

Ana Cristina Oliveira¹
Dina Czeresnia^{II}
Saul Martins Paiva¹
Mônica Rodrigues Campos^{II}
Efigênia Ferreira Ferreira¹

Uso de serviços odontológicos por pacientes com síndrome de Down

Utilization of oral health care for Down syndrome patients

RESUMO

OBJETIVO: Tendo como perspectiva a prática da integralidade, o objetivo do estudo foi analisar os fatores relacionados à atenção odontológica recebida por crianças e adolescentes com síndrome de Down.

MÉTODOS: Foi realizado um estudo transversal com 112 pares de mães com filhos sindrômicos de 3 a 18 anos, recrutados em ambulatório de genética de um hospital público, sem atendimento odontológico local, no Rio de Janeiro (RJ), 2006. Os dados foram coletados por meio de um questionário aplicado às mães e do exame bucal dos filhos. Para análise dos dados utilizou-se a regressão logística múltipla. Analisou-se a “atenção odontológica da criança ou adolescente com síndrome de Down”, em função de características demográficas, socioeconômicas e comportamentais.

RESULTADOS: A maioria dos sindrômicos (79,5%) já tinha ido pelo menos uma vez ao dentista (IC 90%: 72,3; 87,8). A experiência odontológica das crianças foi associada às variáveis: mães que afirmaram receber orientação de algum profissional, que assiste seu filho, para que o levasse ao dentista (OR=6,1 [2,5; 15,1]), crianças/adolescentes com história prévia de cirurgia (OR=2,5 [0,9; 7,1]) e idade entre 12 e 18 anos (OR=13,1 [2,0; 86,9]).

CONCLUSÕES: A atenção odontológica recebida pelas crianças e adolescentes com síndrome de Down foi relacionada à orientação dos profissionais de saúde que os assistem, caracterizando um atendimento integral por parte da equipe de saúde.

DESCRITORES: Síndrome de Down. Saúde Bucal. Assistência Odontológica para Pessoas Portadoras de Deficiências. Assistência Integral à Saúde. Estudos Transversais.

¹ Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Ana Cristina Oliveira
Faculdade de Odontologia da UFMG
Av. Antônio Carlos, 6627 - Campus Pampulha
31270-901 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: anacboliveira@yahoo.com.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: From a perspective of comprehensive care, the purpose of the study was to evaluate factors associated to dental care provided to Down syndrome children and adolescents.

METHODS: A cross-sectional study was carried out including 112 pairs of mothers/Down syndrome children aged between 3 and 18 years who attended a public hospital genetics clinic in Rio de Janeiro, Southeastern Brazil, in 2006. Dental care was not provided at the clinic. Data were collected through a questionnaire administered to the mothers and oral examinations of their children. Multiple logistic regression was used for data analysis. The dependent variable was “dental care of the Down syndrome child or adolescent” and the independent variables included demographic, socioeconomic and behavioral characteristics.

RESULTS: Most children (79.5%) had had at least one dental visit (90% CI: 72.3; 87.8). Dental experience of the children was associated to the following variables: mothers who reported being advised by their children’s health provider to take them to the dentist’s (OR=6.1 [2.5; 15.1]); children with prior history of surgery (OR=2.5 [0.9; 7.1]); and age between 12 and 18 years (OR=13.1 [2.0; 86.9]).

CONCLUSIONS: Dental care provided to Down syndrome children and adolescents was associated to advice given by their health providers, a part of comprehensive care.

DESCRIPTORS: Down Syndrome. Oral Health. Dental Care for Disabled. Comprehensive Health Care. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Down ou Trissomia do 21 representa a anomalia cromossômica mais comum da espécie humana. Nos últimos anos houve um grande progresso no tratamento físico e mental de crianças com essa síndrome, resultando em um significativo aumento na sobrevivência e maior integração à sociedade.¹⁸ A saúde bucal representa um aspecto importante para a inclusão social de pessoas com deficiência.¹⁰ Raramente as doenças bucais e as malformações orofaciais acarretam risco de morte, entretanto, causam quadros de dor, infecções, complicações respiratórias e problemas mastigatórios. Do ponto de vista estético, características como mau hálito, dentes mal posicionados, traumatismos, sangramento gengival, hábito de ficar com a boca aberta e ato de babar podem mobilizar sentimentos de compaixão, repulsa e/ou preconceito, acentuando atitudes de rejeição social.

A equipe de profissionais envolvida no cuidado à criança com síndrome de Down deve considerar o papel da odontologia na conquista de melhores condições de vida para esta parcela da população. A saúde bucal ainda é vista com baixa prioridade quando comparada aos cuidados médicos dedicados ao indivíduo acometido pela síndrome. Conforme ressaltaram Kaye et al¹⁰ (2005), não é aconselhável que os profissionais que cuidam de

pacientes com síndrome de Down deixem os problemas ligados à cavidade bucal em segundo plano.

Uma prática de trabalho multidisciplinar vai ao encontro da discussão da integralidade na atenção e do cuidado do usuário dentro dos programas de saúde. A integralidade representa um atributo importante a ser considerado na avaliação da qualidade do cuidado e dos serviços e sistemas de saúde. Defender esse atributo significa buscar práticas de saúde em que os profissionais se relacionem com sujeitos, e não com objetos.^{5,12}

A idéia de garantir serviços de saúde integrais surgiu a partir da expansão das políticas sociais e dos sistemas de saúde ainda na primeira metade do século XX, tendo a criação do *National Health Service* (NHS), no Reino Unido, como o exemplo mais representativo desta nova concepção de serviços de saúde. No Brasil, a integralidade surgiu quando passou a fazer parte das propostas da reforma sanitária, no início dos anos 80 e incluída em programas de saúde, até ser incorporada como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).^{6,15}

Integralidade, universalidade, equidade, participação social e descentralização são princípios do SUS, previstos no artigo 198 da Constituição de 1988 e

no Artigo 7.º do Capítulo II da Lei nº 8.080/1990. O princípio da integralidade^a propõe que “o SUS deve oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade”.

A integralidade é um valor a ser defendido em todas as práticas de saúde, e não apenas naquelas pertencentes ao SUS.^{12,15} Para isso, é essencial que os serviços ofereçam ações articuladas de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação.^{6,15}

No que diz respeito à odontologia, a integralidade pode ser dividida em quatro dimensões. A primeira considera a integralidade das pessoas, definindo o conceito de boca como parte de um todo, o corpo. A segunda trata do atendimento integral, em que as pessoas devem ser atendidas em todas as suas necessidades de saúde, inclusive odontológicas. A terceira refere-se à integração dos serviços de saúde, onde a organização dos serviços depende de saberes de diferentes disciplinas, da regionalização das unidades na formação de um sistema de saúde local. A quarta dimensão é a intersetorialidade, vista como um pilar fundamental da integralidade.

Considerando-se as diversas manifestações sistêmicas e bucais presentes na síndrome de Down, é primordial que a população acometida seja assistida de forma integral pela equipe de saúde, incluindo a atenção odontológica. Tendo como perspectiva a prática da integralidade do atendimento, o presente estudo teve por objetivo analisar os fatores relacionados à atenção odontológica recebida por crianças e adolescentes com síndrome de Down.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal com amostra de conveniência composta por crianças e adolescentes com síndrome de Down na faixa etária entre 3 a 18 anos, e suas mães. Eles foram recrutados em ambulatório de genética médica de um hospital materno-infantil na cidade do Rio de Janeiro, assistindo pacientes de vários estados brasileiros. Essa unidade hospitalar não conta com um serviço de atendimento odontológico local. Os dados foram coletados entre 11 de setembro e 30 de outubro de 2006.

Um questionário estruturado foi aplicado às mães para investigar a atenção odontológica ao sindrômico, com a pergunta: “Seu filho já foi ao dentista?”. Além disso, foram registrados aspectos econômicos, características demográficas e informações sobre o fato dessas mães já

terem sido orientadas por algum profissional que cuida, ou já cuidou, do seu filho, quanto ao fato de levá-lo ao dentista. As variáveis independentes foram: hábito de bruxismo, história prévia de cirurgia, prevalência de infecções das vias aéreas superiores nos últimos seis meses e percepção sobre a estética dos dentes do filho. A classificação econômica foi feita com base no Critério de Classificação Econômica Brasil,^b agrupada em classe mais favorecida economicamente (composto pelas classes B e C) e menos favorecida (classes D e E). Nenhum participante foi classificado como pertencente à classe A.

O exame clínico bucal foi realizado por uma das autoras (ACO) auxiliada por uma anotadora. O exame foi realizado sob luz artificial, com o auxílio de espelho clínico bucal e sonda periodontal IPC (*Community Periodontal Index*), preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).¹³ Foram observadas: presença de maloclusão, de lesões de cárie dentária e a qualidade da higiene bucal das crianças/adolescentes.

O diagnóstico de cárie dentária foi baseado nos critérios clínicos estabelecidos pela OMS ao se identificar a ausência ou presença de pelo menos uma lesão de cárie dentária.¹³ A existência de maloclusão foi diagnosticada com base em estudos anteriores:^{7,8,13} indivíduos diagnosticados com pelo menos um caso de mordida em topo, mordida cruzada posterior/anterior, mordida profunda, mordida aberta anterior ou sobressaliência. A higiene bucal foi avaliada por meio do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).⁹ Para a classificação do IHOS, cada superfície recebe um código de zero a três para placa e para cálculo dentário. O resultado final do IHOS é dado a partir da soma dos códigos de cada dente dividida pelo total de dentes examinados (Tabela 1). Quando identificada como “satisfatória” ou “regular”, a higiene bucal foi considerada “suficiente” e quando diagnosticada como “deficiente” e “muito ruim” foi classificada como “não suficiente”.

A amostra foi composta pelas mães que concordaram com a realização do exame clínico do filho e em responder o questionário, na forma de entrevista. Dentre as convidadas para o estudo, quatro mães não concordaram em participar. As justificativas fornecidas por elas foram: falta de tempo, desinteresse e recusa total da criança para ser examinada. O exame e a entrevista foram realizados em uma das salas de atendimento do ambulatório, após a mãe assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. O total da amostra foi constituída por 112 pares de mães/filhos com síndrome de Down. Enquanto aguardavam para a consulta médica do filho, as mães receberam uma explicação prévia sobre o estudo.

^a O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. Ministério da Saúde; 2004. [citado 2006 mai 22]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/portal/saude>

^b Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. Critério de Classificação Econômica Brasil. [citado 2006 fev 25]. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf

Tabela 1. Critérios diagnósticos e códigos usados no Índice de Higiene Oral Simplificado.

Critério para placa	Código	Critério para cálculo dentário	Código
Inexistência de placa	0	Inexistência de cálculo	0
Pouca placa, menos de 1/3 da superfície dental coberta	1	Pouco cálculo, menos de 1/3 da superfície dental coberta	1
Placa cobrindo mais que 1/3 e menos de 2/3 da superfície dental	2	Cálculo cobrindo mais de 1/3 e menos de 2/3 da superfície dental	2
Placa cobrindo mais de 2/3 da superfície dental	3	Cálculo cobrindo mais de 2/3 da superfície dental	3
Dente índice e substituto inexistente	X	Dente índice e substituto inexistente	X
1 - 0 a 1 (Satisfatória); 2 - 1,1 a 2 (Regular)		3 - 2,1 a 3 (Deficiente); 4 - a partir de 3,1 (Muito ruim)	

Fonte: Greene & Vermillion,⁹ 1964

Previamente ao estudo principal, foram realizados: calibração intra-examinadora, teste/re-teste do questionário e estudo piloto. A concordância diagnóstica intra-examinadora foi avaliada como muito boa, uma vez que os valores de kappa encontrados foram: maloclusão (0,86), cárie (0,90) e IHOS (0,87). Na validação interna do questionário, os resultados de concordância encontrados para as variáveis analisadas evidenciaram valores de kappa entre 0,74 e 1,00, considerados muito bons.¹⁴

Os dados foram analisados utilizando-se o *software* SPSS (v.12.0). Após cálculo da distribuição de frequência utilizou-se o teste do qui-quadrado ($p < 0,10$) para avaliar o relacionamento entre a variável dependente e as variáveis independentes. A fim de identificar o impacto independente de cada variável estudada, foi realizada a análise de regressão logística múltipla. As variáveis independentes foram inseridas no modelo logístico de modo decrescente conforme sua significância estatística ($p < 0,20$, *stepwise backward procedure*).⁴

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e do Instituto Fernandes Figueira (IFF), ambos da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

RESULTADOS

Das crianças estudadas, 79,5% tinham ido ao menos uma vez ao dentista (IC 90% [72,3-87,8]), 79% pertenciam à classificação econômica menos favorecida. A idade média dos indivíduos com síndrome de Down era de 8 anos (± 4 anos), 54% era do sexo masculino e 46% do sexo feminino. A idade média das mães era de 41 anos (± 8 anos), 60 delas (54%) possuíam oito anos ou mais de estudo. No exame clínico foram identificados 83 (74%) crianças ou adolescentes com maloclusão e 41 (37%) com pelo menos um dente com lesão de cárie dentária. A higiene bucal foi classificada como suficiente em 97 casos (87%).

A Tabela 2 mostra o resultado da análise bivariada. Foram variáveis associadas estatisticamente com a atenção odontológica das crianças e adolescentes com síndrome de Down ($p < 0,10$): idade ($p = 0,031$), hábito de bruxismo ($p = 0,035$), história prévia de cirurgia

($p = 0,053$), orientação profissional para que a mãe levasse o filho com síndrome de Down ao dentista ($p = 0,000$) e presença de lesão de cárie dentária ($p = 0,082$).

Os resultados da regressão logística múltipla são apresentados na Tabela 3. Independentemente das demais variáveis analisadas no modelo, mães que afirmaram ter recebido orientação de algum profissional que assiste seu filho com síndrome de Down para que o leve ao dentista apresentaram aproximadamente seis vezes mais chance de terem a criança no grupo de síndromicos com experiência odontológica (OR=6,1 [IC 90%: 2,5;15,1]). A variável “história prévia de cirurgia” evidenciou que aqueles indivíduos com síndrome de Down, cujas mães relataram que os mesmos já haviam sido submetidos a alguma cirurgia apresentaram 2,5 vezes mais chance de já terem ido ao dentista (OR=2,5 [0,9; 7,1]). A idade das crianças/adolescentes manteve-se associada à atenção odontológica após ajuste pelas variáveis do modelo, indicando que os síndromicos na entre 12 e 18 anos possuem cerca de 13 vezes mais chance de já terem recebido algum atendimento odontológico (OR=13,1 [2,0; 86,9]).

DISCUSSÃO

A indisponibilidade de um banco de dados nacional, estadual ou municipal caracterizando a população acometida pela síndrome de Down dificulta a obtenção de uma amostra representativa de crianças e adolescentes com a síndrome. Esse fato justificou o uso de uma amostra de conveniência para descrever aspectos importantes do grupo em questão, não sendo possível extrapolar os resultados encontrados para outras populações.^{10,17} A validação interna do estudo foi assegurada pelas fases de teste/re-teste do questionário e calibração intra-examinadora, que apresentaram boa concordância no teste kappa.¹⁴

Semelhantemente aos achados de outros estudos,^{3,10} o presente estudo mostrou que a maior parte das crianças e adolescentes já tinha sido submetida a alguma avaliação odontológica em determinado momento de suas vidas. Das 42 crianças mato-grossenses com síndrome de Down até cinco anos de idade analisadas por

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa das variáveis independentes de crianças e adolescentes com síndrome de Down e suas mães segundo atenção odontológica. Rio de Janeiro, RJ, 2006. (N=112)

Variável	Atenção odontológica			Valor p*	Odds ratio bruto[IC]
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (100%)		
Criança/adolescente					
Idade (anos)					
3-6	32 (68,1)	15 (31,9)	47	0,031**	
7-11	23 (76,7)	7 (23,3)	30		-
12-18	34 (97,1)	1 (2,9)	35		
Sexo					
Feminino	43 (82,7)	9 (17,3)	52	0,431	1,45
Masculino	46 (76,7)	14 (23,3)	60		[0,57;3,70]
Hábito de bruxismo					
Não	49 (87,5)	7 (12,5)	56	0,035	2,8
Sim	40 (71,4)	16 (28,6)	56		[1,04;7,47]
História prévia de cirurgia					
Sim	39 (88,6)	5 (11,4)	44	0,053	2,8
Não	50 (73,5)	18 (26,5)	68		[0,95;8,23]
Presença de lesão de cárie dentária					
Não	60 (84,5)	11 (15,5)	71	0,082	2,25
Sim	29 (70,7)	12 (29,3)	41		[0,89;5,72]
Presença de maloclusão					
Sim	68 (81,9)	15 (18,1)	83	0,275	1,72
Não	21 (72,4)	8 (27,6)	29		[0,64;4,63]
Higiene bucal					
Suficiente	78 (80,4)	19 (19,6)	97	0,506**	1,49
Não suficiente	11 (73,3)	4 (26,7)	15		[0,42;5,20]
Mãe					
Classe econômica					
Mais favorecida	19 (79,2)	5 (20,8)	24	0,968	0,97
Menos favorecida	70 (79,5)	18 (20,5)	88		[0,32;2,97]
Escolaridade (anos de estudo)					
≥ 8 anos	50 (83,3)	10 (16,7)	60	0,276	1,66
< 8 anos	39 (75)	13 (25)	52		[0,66;4,20]
Percepção da mãe sobre a estética bucal do filho					
Satisfatória	65 (83,3)	13 (16,7)	78	0,125***	2,08
Não satisfatória	24 (70,6)	10 (29,4)	34		[0,80;5,37]
Orientação profissional para levar o filho ao dentista					
Sim	66 (89,2)	8 (10,8)	74	0	5,38
Não	23 (60,5)	15 (39,5)	38		[2,01;14,34]

* Teste qui-quadrado (nível de significância de 10%)

** Teste de Fisher (uma célula com valor < que 5)

*** Variável selecionada para o modelo de Regressão Logística Múltipla (p < 0,20)

Araújo³ (2000), 85% delas já possuíam alguma experiência odontológica. Ao estudar 127 adultos (entre 20 e 29 anos) com síndrome de Down na Inglaterra, Kaye et al¹⁰ verificaram que 92% da amostra dos indivíduos estudados já tinha ido ao dentista.

A análise bivariada identificou que as variáveis “idade”, “hábito de bruxismo”, “história prévia de cirurgia”, “orientação profissional para que a mãe levasse o filho

com síndrome de Down ao dentista” e “presença de lesão de cárie dentária” foram associadas estatisticamente ao fato da criança ou adolescente já ter sido submetido a alguma consulta odontológica. Contudo, o relato de uma das mães sobre o hábito de bruxismo no filho e o diagnóstico de pelo menos uma lesão de cárie dentária não foram mantidas no modelo de regressão logística após o ajuste final. A escolaridade materna e a classe econômica não se associaram à experiência

Tabela 3. Modelo de regressão logística múltipla da atenção odontológica das crianças/adolescentes com síndrome de Down. Rio de Janeiro, RJ, 2006. (N=112)

Categoria	OR ajustado [IC 90%]	p*
Teve orientação profissional para levar o filho ao dentista	6,1 [2,5;15,1]	0,001
Com história prévia de cirurgia	2,5 [0,9;7,1]	0,136
Idade 12-18 anos	13,1 [2,0;86,9]	0,026

* Nível de significância de 10%

odontológica das crianças; provavelmente porque as mães desses pacientes com síndrome de Down podem recorrer aos serviços odontológicos públicos direcionados ao atendimento de pacientes especiais na cidade do Rio de Janeiro. Mesmo não havendo cirurgiões-dentistas em seu quadro de atendimento, o hospital divulga para os pais ou responsáveis esses serviços públicos de assistência odontológica especializada.

Para alguns autores, acometimentos presentes na cavidade bucal de pessoas com síndrome de Down podem comprometer sua rotina de vida, provocando problemas de saúde, alterações comportamentais e dificuldade de interação social.^{3,10} Esse fato fortalece a questão da abordagem do profissional de saúde não ser restrita à sua especialidade, devendo dimensionar fatores de risco à saúde e conseqüentemente, executar ações preventivas. Ao exercer uma prática de trabalho atenta a identificar as necessidades de saúde apresentadas pelo usuário, o profissional passa a exercer um atendimento integral, evitando uma visão reducionista e fragmentária do paciente.⁵

Na análise da regressão logística, a permanência no modelo da variável “orientação profissional para levar o filho ao dentista” sugere uma influência dos profissionais de saúde sobre as mães de pacientes com síndrome de Down quanto aos cuidados direcionados aos seus filhos. O grupo de mães que afirmou ter recebido orientação de algum profissional que cuida ou já tenha cuidado de seu filho com síndrome de Down apresentou seis vezes mais chance de já o ter levado ao dentista. As crianças e adolescentes com síndrome de Down são pacientes comuns dos consultórios médicos, daí a importância desses profissionais estarem sempre atentos ao cuidado integral do paciente, fornecendo todas as informações necessárias ao cuidador. Em um estudo conduzido na França com 161 pais de crianças trissômicas, verificou-se que esses pais relataram utilizar 20 vezes mais um serviço médico especializado que um serviço odontológico para seus filhos.² Para Allison et al (2000),² esse comportamento pode refletir a não compreensão dos pais sobre a importância do cuidado com a saúde bucal das crianças com síndrome de Down quando obrigados a lidar com problemas médicos que requerem cuidados freqüentes.

A associação da variável “história prévia de cirurgia” à experiência odontológica da criança ou adolescente

pode estar indiretamente relacionada à variável “orientação profissional para levar o filho ao dentista”. De acordo com Ceccim & Feuerwerker⁵ (2004), o atendimento do profissional de saúde não deve ser restrito à assistência curativa: o cuidador precisa dimensionar os fatores de risco à saúde e, por conseguinte, executar ações preventivas.

A chance de ter alguma experiência odontológica aumentou com a idade, independentemente dos demais aspectos analisados, conforme esperado.¹⁶ Com o avanço da idade, as alterações dentárias comuns à síndrome de Down podem provocar intercorrências que necessitarão da intervenção do dentista, na maior parte curativas. Em estudo longitudinal de sete anos na Suécia Agholme et al¹ (1999) constataram o desenvolvimento e agravamento da doença periodontal com adolescentes trissômicos.

Vários problemas dentários associados à síndrome de Down podem ser eliminados ou minimizados em pacientes assistidos pelo dentista ainda na fase de dentição decídua. Segundo Conill⁶ (2004), na perspectiva da integralidade, não se pode desconsiderar o significado que recomendações de cunho preventivo podem ter na vida das pessoas. Muitas vezes, um problema dentário pode ser evitado caso o paciente receba cuidados preventivos antes da instalação ou agravamento.

A prática da integralidade não se traduz apenas ao desenvolvimento de protocolos ou rotinas capazes de identificar e oferecer ações preventivas não solicitadas diretamente pelas pessoas que procuram pelos serviços de saúde. O profissional voltado para o atendimento integral precisa compreender o contexto de vida do indivíduo que busca cuidado. A partir de seu conhecimento técnico, esse profissional deve adotar um olhar que identifique as necessidades preventivas e assistenciais do usuário no contexto de cada consulta.¹² Por articular os processos de trabalho e formação de todos os trabalhadores de saúde, a integralidade é um princípio que não atende apenas a uma dada profissão e/ou especialidade.

O profissional precisa estar ciente da necessidade de informação do cuidador sobre os fatores de risco de doenças e/ou acometimentos à criança. A partir da abordagem integral, o profissional mostra ampla compreensão das necessidades da criança, englobando as ações de assistência e de prevenção de sofrimentos futuros. De acordo com Machado et al¹¹ (2007), a discussão sobre integralidade perpassa pela formação profissional e educação permanente, estimulando o trabalho em equipe e favorecendo o diálogo entre os profissionais de saúde. É nesse ponto que as práticas de saúde direcionadas para uma formação centrada na atenção à saúde ganham força para concretizar a um atendimento integral das pessoas.

A integralidade vem sendo incorporada à consciência crítica dos profissionais de saúde. Não basta, no entanto, que esses profissionais possuam um olhar atento

e capaz de apreender as necessidades do usuário se a população não tem condições de acesso a um sistema com cuidados integrais. Embora o estudo tenha identificado alto percentual de crianças e adolescentes com síndrome de Down com atenção odontológica, o fato desses pacientes já terem ido ao dentista não significa, necessariamente, que tenham recebido atenção odontológica integral e contínua. Muitas vezes acontece apenas a resolução imediata do problema que levou à consulta, e não um atendimento odontológico composto por procedimentos preventivos e curativos que visem

suprir todas as necessidades pertinentes à saúde bucal daqueles pacientes. Conforme ressaltaram Machado et al¹¹ (2007), a existência de problemas ligados ao acesso e referência de algumas especialidades e serviços comprometem e prejudicam o princípio da integralidade como uma dimensão do cuidar.

Em conclusão, a atenção odontológica recebida pelas crianças e adolescentes com síndrome de Down foi influenciada, além da idade, pela postura dos profissionais que as assistem, mostrando a importância desses cuidadores atuarem com uma prática de atendimento integral.

REFERÊNCIAS

1. Agholme MB, Dahllöf G, Modeér T. Changes of periodontal status in patients with Down syndrome during a 7-year period. *Eur J Oral Sci.* 1999;107(2):82-8. doi:10.1046/j.0909-8836.1999.eos107202.x
2. Allison PJ, Hennequin M, Faulks D. Dental care access among individuals with Down syndrome in France. *Spec Care Dentist.* 2000;20(1):28-34. doi:10.1111/j.1754-4505.2000.tb00007.x
3. Araújo NCBI. Prevalência de cárie dentária em crianças portadoras de síndrome de Down na faixa etária de 0 a 60 meses. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 2000;3(12):147-57.
4. Austin PC, Tu JV. Automated variable selection methods for logistic regression produced unstable models predicting acute myocardial infarction mortality. *J Clin Epidemiol.* 2004;57(11):1138-46. doi:10.1016/j.jclinepi.2004.04.003
5. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica.* 2004;20(5):1400-10. doi:10.1590/S0102-311X2004000500036
6. Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad Saude Publica.* 2004;20(5):1417-23. doi:10.1590/S0102-311X2004000500038
7. Frazão P, Narvai PC, Latorre MRDO, Castellanos RA. Are severe occlusal problems more frequent in permanent than deciduous dentition? *Rev Saude Publica.* 2004;38(2):247-54.
8. Frazão P, Narvai PC, Latorre MRDO, Castellanos RA. Prevalência de oclusopatia na dentição decídua e permanente de crianças na cidade de São Paulo, Brasil, 1996. *Cad Saude Publica.* 2002;18(5):1197-1205.
9. Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc.* 1964;68:7-13.
10. Kaye PL, Fiske J, Bower EJ, Newton JT, 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(9):571-8. doi:10.1038/sj.bdj.4812305
11. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Cienc Saude Coletiva.* 2007;12(2):335-42. doi:10.1590/S1413-81232007000200009
12. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica.* 2004;20(5):1411-6. doi:10.1590/S0102-311X2004000500037
13. Organização Mundial de Saúde. Levantamentos básicos em saúde bucal. 4 ed. São Paulo: Santos; 1999.
14. Peres MA, Traebert J, Marcenos W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. *Cad Saude Publica.* 2001;17(1):153-9. doi:10.1590/S0102-311X2001000100016
15. Pinheiro R, Ferla A, Silva Júnior AG. Integrity in the population's health care programs. *Cienc Saude Coletiva.* 2007;12(2):343-9. doi:10.1590/S1413-81232007000200010
16. Shyama M, al-Mutawa SA, Honkala S. Malocclusions and traumatic injuries in disabled schoolchildren and adolescents in Kuwait. *Spec Care Dentist.* 2001;21(3):104-8. doi:10.1111/j.1754-4505.2001.tb00235.x
17. Torres TZG. Amostragem. In: Medronho R, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia.* São Paulo: Atheneu; 2004. p.283-94.
18. Venail F, Gardiner Q, Mondain M. ENT and speech disorders in children with Down's syndrome: an overview of pathophysiology, clinical features, treatments, and current management. *Clin Pediatr (Phila).* 2004;43(9):783-91. doi:10.1177/000992280404300902