

ABORDAGEM ODONTOLÓGICA HUMANIZADA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE DOWN: DA DOENÇA PERIODONTAL À REABILITAÇÃO COM PRÓTESE TOTAL

Anna Luisa Colares Ramalho¹
Samuel Monteiro Dornelas Almeida Valério¹
Adriano Carlos Soares²

professoradrianosoares@gmail.com

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências da saúde

RESUMO

A Síndrome de Down (SD) é uma alteração genética associada a diversas manifestações sistêmicas e bucais que podem comprometer a saúde oral, destacando-se a elevada predisposição à doença periodontal e à perda dentária precoce. Nesse contexto, a abordagem odontológica humanizada torna-se fundamental para promover adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida desses pacientes. O presente estudo tem como objetivo relatar o caso clínico de uma paciente com Síndrome de Down, acometida por doença periodontal avançada, atendida na Clínica Odontológica do Centro Universitário Vértice – Univértix. Inicialmente, foi realizada adequação do meio bucal por meio de raspagem periodontal, seguida de exodontias múltiplas dos elementos dentários comprometidos, frenectomia labial superior e reabilitação oral com próteses totais. Durante todas as etapas do tratamento foram empregadas estratégias de atendimento humanizado, como comunicação adaptada, respeito ao tempo da paciente, reforço positivo e participação ativa da responsável legal, favorecendo o estabelecimento de vínculo, a cooperação e a confiança. Ao final do tratamento, observou-se recuperação da função mastigatória, melhora estética, aumento da autoestima e impacto positivo na qualidade de vida da paciente. Conclui-se que o planejamento individualizado aliado à abordagem odontológica humanizada foi determinante para o sucesso terapêutico, evidenciando a importância de condutas centradas no paciente para indivíduos com necessidades especiais.

PALAVRAS-CHAVE: síndrome de down; atendimento odontológico humanizado; doença periodontal; prótese total; reabilitação oral.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 1,3 bilhão de pessoas vivem com algum tipo de deficiência no mundo, sendo destacado pela OMS que em decorrência do envelhecimento da população e o aumento de doenças não transmissíveis, este número está aumentando cada vez mais (OMS, 2025). No Brasil,

¹ Acadêmico do curso de Odontologia do Centro Universitário Vértice – Univértix

² Professor do Centro Universitário Vértice – Univértix

Anais do FAVE – Fórum Acadêmico do Centro Universitário Vértice - Univértix, Matipó, setembro, 2026.

segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aproximadamente 14,4 milhões de pessoas com 2 anos ou mais são Pessoas com Deficiência (PcD) (IBGE, 2023), reforçando a necessidade de uma assistência em saúde de forma inclusiva, humanizada e resolutiva.

Entre as condições que acometem a população, destaca-se a Síndrome de Down (SD), alteração genética causada, em cerca de 95% dos casos, pela Trissomia do Cromossomo 21 (T21) (Falcão *et al.*, 2019). A SD está associada a alterações físicas, cognitivas e sistêmicas que podem comprometer o desenvolvimento e a qualidade de vida (QV) dos indivíduos (Larroque *et al.*, 2023; Hertel, 2025). No Brasil, estima-se incidência de 1 caso a cada 700 nascimentos, totalizando cerca de 300 mil pessoas com a síndrome (Ceolin, Souza, 2019; Mbatna *et al.*, 2020; Cavalcante *et al.*, 2025).

Por se tratar de uma condição permanente, a SD não possui tratamento curativo, sendo recomendadas intervenções multidisciplinares voltadas à promoção da saúde, funcionalidade e autonomia desses indivíduos (Figueira, Gonçalves, 2019). Uma vez que para Ceolin e Souza (2019) e Mbatna *et al.*, 2020, destacam que o suporte familiar e acesso aos serviços de saúde são fundamentais para favorecer o adequado desenvolvimento e bem-estar dessa população, frequentemente exposta a situações de preconceito e exclusão social (Martinho, 2011).

No contexto odontológico, indivíduos com SD frequentemente apresentam alterações craniofaciais, hipotonia muscular, limitações motoras e cognitivas que dificultam a higiene bucal e favorecem o acúmulo de biofilme dentário (Najeeb *et al.*, 2017; Barros, 2022). Também são frequentes atraso na erupção dentária, agenesias, maloclusões e elevada predisposição à doença periodontal, considerada uma das alterações bucais mais prevalentes nesses pacientes (Figueira, Gonçalves, 2019;

Stensson *et al.*, 2022). Quando não tratada, a doença periodontal pode resultar em perda dentária precoce, comprometendo as funções mastigatórias, fonéticas, estéticas e psicossociais. Nesses casos, a reabilitação protética constitui importante alternativa para o reestabelecimento da função, conforto e QV ao indivíduo (Posse *et al.*, 2016; Oubenyahya, 2022; Syawqie *et al.*, 2023). Diante das diversas alterações desencadeadas pela SD, torna-se essencial o acesso de tais indivíduos à equipe multiprofissionais, de modo que tais possam promover abordagens terapêuticas humanizadas e individualizada, considerando as limitações, necessidades e nível de cooperação de cada paciente (Martinho, 2011; Bausen *et al.*, 2025).

Dessa maneira, o presente trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma paciente com SD e comprometimento periodontal atendida na Clínica Odontológica do Centro Universitário Vértice – Univértix, evidenciando a importância do atendimento odontológico humanizado e da reabilitação por meio de prótese total.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A SD ou a T21, como também é conhecida, é uma anomalia cromossômica decorrente de alterações ocorridas durante a formação dos gametas ou após a fecundação (Larroque *et al.*, 2023). Essa desordem pode manifestar-se na forma de trissomia do cromossomo 21, responsável por aproximadamente 95% dos casos, além das formas por translocação e mosaicismo (Falcão *et al.*, 2019; Bausen *et al.*, 2025). A literatura aponta que, independentemente da manifestação genética, a síndrome resulta em características físicas, cognitivas e sistêmicas próprias (Ceolin, Souza, 2019).

Descrita inicialmente por John Lagdon Down em 1986 e posteriormente compreendida geneticamente por Jérôme Lejeune em 1959, a SD representa a anomalia cromossômica mais frequente entre os nascidos vivos, com incidência aproximada de 1 caso para cada 700 nascimentos (Sergounin, 2009; Nacamura *et al.*, 2015; Figueira, Gonçalves, 2019). Sua origem está relacionada a falhas na disjunção meiótica, resultando em material genético adicional capaz de interferir no desenvolvimento neurológico, fisiológico e morfológico (Mbatna *et al.*, 2020; Bausen *et al.*, 2025).

Entre as características fenotípicas mais comuns encontram-se face ampla e arredondada, olhos oblíquos, nariz pequeno, lábios espessos e língua aumentada, embora a presença isolada dessas características não seja suficiente para o diagnóstico (Fleury, 2014; Marques, Santos e Abreu, 2025). Além disso, indivíduos com SD frequentemente apresentam limitações motoras e neurológicas associadas a condições como cardiopatias congênitas, hipotonia muscular, alterações imunológicas e endócrinas, infecções respiratórias recorrentes e deficiência intelectual (Carvalho, Campos, Crusoé-Rebello, 2010; Najeeb et al., 2017).

Essas condições influenciam diretamente a saúde bucal e o manejo odontológico. Entre as alterações mais frequentes destacam-se hipotonia muscular, respiração bucal, atraso na erupção dentária, agenesias, palato ogival, maloclusões e limitações funcionais que dificultam a higiene oral, mastigação e deglutição (Figueira, Gonçalves, 2019; Sales et al., 2021; Barros, 2022). Como consequência, observa-se maior suscetibilidade à doença periodontal e à cárie dentária, aumentando o risco de perdas dentárias precoces e comprometimento do sistema estomatognático (Elrefadi et al., 2022; Gato, Vera, 2024).

O aumento da expectativa de vida das pessoas com SD tem ampliado a necessidade de cuidados voltados à prevenção de agravos bucais e à reabilitação das perdas dentárias. Nesse contexto, tratamentos reabilitadores contribuem para a recuperação da função mastigatória, estética, conforto e qualidade de vida dos pacientes e familiares (Posse et al., 2016; Oubenyahya, 2022; Syawqie et al., 2023). Dessa forma, o atendimento odontológico de pacientes com SD deve ser conduzido por profissionais capacitados, por meio de abordagens individualizadas e humanizadas, considerando aspectos bucais, emocionais, comportamentais e sociais que influenciam diretamente a adesão ao tratamento (Stensson et al., 2022; Larroque et al., 2023). A participação ativa da família também é fundamental para o sucesso terapêutico e para a promoção da saúde bucal (Alqahtani et al., 2018; Figueira, Gonçalves, 2019; Bausen et al., 2025).

3 METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma pesquisa do tipo relato de caso, modalidade de pesquisa qualitativa que visa descrever e analisar, de forma aprofundada, situações clínicas específicas, contribuindo para a produção de conhecimento científico (Pereira, Godoy, Terçariol, 2009; Casarin, Porto, 2021).

O estudo integra o projeto denominado “Acompanhamento das condições de Saúde Bucal dos pacientes atendidos na Clínica Odontológica do Centro Universitário Vértice – Univértix”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Univértix (CEP/UNIVÉRTIX), sob o CAAE 57847122.2.0000.9407.

A paciente P.L.F., sexo feminino, 32 anos, leucoderma, com diagnóstico médico de SD, compareceu à Clínica Escola Odontológica do Centro Universitário Vértice – Univértix, acompanhada de sua responsável legal, em 24 de março de 2025, apresentando como queixa principal dor intensa e presença de mobilidade dentária em diversos elementos. Durante a anamnese, realizada com auxílio da responsável, foi relatado diagnóstico prévio de SD, sem uso contínuo de medicamentos.

Inicialmente, realizou-se adequação do meio bucal por meio de raspagem periodontal supragengival, visando melhorar a visualização clínica, reduzir o processo inflamatório e remover o acúmulo de biofilme. Após o procedimento, o exame intrabucal evidenciou doença periodontal avançada, mobilidade dentária acentuada em grande parte dos elementos, múltiplas lesões de cárie, gengivite severa e maloclusão do tipo mordida aberta anterior (Figuras 1 e 2).

Figuras 1 e 2 - Vista frontal e lateral esquerda das arcadas dentárias após raspagem supragengival



Fonte: Arquivo pessoal

Entre o primeiro e o segundo atendimento, os alunos e docentes responsáveis elaboraram o plano de tratamento, que consistiu na exodontia de todos os elementos dentários remanescentes e posterior reabilitação com próteses totais. Após

esclarecimentos sobre as etapas propostas, a responsável legal assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a realização do tratamento e o registro fotográfico para fins científicos.

No retorno, realizado em 31 de março de 2025, iniciou-se a execução do plano terapêutico por meio da exodontia do remanescente radicular do elemento 46, que apresentava extensa destruição coronária (Figura 3).

Devido à presença de infecção local observada na avaliação inicial, foi prescrita Amoxicilina 500 mg previamente ao procedimento. A cirurgia transcorreu sem intercorrências, sendo observados apenas momentos pontuais de inquietação da paciente, sem comprometimento do procedimento. Ao final, foram realizadas sutura, orientações pós-operatórias e agendamento para acompanhamento clínico e continuidade das exodontias planejadas.

Figura 3 - Aspecto clínico do remanescente radicular 46



Fonte: Arquivo pessoal

Após o primeiro procedimento cirúrgico, a responsável legal foi orientada a retornar após sete dias para remoção da sutura e assinatura do termo de consentimento (ANEXO B), referente às exodontias múltiplas previamente planejadas, em decorrência da doença periodontal severa associada à mobilidade grau III. A reabilitação oral por meio de próteses totais seria realizada após a conclusão das extrações.

No terceiro atendimento, realizado no dia 07 de abril de 2025, após a autorização da responsável legal, foram realizadas as exodontia dos elementos dentários 33, 32, 31, 41, 42, 43 e 44, seguindo os mesmos protocolos cirúrgicos

adotados anteriormente (Figura 4). Ao final do procedimento, foram realizados sete pontos simples de sutura e fornecidas orientações pós-operatórias (Figura 5).

Figuras 4 e 5 – Exodontia dos elementos anteriores inferiores



Fonte: Arquivo pessoal

Em consulta de acompanhamento, realizada em 14 de abril de 2025, observou-se evolução satisfatória do processo de cicatrização, não sendo necessária a remoção das suturas naquele momento.

Como estratégia de humanização e reforço positivo, os acadêmicos utilizaram brindes como forma de reconhecimento pela colaboração da paciente durante os atendimentos. Destaca-se ainda que a própria paciente manifestou o desejo de que as exodontias superiores fossem iniciadas pelos dentes posteriores, demonstrando preocupação com a manutenção da estética durante o tratamento.

Atendendo à solicitação da paciente, no quarto atendimento, realizado em 05 de maio de 2025, foram realizadas as exodontias dos elementos 24, 25, 26 e 27 (Figura 6).

Figura 6 - Arcada dentária superior após extrações dos elementos dentários 24, 25, 26 e 27



Fonte: Arquivo pessoal

Na consulta seguinte, em 12 de maio de 2025, observou-se que a paciente apresentava comportamento tranquilo e colaborativo, evidenciando o vínculo construído ao longo do tratamento. Segundo relato da responsável legal, a abordagem acolhedora e individualizada favoreceu a adaptação da paciente ao ambiente odontológico. Nessa mesma consulta, foram realizadas as exodontias dos elementos 14, 15, 16 e 17 (Figura 7).

Figura 7 - Arcada dentária superior após extrações dos elementos dentários 14, 15, 16 e 17



Fonte: Arquivo pessoal

No sexto atendimento, realizado em 19 de maio de 2025, foram realizadas as exodontias dos elementos anteriores superiores 11, 12, 13, 21, 22 e 23 (Figura 8). O procedimento foi executado sob anestesia local, utilizando os instrumentais cirúrgicos necessários, sem intercorrências. Após as extrações, foram realizados seis pontos simples de sutura e repassadas as orientações pós-operatórias à responsável legal (Figura 9).

Figuras 8 e 9 – Exodontia dos elementos anteriores superiores



Fonte: Arquivo pessoal

Na consulta realizada em 26 de maio de 2025, procedeu-se à remoção das suturas. Durante o exame clínico, observou-se inserção baixa do freio labial superior

(Figura 10), condição que poderia comprometer a adaptação da futura prótese total superior. Dessa forma, foi indicada a realização de frenectomia labial superior. Entretanto, devido ao período de recesso acadêmico, o procedimento foi programado para o segundo semestre de 2025.

Após o retorno das atividades clínicas, em 09 de outubro de 2025, foi realizada a frenectomia labial superior. O procedimento foi executado sob anestesia local, utilizando bisturi com lâmina nº 15C, pinças, tesoura Íris e demais instrumentais necessários. A técnica consistiu na tração do freio, incisão cirúrgica, remoção do tecido fibroso e posterior sutura com fio de nylon 4-0. Em razão da hipotonia muscular e das movimentações ocasionais da paciente, o uso de afastadores foi fundamental para manutenção adequada do campo operatório. O procedimento transcorreu sem intercorrências, apresentando hemostasia satisfatória e adequada adaptação tecidual (Figura 11).

Figuras 10 e 11 - Verificação da presença de inserção baixa do freio labial superior e o procedimento de frenectomia labial superior



Fonte: Arquivo pessoal

Na oitava consulta, realizada em 23 de outubro de 2025, foram iniciadas as etapas de confecção das próteses totais. Durante a moldagem para obtenção dos modelos de trabalho, observou-se limitação da abertura bucal, dificuldade de posicionamento da moldeira em decorrência da hipotonia dos músculos periorais e reflexos de náusea desencadeados pelos estímulos intraorais.

Para viabilizar o procedimento, foram adotadas estratégias individualizadas, incluindo comunicação verbal simplificada, demonstração prévia dos materiais, execução em ritmo mais lento, respeito ao tempo da paciente, ajustes no posicionamento da cabeça e acomodação cuidadosa da moldeira. A moldagem foi

realizada com moldeiras de alumínio e silicone de condensação (Figura 12), sendo posteriormente obtidos os modelos de trabalho em gesso tipo III. Após a adoção dessas medidas, foi possível obter moldes com fidelidade satisfatória, permitindo a continuidade do tratamento reabilitador.

Em 13 de novembro de 2025, foi realizada a etapa de plano de orientação em cera (Figuras 13 e 14), com o objetivo de estabelecer parâmetros funcionais e estéticos para a futura prótese. As bases de prova superior e inferior foram inseridas em boca para avaliação da estabilidade, sendo realizados ajustes na altura do plano para determinação da dimensão vertical de oclusão, além da análise do suporte labial, linha do sorriso, simetria facial e conforto da paciente.

Figuras 12, 13, 14– Realização da moldagem e do plano em cera



Fonte: Arquivo pessoal

Na sequência, realizou-se a prova dos dentes artificiais montados em cera, avaliando alinhamento dentário, linha média, exposição dos dentes durante o sorriso, suporte dos tecidos moles e aspectos funcionais da oclusão (Figuras 16, 17 e 18). A seleção dos dentes considerou critérios estéticos e funcionais, incluindo forma, tamanho e cor compatíveis com as características faciais da paciente. Após a aprovação da paciente e de sua responsável legal, as próteses foram encaminhadas ao laboratório para acrilização.

Figuras 16, 17 e 18 - Etapa de provas dos dentes



Fonte: Arquivo pessoal

Na consulta de retorno, realizada em 27 de novembro de 2025, as próteses totais superior e inferior foram instaladas, apresentando adaptação satisfatória e dispensando ajustes adicionais. Após a instalação, observou-se intensa emoção da paciente e de sua responsável legal. Ao visualizar o resultado final no espelho, a paciente relatou felicidade por voltar a ter dentes com aparência agradável.

Além da recuperação da estética e da função mastigatória, foi possível observar impacto positivo na autoestima e na qualidade de vida da paciente. Ressalta-se que o acolhimento, a construção de vínculo e a abordagem humanizada adotada desde o primeiro atendimento foram fundamentais para o estabelecimento da confiança e para o sucesso do tratamento.

Sete dias após a instalação das próteses, a paciente retornou à clínica relatando desconforto com a prótese total inferior. Após avaliação clínica, não foram identificadas áreas que necessitassem de ajuste. Como conduta complementar, foi orientado o uso de creme adesivo para próteses totais (Corega®), visando proporcionar maior estabilidade e conforto durante o período de adaptação.

4 DISCUSSÃO

O presente relato de caso reforça a importância de uma abordagem humanizada e individualizada na reabilitação oral protética de pacientes com SD, uma vez que as manifestações clínicas e comportamentais associadas à condição podem representar desafios ao atendimento odontológico. Os achados observados no caso descrito, como doença periodontal avançada, mobilidade dentária e múltiplas lesões de cárie, corroboram a literatura, que descreve essas alterações como frequentes nessa população em decorrência de fatores sistêmicos, motores e imunológicos (Figueira, Gonçalves, 2019; Falcão *et al.*, 2019; Sales *et al.*, 2021; Gato, Vera, 2024). A literatura

demonstra que a doença periodontal é considerada uma das principais alterações bucais em indivíduos com SD, estando associada a limitações motoras e cognitivas que dificultam a realização de uma higiene oral eficiente, favorecendo maior acúmulo de biofilme, levando a progressão da doença e a perda precoce dos elementos dentários (Elrefadi *et al.*, 2022; Mbatna *et al.*, 2020). Dessa forma, conforme recomendado por Alqahtani *et al.* (2018) e Larroque *et al.* (2023), a adequação do meio bucal deve preceder a reabilitação protética, tal com objetivo de restabelecer as condições teciduais. No presente caso, tais condutas terapêuticas sequenciais foram empregadas, sendo realizados procedimentos periodontais prévios, seguidos de exodontias e posterior reabilitação oral, devido ao comprometimento periodontal severo e às perdas dentárias já instaladas.

Segundo Santos, Pithon e Nascimento (2020), pacientes com algum tipo de deficiência, como a SD, necessitam de atenção odontológica humanizada, considerando suas particularidades clínicas, emocionais e comportamentais. Em concordância com essas recomendações, durante a condução do presente caso, foi adotada uma abordagem individualizada e humanizada desde a primeira consulta, contemplando não apenas as necessidades clínicas, mas também seus aspectos relacionados ao conforto, segurança e adaptação da paciente ao ambiente odontológico.

Diante dos comprometimentos bucais encontrados e sabendo da necessidade de colaboração da paciente para realização dos procedimentos, foi elaborado previamente um plano de tratamento compatível com as condições clínicas e necessidades da paciente, buscando favorecer sua adaptação e colaboração durante todas as etapas do tratamento conforme preconizado por Santos, Pohlmann e Camargo (2020). Embora a SD possa estar associada a cardiopatias, alterações endócrinas, comprometimentos imunológicos e outras condições que possam interferir diretamente na conduta odontológica (Najeeb *et al.*, 2017), a responsável legal da paciente relatou ausência de comorbidades sistêmicas e de uso contínuo de medicamentos, favorecendo a condução clínica do tratamento odontológico.

Segundo Larroque *et al.* (2023) e Oliveira *et al.* (2018), o atendimento odontológico de indivíduos com SD deve incluir estratégias de comunicação adaptadas, linguagem simples e explicações prévias dos procedimentos, visando reduzir

ansiedade e aumentar a colaboração do paciente. Corroborando com o que foi pontuado na literatura, tais estratégias foram adotadas durante todo o tratamento descrito. Mesmo diante de episódios pontuais de inquietação, desconforto e reflexo nauseoso durante procedimentos como exodontias e moldagens, a paciente manteve comportamento colaborativo, favorecido pela comunicação adequada, pelo acolhimento e pela construção gradual de confiança entre paciente e equipe, conforme descrito por Neta et al. (2021).

Pini, Fröhlich e Rigo (2016) ressaltam que o sucesso do atendimento odontológico de pacientes com SD depende de abordagens individualizadas e do preparo dos profissionais para lidar com os desafios inerentes à condição. Nesse sentido, desde o primeiro atendimento na disciplina de Pacientes com Necessidades Especiais (PNE), foi possível estabelecer vínculo de confiança entre a equipe, a paciente e sua família, promovendo um ambiente acolhedor e seguro. Esse resultado está de acordo com Alqahtani et al. (2018) e Larroque et al. (2023), que apontam o vínculo entre equipe, paciente e familiares como fator determinante para adesão e sucesso terapêutico.

Embora a literatura relate que pacientes com SD possam demandar técnicas específicas de manejo comportamental ou até estratégias farmacológicas em determinadas situações (Alamri, 2022; Larroque et al., 2023), tais recursos não foram necessários neste caso. A paciente apresentou boa colaboração durante todo o tratamento, demonstrando que o acolhimento, o respeito ao seu tempo e a utilização de reforço positivo foram suficientes para garantir a realização dos procedimentos propostos.

Além dos benefícios funcionais e estéticos proporcionados pela reabilitação protética, foram observados impactos positivos na autoestima e no bem-estar da paciente. Após a instalação das próteses, a paciente demonstrou satisfação com o resultado obtido, evidenciando a importância da reabilitação oral para além da recuperação mastigatória. Esse achado corrobora Larroque et al. (2023), que destacam a contribuição da reabilitação oral para a autoestima, inclusão social e qualidade de vida de indivíduos com SD. Assim, a associação entre planejamento individualizado, abordagem humanizada e participação familiar foi fundamental para o sucesso do tratamento realizado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do caso apresentado, é possível concluir que o acolhimento, a construção de um vínculo com a paciente e a família e a abordagem odontológica humanizada fizeram total diferença na aceitação e colaboração da paciente com SD frente ao plano de tratamento proposto, uma vez que a mesma relatou se sentir segura com os alunos, concordando na realização dos procedimentos odontológicos.

Além disso, a reabilitação oral da paciente com emprego das próteses totais superior e inferior, devolveu não só a estética e a função do sistema estomatognático, mas também promoveu impacto positivo na autoestima e na qualidade de vida da paciente. Deixando evidente o presente trabalho a necessidade da adoção de um planejamento clínico individualizado e uma conduta humanizada no atendimento odontológico para todos os pacientes.

REFERÊNCIAS

ALAMRI, H. Oral care for children with special healthcare needs in dentistry: a literature review. **Journal of Clinical Medicine**, v. 11, n. 19, 2022.

ALQAHTANI, N.; ALSAYED, H.; LEVON, J.; *et al.*, Prosthodontic rehabilitation for a patient with down syndrome: a clinical report. **Journal of Prosthodontics**, v. 27, n. 8, p. 681-687, 2018.

BARROS, C. C. Relação entre síndrome de down e doença periodontal: revisão de literatura. 2022.

BASSANI, C. S. **A síndrome de down e as dificuldades de aprendizagem**. São Paulo: Anhanguera Educacional, 2012.

BAUSEN, D.; *et al.*, Reabilitação protética em paciente com síndrome de down: relato de caso clínico. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 10, p. 1783-1799, 2025.

CARVALHO, A. C. A.; CAMPOS, P. S. F.; CRUSOÉ-REBELLO, I. Síndrome de down: aspectos relacionados ao sistema estomatognático. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, 2010.

CASARIN, S. T.; PORTO, A. R. Relato de experiência e estudo de caso: algumas considerações. **Journal of Nursing and Health**, v. 11, n. 4, 2021.

CAVALCANTE, K. T. L. S. *et al.*, Acolhimento odontológico a pacientes com síndrome de down: uma revisão de literatura narrativa. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, Minas Gerais, v. 21, n. 5, p. 1-21, 2025.

CEOLIN, G. P.; SOUZA, M. A. S. Variações bucais em pacientes com síndrome de down. 2019.

ELREFADI, R.; *et al.*, Oral health status in individuals with down syndrome. **Libyan Journal of Medicine**, v. 17, n. 1, p. 1-7, 2022.

FALCÃO, A. C. S. L. A.; *et al.*, Síndrome de Down: abordagem odontopediátrica na fase oral. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 57-67, 2019.

FIGUEIRA, T. P.; GONÇALVES, S. S. Manifestações bucais e craniofaciais nos portadores da síndrome de down de interesse ortodôntico. **Cadernos de Odontologia do UNIFESO**, Teresópolis, v. 1, n. 2, p. 149-174, 2019.

FLEURY, S. B. A. Saúde bucal da criança com síndrome de down: sentidos subjetivos gerados por seus cuidadores. 2014.

FRAGOSO, D. N.; *et al.*, Utilização dos serviços odontológicos por pacientes pediátricos com síndrome de down de acordo com cuidadores. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. 1-11, 2021.

GATO, T. J. N.; VERA, S. A. A. Condições e manifestações bucais de pacientes com síndrome de down. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, p. 13-32, 2024.

HERTEL, S. V. Síndrome de Down e odontologia: saiba mais sobre as manifestações orais e como realizar o atendimento clínico. **Research, Society and Development**, v. 14, 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Relatório estatístico do censo 2023. Brasília, 2023.

LARROQUE, E. B. R.; *et al.*, Atendimento humanizado em pacientes com síndrome de down. **Facit Business and Technology Journal, Tocantins**, v. 1, n. 47, 2023.

MARQUES, J. J.; SANTOS, C. A.; ABREU, C. C. G. A importância do cuidado odontológico integral e humanizado à pessoa com síndrome de down. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 11, p. 8249-8265, 2025.

MARTINHO, L. S. T. **Comunicação e linguagem na síndrome de down**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa, 2011. MBATNA, J. J.; *et al.*, Manifestações orais em crianças com síndrome de down: uma

revisão integrativa da literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 4, p. 20401-20419, 2020.

NACAMURA, C. A.; *et al.*, Síndrome de down: inclusão no atendimento odontológico municipal. Faculdade de Odontologia de Lins, Lins, v. 25, n. 1, p. 27-35, 2015.

NAJEEB, S.; KHURSHID, Z.; ZAFAR, M. S.; ZOHAIB, S.; SIDDIQUI, F. Efficacy of enamel matrix derivative in vital pulp therapy: a review of literature. **Iranian Endodontic Journal**, v. 12, n. 3, p. 269-275, 2017.

NETA, T. A.; PEREIRA, C. S.; SILVA, D. L. M.; OLIVEIRA, L. C.; ROCHA, A. M.; TEIXEIRA, D. N. R.; MACHADO, F. C. Dental care for children with down syndrome: literature review. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, 2021.

OLIVEIRA, E. S.; *et al.*, Atendimento a pacientes com necessidades especiais: diretrizes e protocolos para a rede de atenção em saúde bucal. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório global sobre a situação da saúde oral: rumo à cobertura universal de saúde oral até 2030. Genebra, 2022.

OUBENYAHYA, H. Oral rehabilitation of down syndrome patients by dental implants: a systematic review. **European Journal of Dental and Oral Health**, v. 3, n. 5, p. 1-7, 2022.

PEREIRA, L. T. K.; GODOY, D. M. A.; TERÇARIOL, D. Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, p. 422-429, 2009.

PINI, D. M.; FRÖHLICH, P. C. G. R.; RIGO, L. Oral health evaluation in special needs individuals. **Einstein** (São Paulo), São Paulo, v. 14, p. 501-507, 2016.

POSSE, J. L.; *et al.*, Survival of dental implants in patients with down syndrome: a case series. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 116, n. 6, p. 880-884, 2016.

SALES, P. H. H.; BARROS, A. W. P. B.; LIMA, F. J. C.. Is down syndrome a risk factor or contraindication for dental implants? A systematic review. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 129, n. 4, p. 531-537, 2021.

SANTOS, C. M.; PITHON, M. M.; NASCIMENTO, L. E. Le rôle des aidants dans la santé bucco-dentaire des personnes avec déficience intellectuelle: revue de la littérature. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, 2020.

SANTOS, P. C. D.; POHLMANN, M. J. C.; CAMARGO, M. R. A importância do cirurgião-dentista e dos responsáveis na manutenção da saúde bucal de portadores da síndrome de down. **RSM**, p. 2, 2020.

SERGOUNIN, V. Down syndrome: comments and reflections on the 50th anniversary of Lejeune's discovery. **Biology of the Cell**, v. 101, n. 10, p. 635-638, 2009.

SILVA, Lorena Ellen. **A doença periodontal em paciente diagnosticado com síndrome de down: relato de caso**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro Universitário UNIFACIG, Manhuaçu, 2021.

STENSSON, M.; NORDERYD, J.; VAN RIPER, M.; MARKS, L.; BJÖRK, M. Dental health care for children with down syndrome: parents' description of their children's needs in dental health care settings. **European Journal of Oral Sciences**, v. 130, n. 3, 2022.

SYAWQIE, A.; *et al.*, Oral manifestations in patients with down's syndrome and management in prosthodontics. **Journal Eduhealth**, v. 14, n. 1, p. 115-122, 2023.
TONG, F. Breaking down: a critical discourse analysis of John Langdon Down's classification of people with trisomy 21. **Critical Discourse Studies**, v. 19, n. 6, p. 648-666, 2021.