médicos e de comportamento que tornam o tratamento dentário difícil^{17,38}. Tornam-se muitas vezes incapazes de cooperar no consultório devido à sua aumentada sensibilidade a sons, luzes, odores e cores, bem como elevadas dificuldades de interação, perceção e seguimento de instruções¹⁷. Devido ao difícil controlo destes pacientes no tratamento dentário e as dificuldades de higiene oral, muitas vezes são preferidas as extrações a tratamentos restauradores, o que implica muitas vezes a ausência de vários dentes na cavidade oral¹⁷. A abordagem destes pacientes é, por isso um processo que requer muito tempo e paciência^{17,38}.

O estabelecimento de rotinas é importante, sendo por isso necessário instituir precocemente cuidados de higiene oral e visitas periódicas ao médico dentista³⁸. O aconselhamento familiar sobre técnicas eficazes de controlo comportamental em casa é essencial para lidar com estes pacientes³⁸.

Acesso à Medicina Dentária

As crianças portadoras de patologias especiais representam muitas vezes um desafio que requer uma preparação especial do Médico Dentista e do seu pessoal auxiliar, de modo a que estes possam proporcionar os devidos cuidados

necessários da forma mais adequada possível^{39,40}. Aliado a isto, a ansiedade dos pais associada ao seu conhecimento das capacidades e limitações das crianças atrasa muitas vezes a prestação de serviços de saúde oral até que se verifique um desenvolvimento significativo da patologia oral^{39,40}.

De um modo semelhante, alguns profissionais de saúde podem também sentir-se desconfortáveis quanto à prestação desses serviços em crianças portadoras de determinadas patologias^{39,40}. Estes factos conjugados podem resultar numa diminuição dos cuidados de saúde oral disponibilizados, o que acaba por comprometer a criança^{39,40}.

O conhecimento das patologias e das condicionantes a elas inerentes poderá permitir um controlo dentário mais gratificante e eficaz uma vez que o Médico Dentista pode familiarizar-se com as necessidades da criança e com as preocupações dos pais^{39,40}.

A grande preocupação deve ser a melhoria do acesso à saúde oral e ao tratamento dentário para grupos com mais dificuldades no acesso a estes serviços^{39,40}.

Entre as principais barreiras reconhecidas em alguns estudos salientam-se a não concessão de seguros de saúde por parte das entidades seguradoras a crianças portadoras de patologias especiais, a má higiene oral que se verifica em crianças cuja capacidade de escovagem está comprometida, falta de conhecimento e treino adequado do Médico Dentista e o facto das crianças com problemas de saúde mais graves requererem mais tempo e esforço para serem tratadas^{39,40}.

A igualdade de acesso aos cuidados de saúde oral e a prestação de tratamentos especializados são importantes para o bem-estar geral de crianças portadoras de necessidades especiais e, a melhoria destes serviços passa por uma compreensão do contexto de saúde oral e pela formação do Médico Dentista acompanhados por uma boa relação deste com a criança e a família^{39,40}.

Muitos indivíduos com necessidades especiais dependem de auxílio governamental para pagar os cuidados médicos e dentários e a falta de acesso adequado e atempado aos serviços preventivos e de assistência terapêutica de

saúde oral pode aumentar a necessidade de cuidados e exacerbar dispendiosos problemas de saúde oral sistémica.

Em resumo, lembramos que a prevenção se inicia quando a criança nasce ou mesmo antes, ainda durante a gravidez. Medidas preventivas como aplicação tópica de flúor, selantes de fissuras controlo da dieta e visitas regulares ao dentista devem ser iniciadas assim que nasce o primeiro dente, em dentição temporária e não apenas aos seis anos, em dentição permanente, como aconteceu durante anos.

Se em qualquer criança estas mediadas são de elevada importância, nas crianças com problemas de desenvolvimento tornam-se ainda mais importantes devendo o médico generalista e o pediatra lembrar a importância deste facto para a saúde oral e geral destas pessoas.

A saúde oral perinatal deve ser incentivada e apoiada, e tornar-se o pilar mestre da prevenção em saúde oral, tornando-se a colaboração com a pediatria essencial.

BIBLIOGRAFIA

- 1- American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Definition of Special Health Care Needs, Reference Manual. 2008;33(6):16
- 2- American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of Special Health Needs Patient. *Pediatr Dent*. 2004;26(suppl):15
- 3- American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on Management of Dental Patients with Special Health Care Needs. *Pediatr Dent*. 2008-9;30(7):107-11
- 4- American Academy of Pediatric Dentistry. Special Patients. In: Nowak A, ed. *The Handbook*. 2nd ed. Chicago III: AAPD;1999:224
- 5- Badger GR. Caries incidence i child abuse and neglect. *Pediatr Dent* 1986;8:101-2

- 6- Thomas CW., Primosch RE. Changes in incremental weight and well-being of children with rampant caries following complete dental rehabilitation. *PediatrDent.* 2002;24:109-13
- 7- Jenny Gallagher and Sasha Scambler (2012). Disability and Oral Health, Learning Disabilities. Dr. WichianSittiprapaporn (Ed). ISBN:978-953-51-0269-4, Intech, available from: <http://www.intechopen.com/books/learning-disabilities/disability-and-oral-health>
- 8- American Academy of Pediatric Dentistry. Guidelines on Infant Oral Health Care. *ClinicalGuidelines. Reference Manual 2014.*36(6):141-5
- 9- OlatosiO.O., Inem V., SofoleO.O., Prakash P., SoteE.O. The prevalence of early childhood caries and its associated risk factors among preschool children referred to a tertiary care institution. *Niger J ClinPract*2015;18:493-501
- 10-Nowak AJ. Patients with special health care needs in pediatric dental practices. *Pediatr Dent.* 2002;24:227-8
- 11-American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on dental home. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):18-19
- 12-American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Management of Dental Patients with Special Health Care Needs. *ClinicalGuidelinesReference Manual 2014.*36(6):161-6
- 13-Dougall A., Fiske J. Access to special care dentistry, part 6. Special care dentistry services for young people. *BrDent J* 2008;205(5):235-9
- 14-Carvalho RB., Mendes RF., Prado RRJr, Moita Neto JM. Oral health and oral motor function in children with cerebral palsy. *SpecCareDentist.* 2011;31(2):58-62
- 15-Dougherty NJ. A review of cerebral palsy for the oral health professionals. *DentClin N Am.* 2009;53:329-38
- 16- Guerreiro PO, GarciasGL. Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2009;14(5):1939-46

- 17-Jaccarino J. Treating the special needs patients with developmental disability: cerebral palsy, autismo and Down syndrome. *The Dental Assistant* 2009;78(6):7-8,10-11,34-36
- 18-Friedlander A *et al.* The neuropathology, medical management and dental implication of autismo. *JADA* 2006;137(11):1517-27
- 19-Charles J. Dental care in children with developmental disabilities: attention deficit disorder, intelectual disabilities and autismo. *J DentChild* 2010;77(2):84-91
- 20-Loo CY *et al.* Behaviour guidance in dental treatment of patients with autismo spectrum disorder. *Int J Paed Dent* 2009;19:390-98
- 21-Ridaura-Ruiz L., Quinteros-Borgarello M., Berini-Aytés L., Cay-Escoda C. FragileX-syndrome:literaturereviewand reporto f two cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009 Sep 1;14(9):e434-39
- 22-Jackson IT., Hussain K. Craniofacial and oral manifestations of fetal alcohol syndrome. *PlastReconstrSurg* 1990 Apr;85(4):505-12
- 23-Macho V., Seabra M., Pinto A., Soares D., Andrade C. Alterações craniofaciais e particularidades orais na trissomia 21. *AtaPediatrPort* 2008;39(5):190-4
- 24-Macho V., Coelho A., Areias C., Macedo P., Andrade C. Craniofacial features and specific oral characteristics of Down syndrome. *Oral Healthand Dental Management* 2014;13(2):408-11
- 25-Macho V., Andrade C., Areias C., Coelho A., Melo P. Comparative study of the prevalence of occlusal anomalies i Down syndrome and their siblings. *Brit J Med&MedRes* 2014;4(35):5604-11
- 26-Macho V., Seabra M., Areias C., Andrade C. Comparação dos cuidados de saúde oral numa população com trissomia 21 e seus irmãos. *JADASet-Out* 2009;18(5):
- 27-Areias C., Macho V., Coelho A., Pereira L., Andrade C., Pérez-Mongiovi D., Sampaio-Maia B. Enfoque clínico de niñoscon síndrome de Down enel consultório dental. *Avances enodontostomatologia* 2014
- 28-Abanto J., Ciamponi AL., Francischini E., Murakami C., Rezende NP., Gallottini M. Medical problems and oral care of patients with Down syndrome: a literature review. *SpecCareDentist*2011;31:197-203

- 29-Shore S, Lightfood T., Ansell P. Oral disease in children with Down syndrome: causes and prevention. *CommunityPract*2010;83:18-21
- 30-Oliveira AE., Paiva SM., Campos MR., Czeresnia D. Factors associated with malocclusions in children and adolescents with Down syndrome. *Am J OrthodDentofacialOrthop*2008;133:489.e 1-8
- 31-Oliveira A., Prodens I, Torres C., Martins M., Paiva S. Feeding and nonnutritive sucking habits and prevalence of open bite and crossbite in children/adolescentes with Down syndrome. *AngleOrthod*2010;80:748-53
- 32-Areias C., Sampaio-Maia B., Guimarães H., Melo P., Andrade C. Cariesinportuguese Down syndromechildren. *Clinicis* 2011;66(7):1183-1186
- 33-Areias C., Sampaio-Maia B., Macho V., Leal I., Melo P., Andrade C. Does the chemistry in the saliva of Down syndrome children explain their low cáries prevalence? *Eur J PaediatrDent* 2013 Mar;14(1):23-6
- 34-Areias C., Sampaio-Maia B., Pereira L., Teixeira A., Andrade C. S. Mutans and cáries inPortuguese Down syndromechildren. *Clinics* 2012;67(9):1007-11
- 35-Macho V., Palha M., Macedo P., Andrade C. Comparative study between dental cáries prevalence of Down syndrome children and their siblings. *SpecCareDent* 2013 Jan;33(1):2-7
- 36-Oredugha FA. Oral health condition and treatment needs of a group of Nigerian individuals with Down syndrome. *DownsSyndrResPract*2007;12:72-6
- 37-Jaber M. Dental cáries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autismo. *J Appl Oral Sci* 2011;19(3):212-13
- 38-Gandhi RP., Klein U. Autism spectrum disorders: an update on oral health management. *J EvidBasedDentPract*2014;14:115-26
- 39-Sigal A. Time to improve access to oral health care for persons with special needs. *J CanDentAssoc* 2009;75(7):517-19
- 40-Silva Z *et al.* Avaliação do perfil dos pacientes com necessidades especiais da clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da PURCS. *RevOdontol Ciência* 2005;20(50):313-18

