



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE- CCTS  
CAMPUS VIII - PROFESSORA MARIA DA PENHA  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**MONIQUE ISABELLE SILVA DE ANDRADE**

**MANEJO ODONTOLÓGICO DO PACIENTE COM TRANSTORNO DO  
ESPECTRO AUTISTA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

**ARARUNA  
2021**

MONIQUE ISABELLE SILVA DE ANDRADE

**MANEJO ODONTOLÓGICO DO PACIENTE COM TRANSTORNO DO  
ESPECTRO AUTISTA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

**Área de concentração:** Pacientes com Necessidades Especiais

**Orientadora:** Profa. Ma. Smyrna Luiza Ximenes de Souza

**ARARUNA  
2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A553m Andrade, Monique Isabelle Silva de.  
Manejo odontológico do paciente com transtorno do espectro autista [manuscrito] : relato de caso clínico / Monique Isabelle Silva de Andrade. - 2021.  
27 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde , 2021.

"Orientação : Profa. Ma. Smyrna Luiza Ximenes de Souza ,  
Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."

1. Odontologia. 2. Odontopediatria. 3. Autismo. I. Título

21. ed. CDD 617.6

MONIQUE ISABELLE SILVA DE ANDRADE


MANEJO ODONTOLÓGICO DO PACIENTE COM TRANSTORNO DO  
ESPECTRO AUTISTA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de  
Odontologia da Universidade  
Estadual da Paraíba como requisito  
parcial para obtenção do título de  
Cirurgiã-Dentista.

**Área de concentração:** Pacientes  
com Necessidades Especiais

Aprovado em: 30 / 06 / 2021

**BANCA EXAMINADORA**



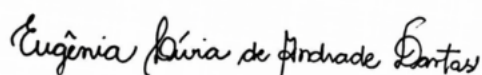
---

Profa. Ma. Smyrna Luiza Ximenes de Souza (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Profa. Dra. Glória Maria Pimenta Cabral  
Centro Universitário UNIESP



---

Profa. Ma. Eugênia Livia de Andrade Dantas  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Ao meu sobrinho Gabriel Andrade,  
por me permitir conhecer e amar o  
autismo, por me ensinar com seu  
olhar e silêncio e despertar em mim o  
mais simples e melhor lado da vida,  
DEDICO.

“Cumpe o pequeno dever de cada momento; faz o que deves e está no que fazes.” (São Josemaria Escrivá)

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fotografia 1- .....	15
Fotografia 2- .....	16
Fotografia 3- .....	17
Fotografia 4- .....	18
Fotografia 5- .....	18
Fotografia 6- .....	19
Fotografia 7- .....	19
Fotografia 8- .....	20
Fotografia 9- .....	21

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	Análise do Comportamento Aplicada
ABRA	Associação Brasileira de Autismo
AMA	Associação de Amigos do Autista
APA	Associação Americana de Psiquiatria
CID	Classificação Internacional de Doenças
DI	Deficiência Intelectual
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
OMS	Organização Mundial da Saúde
PECS	Sistema de Comunicação por Troca de Figuras
PVP	Punção Venosa Periférica
QI	Quociente de Inteligência
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TEACCH	Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados à Comunicação



## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1	Transtorno do Espectro Autista.....	10
2.2	Autismo e Saúde Bucal.....	12
2.2.1	<i>Estratégias de acolhimento e manejo</i> .....	13
2.2.2	<i>Tratamento odontológico sob sedação e/ou anestesia geral</i> .....	14
3	METODOLOGIA.....	14
4	RELATO DE CASO.....	15
5	DISCUSSÃO.....	21
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
	REFERÊNCIAS.....	22
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO.....	25

## MANEJO ODONTOLÓGICO DO PACIENTE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: RELATO DE CASO CLÍNICO

### DENTAL MANAGEMENT OF THE PATIENT WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER: CLINICAL CASE REPORT

Autora: Monique Isabelle Silva de Andrade\*

Autora: Smyrna Luiza Ximenes de Souza\*\*

#### RESUMO

**Introdução:** O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio neurológico de diferentes níveis e qualificado por modificações pertinentes à interação social, comportamento e comunicação. A condição de saúde bucal dos pacientes autistas pode sofrer comprometimento, fato que se relaciona à coordenação motora prejudicada, ao uso de psicoativos e à preferência por dieta rica em carboidratos. **Objetivo:** Relatar um caso clínico, descrevendo o atendimento ambulatorial e hospitalar, assim como o manejo empregado diante do tratamento preventivo e curativo e acompanhamento a um paciente com TEA. **Metodologia:** Experiência clínica relatada de forma cronológica e detalhada mediante autorização da responsável, com embasamento em pesquisa bibliográfica nas bases de dados Scielo e Pubmed com os descritores “Odontologia”, “Odontopediatria” e “Autismo”. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, seis anos de idade, com diagnóstico de TEA de grau não especificado. Devido à grande necessidade de tratamento dentário inicial e ao insucesso das técnicas de manejo comportamental, o paciente recebeu tratamento a nível hospitalar. A preservação do tratamento foi realizada em ambiente clínico e, em consequência da maior adaptação do paciente ao consultório e do uso de diferentes técnicas de manejo, houve sucesso na realização dos procedimentos necessários. **Considerações finais:** É imprescindível que a abordagem odontológica a estes pacientes seja apoiada em uma anamnese minuciosa que viabiliza um planejamento de tratamento eficiente, quer a nível ambulatorial ou hospitalar. O atendimento ao paciente com TEA é um desafio que deve ser encarado como um direito a ele garantido.

**Palavras-chave:** Odontologia. Odontopediatria. Autismo

\*Graduanda em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba; moniqueisabelle07@gmail.com

\*\* Professora do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba; smyrnasouza@hotmail.com

#### ABSTRACT

**Introduction:** Autistic Spectrum Disorder (ASD) is a neurological disorder of different levels and qualified by relevant changes to social interaction, behavior and communication. The oral health condition of autistic patients may suffer

impairment, a fact that is related to impaired motor coordination, the use of psychoactive drugs, and the preference for a diet rich in carbohydrates. **Objective:** To report a clinical case, describing outpatient and hospital care, as well as the management used in face of preventive and curative treatment and monitoring of a patient with ASD. **Methodology:** Clinical experience reported chronologically and in detail with the authorization of the person in charge, based on bibliographic research in the Scielo and Pubmed databases with the descriptors “Dentistry”, “Pediatric dentistry” and “Autism”. **Case report:** Male patient, six years old, diagnosed with ASD of unspecified degree. Due to the great need for initial dental treatment and the failure of behavioral management techniques, the patient received treatment at the hospital. Treatment continuation was carried out in a clinical setting and, as a result of the patient’s greater adaptation to the office and the use of different management techniques, the necessary procedures were successful. **Final considerations:** It is essential that the dental approach to these patients is supported by a anamnesis that enables an efficient treatment planning, whether at an outpatient or hospital level. The care of patients with ASD is a challenge that must be seen as a guaranteed right.

**Key-words:** Dentistry. Pediatric dentistry. Autism

## 1. INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro autista (TEA) ou simplesmente autismo é uma desordem do neurodesenvolvimento que se apresenta de forma complexa e heterogênea (MANGIONE *et al.*, 2019). A ocorrência do autismo não está relacionada às classes sociais, nacionalidade ou grupos étnicos; e sua maior prevalência é em pacientes do sexo masculino (NELSON *et al.*, 2017). Nas últimas décadas, o aumento contínuo da incidência do autismo despertou o seu reconhecimento mundial e, conseqüentemente, as ações voltadas para a qualidade de vida e acolhimento dos pacientes e familiares (FERRAZZANO *et al.*, 2020).

Origina-se geralmente no início ou no decorrer da infância e possui uma trajetória variável (MANGIONE *et al.*, 2019). O diagnóstico dos casos suspeitos do TEA deve ser feito a partir dos critérios definidos internacionalmente, do uso de indicadores validados e de uma avaliação completa (LOUREIRO *et al.*, 2019). O diagnóstico do TEA é clínico e os manuais mais recentes são o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), conduzido pela APA (Associação Americana de Psiquiatria) e o CID-11 (Classificação Internacional de Doenças) coordenado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) (FERNANDES, TOMAZELLI e GIRIANELLI, 2020). Essas escalas fidedignas propiciam ao profissional elaborar um perfil mais incrementado das características do desenvolvimento da criança.

Entre as características do TEA está a dificuldade na comunicação e na interação social, como também os padrões estereotipados com limitação e repetição de comportamentos, interesses ou atividades (BRITO e VASCONCELOS, 2016). Essas manifestações comportamentais abrangem também uma aversão ao contato físico e visual e modulação sensorial, podendo os estímulos externos, como barulhos, som alto e situações inesperadas sobrecarregarem os sentidos da criança (NELSON *et al.*, 2017).

A história do autismo no Brasil foi discutida por poucos autores e existe uma lacuna no campo de estudos a respeito do percurso histórico da mobilização política das famílias no cumprimento da cidadania dos autistas no país (LEANDRO e LOPES, 2018). Em 1983 foi criada, em São Paulo, a primeira associação de pais e amigos da pessoa com autismo no Brasil, a AMA (Associação de Amigos do Autista), precedentemente ao SUS, com o objetivo de alavancar o entendimento e troca de experiências sobre o espectro. Em 1988, em Minas Gerais, foi iniciada a primeira associação de abrangência nacional em defesa dos interesses das pessoas com autismo e das suas famílias, a ABRA (Associação Brasileira de Autismo) (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Por diferentes motivos, tardiamente desenvolveram-se as iniciativas governamentais concernentes ao acolhimento das pessoas com autismo (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Em 2012, no Brasil, foi aprovada a Lei nº 12.764 ou Lei Berenice Piana que considera, para todos os efeitos legais, o indivíduo com TEA como uma pessoa com deficiência, concedendo a proteção dos direitos e auxílios sociais (BRITO e VASCONCELOS, 2016).

Diante dessas particularidades, entende-se que o atendimento odontológico é considerado desafiador para esses pacientes, tal como para profissionais e familiares - as ações de promoção de saúde e prevenção de tratamentos dentários invasivos são de indispensável encargo dos cirurgiões-dentistas (MANGIONE *et al.*, 2019). Pela visão de Amaral, Carvalho e Bezerra (2016), os pacientes com TEA podem apresentar dificuldade na prática dos cuidados bucais, por efeito da coordenação comprometida e dos problemas comportamentais. Portanto é um desafio que desencadeia alguns riscos aos problemas bucais. Orellana, Martínez-Sanchis e Silvestre (2014) citam que os procedimentos odontológicos podem representar uma condição invasiva, devido às limitações do autismo e considerável sensibilidade aos estímulos, podendo o paciente manifestar resistência como resposta à tensão gerada.

Diante disso, por meio da revisão de literatura e do relato de caso clínico de um paciente pediátrico com TEA, este trabalho objetivou abordar o atendimento odontológico especializado, evidenciando a importância do conhecimento sobre o espectro autista, a intervenção precoce, as técnicas de manejo comportamental, assim como a execução, de forma ética e humanizada, de recursos coadjuvantes durante o tratamento.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Transtorno do Espectro Autista**

Em 1911, Eugen Bleuler, psiquiatra suíço, relacionou o autismo com pessoas que manifestavam problemas de interação social e comunicação, com certo isolamento, atribuindo características de esquizofrenia. A primeira descrição do transtorno autista foi em 1943, através do artigo "Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo" publicado na revista *The Nervous Children*, tendo como autor o psiquiatra Leo Kanner (DIAS, 2015). Esse transtorno também é conhecido como Autismo de Kanner, Autismo Infantil Precoce ou Autismo Infantil (FERRAZZANO *et al.*, 2020). Como destaca Kanner (1943), a desordem elementar e própria do autismo é a inaptidão do paciente de, desde o início da vida, ter habitualmente relações interpessoais e com situações.

O pediatra Hans Asperger, em 1944, também estudou a desordem, denominando-a de Psicopatia Autística Infantil e, além da dificuldade de convívio social, também descreveu o nível de inteligência e linguagem (DIAS, 2015). As características e o entendimento atual sobre o espectro partiram desses estudos preliminares.

A interação dos genes com o ambiente, a interação de variados genes incorporados ao mesmo genoma e alteradas combinações de genes em diferentes indivíduos podem explicar a relevante variabilidade fenotípica encontrada nos autistas (TORDJMAN *et al.*, 2014). Percebe-se que o TEA apresenta muitas variantes genéticas causais e padrão multifatorial de herança - os fatores genéticos, imunológicos e ambientais têm sido associados à patogênese do autismo, havendo alternadas teorias e pesquisas que ainda buscam explicar a incógnita dos prováveis fatores do transtorno (BRITO e VASCONCELOS, 2016).

A etiologia definitiva do TEA ainda é desconhecida, considerando sua natureza complexa (TORDJMAN *et al.*, 2014). Os fatores ambientais podem ser de pré-concepção, como a idade avançada dos pais; pré-natais que podem ser o uso de certas medicações, como o anticonvulsivante Valproato e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), reações imunológicas maternas e a suplementação com ácido fólico na gravidez; perinatais como a prematuridade e o peso inferior do recém-nascido e os pós-natais que podem influenciar a expressão e trajetória do autismo (MANDY e LAI, 2016).

O diagnóstico do TEA é fundamentalmente clínico, com relevância em observações do paciente, entrevistas com os cuidadores e o uso de instrumentos específicos (GOMES *et al.*, 2015). Destaca-se a importância da percepção familiar em relação aos comportamentos diferenciados da criança, o mais cedo possível, quanto ao prejuízo na comunicação e socialização, juntamente aos interesses restritos e comportamentos repetitivos (LOUREIRO *et al.*, 2019).

Os critérios utilizados, ao decorrer dos anos, passaram por revisões, trazendo algumas alterações e, assim, a quinta edição do DSM foi publicada, em maio de 2013, para constituir o atual meio de diagnóstico médico dos pacientes com autismo (FERNANDES, TOMAZELLI e GIRIANELLI, 2020). O autismo integra-se à categoria clínica de distúrbios de neurodesenvolvimento no DSM V (FERRAZZANO *et al.*, 2020). Os novos critérios diagnósticos nos manuais agrupam as diferentes características em uma única categoria, nomeada de Transtorno do Espectro Autista, possuindo a variação dos níveis de gravidade do caso, relativa ao DSM-5 ou dos níveis de deficiência intelectual e linguagem funcional, correspondente ao CID-11 (FERNANDES, TOMAZELLI e GIRIANELLI, 2020).

O TEA é existente desde o nascimento e se apresenta, em maior parte, antes dos trinta meses de idade (LOUREIRO *et al.*, 2019). Alguns traços se tornam perceptíveis, como a dificuldade nas respostas aos estímulos visuais e auditivos, atraso significativo ou até ausência da fala, assim como alterações de comportamentos emocional e social e déficit cognitivo (AMARAL, CARVALHO e BEZERRA, 2016). As crianças autistas apresentam incapacidade para estabelecer uma reciprocidade social ou emocional e padrões atípicos de expressão facial e contato visual. Além disso, apenas uma parcela das pessoas dentro do espectro desenvolve linguagem funcional (BRITO e VASCONCELOS, 2016).

Os indivíduos com autismo podem apresentar deficiência intelectual (DI) grave e desempenho inferior em práticas comportamentais adaptativas ou

mesmo um quociente de inteligência (QI) normal com independência nas atividades da vida diária, dependendo do nível de TEA que cada um apresenta (GRIESI-OLIVEIRA e SERTIÉ, 2017).

Alguns apresentam estereotípias motoras simples, como o balançar das mãos, já outros apresentam diferentes posturas corporais ou das mãos, rotinas fixas e rituais complexos, não funcionais, mostrando assim que existe uma variação também de estereotípias comportamentais (BRITO e VASCONCELOS, 2016). As particularidades do autismo podem variar em cada sujeito: Loureiro *et al.* (2019) apontam que outros transtornos podem estar congruentes à condição, como a hiperatividade, déficit de atenção, depressão, ansiedade e outras condições médicas, como epilepsia e transtornos genéticos.

## **2.2 Autismo e Saúde Bucal**

Os estudos sobre a saúde bucal dos pacientes com TEA ainda são limitados e, segundo Ferrazzano *et al.* (2020), não há um padrão de ocorrência das condições presentes. São encontrados altos índices de placa bacteriana em pacientes com TEA, em consequência da dificuldade na realização de higiene bucal, alterações de coordenação e baixa cooperação para realizar as tarefas cotidianas (AMARAL, CARVALHO e BEZERRA, 2016).

A carência de uma higiene oral adequada e a falta de acompanhamento podem estar relacionadas com a gravidade das patologias dentais encontradas em alguns pacientes (MANGIONE *et al.*, 2019). Nos estudos analisados por Bartollome-Villar *et al.* (2016), observou-se maior risco de cárie e de doença periodontal em autistas, em comparação com os pacientes pediátricos fora do espectro, fato geralmente associado à ausência de autonomia.

Outros fatores também explicam o maior risco à doença cárie, como o uso de psicoativos que reduzem o fluxo salivar, deficiência na capacidade mastigatória, hipotonia muscular, preferência por uma dieta rica em açúcar e pastosa, hábito de guardar alimentos na boca e inacessibilidade a serviços odontológicos especializados (AMARAL, CARVALHO e BEZERRA, 2016). O uso de medicamentos psicoativos ou anticonvulsivantes, como a fenitoína, indicados para controle das crises dentro do espectro, pode também explicar o quadro de gengivite generalizada e doença periodontal (FERRAZZANO *et al.*, 2020). Torna-se imprescindível ter o conhecimento sobre o uso da terapia adjuvante no TEA, devido à interação medicamentosa e os efeitos colaterais que podem vir a acarretar.

Além da doença cárie e da doença periodontal, os distúrbios mais prevalentes associados ao espectro autista são a maloclusão, hábitos parafuncionais (bruxismo), hábitos deletérios (respiração bucal, interposição da língua, ruminação), hipoplasia do esmalte e maior incidência de trauma dentário (BARTOLLOME-VILLAR *et al.*, 2016). Alguns comportamentos ou distúrbios característicos, por exemplo, a negligência pessoal, autoagressão e comunicação limitada têm um impacto nocivo sobre a saúde bucal dos pacientes com TEA (FERRAZZANO *et al.*, 2020). Esses pacientes carecem de uma atenção exclusiva da Odontologia para ser traçado um plano preventivo-terapêutico eficiente.

### **2.2.1 Estratégias de acolhimento e manejo**

O indivíduo com autismo, pertencente ao grupo de paciente com necessidades especiais, requer atenção e cuidado por profissionais de saúde treinados, empenhados na intervenção precoce desde o ambiente familiar (ORELLANA, MARTÍNEZ-SANCHIS e SILVESTRE, 2014). A abordagem ao paciente com TEA é multidisciplinar e necessita, assim, de um encaminhamento para diferentes especialistas que, trabalhando conjuntamente, buscam um tratamento diferenciado (MANGIONE *et al.*, 2019).

Diante de toda intervenção multidisciplinar, proveniente do diagnóstico do TEA, a preocupação com a saúde bucal e a avaliação odontológica são negligenciadas ou colocadas em segundo plano e acontecem, muitas vezes, apenas quando o quadro clínico de dor está presente (NELSON *et al.*, 2017). O encaminhamento precoce ao dentista facilita o manejo comportamental e uma rotina de atendimentos proporciona uma melhor assistência ao paciente.

Segundo Amaral, Carvalho e Bezerra (2016), um plano de ações deve ser desenvolvido para a atenção odontológica do paciente com TEA, devendo agregar visitas domiciliares, condicionamento ao ambiente do consultório e às ações realizadas, para o paciente se habituar também com os equipamentos, materiais, sons, odores, sabores e cores. O bom relacionamento de toda equipe odontológica com o paciente e seus responsáveis estimula a confiança e permite um melhor alcance nas intervenções (ORELLANA, MARTÍNEZ-SANCHIS E SILVESTRE, 2014)

Os pacientes com autismo são apegados à rotina, portanto, deve-se, preferencialmente, evitar a espera na recepção, o atendimento deve ser curto, marcado em dias e horários iguais, sem muitas mudanças no consultório e com o mesmo profissional, devendo-se utilizar uma comunicação com comandos claros e objetivos, tal qual reforços positivos e negativos (AMARAL, CARVALHO e BEZERRA, 2016).

O atendimento padrão se torna difícil e complexo para esses pacientes, já que sofrem resposta ao estresse gerado nos procedimentos odontológicos, pois podem ser uma ameaça considerável aos mesmos (ORELLANA, MARTÍNEZ-SANCHIS e SILVESTRE, 2014). Os métodos de abordagem da Odontopediatria, por exemplo: falar-mostrar-fazer, distração, dessensibilização, reforço positivo ou recompensa, controle de voz, modelação e linguagem corporal podem ser utilizados, porém dependendo da gravidade do autismo, podem não ser exatamente garantidos (NELSON *et al.*, 2017).

A dessensibilização desses pacientes durante os procedimentos médicos e odontológicos tem acontecido com o auxílio de estratégias comportamentais (NELSON *et al.*, 2017). Esses métodos apresentam a finalidade de promover um atendimento não invasivo e sem muitos estímulos gerados e é relevante que o cirurgião-dentista possa se adequar às rápidas mudanças e necessidades de cada paciente (AMARAL, CARVALHO e BEZERRA, 2016). A técnica de dessensibilização pode ser segura e efetiva para as orientações de higiene oral, efetivação do exame odontológico, aceitação de radiografias, cuidados preventivos e tratamento restaurador (NELSON *et al.*, 2017).

Há técnicas inerentes que auxiliam o tratamento odontológico desses pacientes, que são: Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (PECS), Análise do Comportamento Aplicada (ABA) e Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados à Comunicação (TEACCH) (BERKOVITS, EISENHOWER e BLASHER, 2017). O uso de uma abordagem visual durante visitas regulares ao consultório odontológico pode ser favorável,

pois ajuda as crianças com autismo nas etapas do tratamento, completando-as com sucesso e com um progresso mais rápido, exibindo ainda um menor sofrimento comportamental (MAH e TSANG, 2016).

A técnica de contenção física, através de estabilizadores, pode também ser utilizada como um método de proteção e segurança da criança, restringindo a liberdade de movimentos e auxiliando no exame, diagnóstico e tratamento (MARTY, MARQUET e VALÉRA, 2020).

### **2.2.2. Tratamento odontológico sob sedação e/ou anestesia geral**

A abordagem dos pacientes com autismo tem como objetivo um atendimento odontológico realizado corretamente, evitando predominantemente a dependência de intervenções farmacológicas e reduzindo o atendimento sob anestesia geral (MAH e TSANG, 2016). Contudo, há particularidades como a gravidade do transtorno, tentativas repetidas para aceitação do tratamento bucal e necessidade de procedimentos mais invasivos e, assim, o tratamento sob sedação consciente e/ou anestesia geral se apresenta como uma possível alternativa diante de quadros excepcionais (MANGIONE *et al.*, 2019).

Para atingir o nível de sedação é possível utilizar os benzodiazepínicos, que devido a sua ação ansiolítica estimulam o efeito sedativo, reduzindo o nível de atividade e excitabilidade (BAEDER *et al.*, 2016). No atendimento dos pacientes com autismo, após uma avaliação completa do histórico médico, pode-se dispor também da sedação consciente com óxido nitroso (MANGIONE *et al.*, 2019). Durante a técnica o paciente tem alteração no limiar de dor, permanecendo acordado e responsivo. O seu uso é seguro e eficaz, agindo decisivamente no comportamento, através da diminuição dos níveis de ansiedade (LADEWING *et al.*, 2016).

O tratamento odontológico de pacientes não cooperativos pode ser concluído em centro cirúrgico, com ausência ou mínimos efeitos adversos e com segurança e eficiência quando corretamente conduzidos, seguindo protocolos determinados. Nesse atendimento, em apenas uma visita, todos os procedimentos necessários podem ser realizados (CAMPBELL *et al.*, 2018).

## **3. METODOLOGIA**

Neste estudo foi desenvolvida uma revisão de literatura para viabilizar informações precisas sobre o tema do relato de caso. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados Scielo e Pubmed. Foram utilizados os seguintes descritores: “Transtorno autístico”, “Odontopediatria”, “Assistência Odontológica Integral” e variações entre esses termos. O período da coleta compreendeu os artigos publicados de 2014 a 2020, bem como um artigo histórico e tradicional de 1943. A seleção final dos artigos para inserção no texto se condicionou à inter-relação dos mesmos com o tema do relato de caso. Também se fez importante, na leitura sobre o tema, a inclusão de livro e manual de orientação, devidamente referenciados.

A apresentação do caso clínico decorreu de forma cronológica e detalhada. A responsável pelo paciente consentiu com o estudo e o desenvolvimento da escrita, bem como com a utilização de fotografias do



mencionado caso (Anexo A), além de ter recebido as devidas informações sobre a relevância clínica.

#### 4. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente G.R.S.A, seis anos de idade, sexo masculino, compareceu, em novembro de 2018, a um consultório odontológico privado na cidade de João Pessoa-PB acompanhado por sua mãe, que comunicou que o mesmo tinha o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista de grau não especificado. Anteriormente, o paciente já havia sido atendido em outro consultório, porém foi encaminhado para um tratamento especializado a pacientes com necessidades especiais.

A queixa principal, relatada pela responsável devido à falta de comunicação verbal do paciente, foi a presença de lesões cariosas e sinais indiretos de dor. Na anamnese, foi informado que o paciente tinha um acompanhamento médico, utilizava Risperidona 1mg durante a noite como medicação diária e não foi relatado nenhum histórico de doença grave e/ou traumas. Quanto à alimentação, o paciente tinha uma dieta rica em carboidratos, em horários variados durante o dia, e quanto aos hábitos bucais, observou-se a sucção não nutritiva (sucção digital). Em relação à higiene oral, foi explicada a dificuldade para realizá-la - ocasionalmente a criança permitia o uso do fio dental, porém a escovação em si custosamente era concluída, tanto pela falta de coordenação motora, como pela recusa do auxílio dos responsáveis.

Nesta consulta inicial, o paciente explorou gradualmente o consultório e foi feita a tentativa de manejo comportamental, porém houve uma considerável resistência. Ao exame extra oral não foram observadas alterações de normalidade. No que foi viável avaliar no exame intra oral, constatou-se o diagnóstico de cárie cavitada e lesão endodôntica, com sinal clínico de fístula, porém o exame não foi concluído (Fotografia 1).

**Fotografia 1-** Primeira consulta



**Fonte:**Acervo pessoal

Diante desse contexto, a equipe que assistiu o paciente ofereceu à responsável a opção de realizar inicialmente o tratamento odontológico em nível hospitalar, uma vez que o caso clínico demandava muitos procedimentos e o quadro presente possivelmente estava causando dor ao paciente. Esse fato também dificultou a conduta, pois, numa situação de dor, os procedimentos poderiam se tornar traumáticos, principalmente porque o paciente ainda não havia tido uma experiência positiva no consultório odontológico.

Logo, com o consentimento, o paciente foi levado por sua responsável para realizar os exames pré-operatórios necessários e para avaliação do risco cirúrgico e obteve, assim, a liberação.

Em janeiro de 2019, mantendo-se em jejum de no mínimo oito horas, o paciente se apresentou na sala de internação e depois foi encaminhado para o centro cirúrgico, acompanhado por sua responsável. Foi feita toda a monitorização do paciente por um médico anestesista para, dessa forma, realizar a punção venosa periférica (PVP), administração do soro fisiológico e da medicação. Houve o controle das vias respiratórias e, durante todo o tempo do atendimento odontológico sob sedação venosa, os sinais vitais do paciente foram monitorados por dispositivos próprios, de forma segura e sem nenhuma intercorrência.

Em sequência, houve a paramentação da equipe, preparo da mesa, dos equipamentos odontológicos e do campo operatório, antissepsia, aspiração, realização do exame clínico e plano de tratamento, já que não foi possível concluí-los previamente. Ao exame intra oral foi verificada a presença de gengivite nos dentes anteriores inferiores (quinto sextante), lesões cariosas ativas nos molares decíduos (54, 55, 64, 65, 74, 75, 84 e 85) e no molar permanente (26), destruição coronária e mobilidade nos molares decíduos inferiores esquerdos (84 e 85) (Fotografia 2).

**Fotografia 2-** Exame clínico.



**Fonte:**Acervo pessoal

O atendimento realizado em centro cirúrgico incluiu raspagem e curetagem periodontal do quinto sextante e o tratamento restaurador atraumático dos elementos dentários (54,55,64,65,74,75 e 26) com Ionômero de Vidro Convencional com Prata (Riva Silver). Previamente havia indicação de terapia pulpar nos dentes decíduos na região que, na consulta inicial, apresentava fístula, porém, devido ao grau de destruição coronária e mobilidade, foi realizada a exodontia dos elementos dentários 84 e 85, sendo possível observar a reabsorção radicular maior que 1/3 (Fotografia 3).

**Fotografia 3-** Atendimento odontológico realizado em centro cirúrgico.



**Fonte:** Acervo pessoal

O anestesiologista foi comunicado sobre o término dos procedimentos, procedendo com a aspiração e a inspeção final. O paciente foi encaminhado para a sala de recuperação pós-operatória e monitorado até o restabelecimento da consciência, eliminação de anestésicos e estabilização dos sinais vitais.

Houve o preenchimento do prontuário com o relatório do atendimento e as prescrições necessárias. A responsável recebeu as orientações sobre os cuidados pós-operatórios, medicações e retorno ao consultório. O paciente recebeu alta hospitalar e foi encaminhado para a sua residência após estar com adequadas condições de saúde.

Prosseguindo com o plano de tratamento, foram agendadas visitas ao consultório odontológico, mantendo o horário e a equipe com o intuito de ajudar na adaptação à rotina.

Em julho de 2019, o paciente foi levado à consulta, dessa vez sem quadro de dor e sem alta demanda de procedimentos. Realizou-se nessa sessão o manejo comportamental e individualizado do paciente, com apresentação e familiarização do ambiente odontológico.

A dessensibilização foi iniciada com o objetivo de promover confiança e adaptação, utilizando-se um material didático sobre escovação e depois a técnica de demonstração, através de fantoches com macro arcada e escova. Houve recusa para sentar na cadeira odontológica e o ambiente mais reservado com jogos e brinquedos gerou interesse e interação na criança. Além disso, foi tentado estabelecer o vínculo entre paciente, cirurgião-dentista e família, pois durante o atendimento, a profissional manteve a conversa com as responsáveis, buscando mais informações sobre o paciente e orientando quanto à higiene oral e aos hábitos alimentares (Fotografia 4).

**Fotografia 4-** Adaptação ao consultório odontológico e técnica de demonstração.



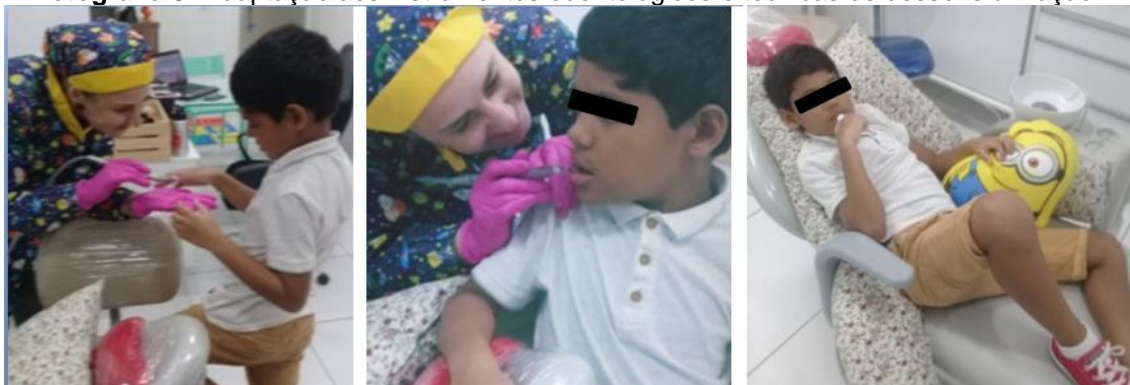
Fonte:Acervo pessoal

O retorno, em setembro de 2019, foi para mais uma consulta de prevenção, promoção de saúde e adaptação. Dessa vez, o paciente se apresentou mais familiarizado com o ambiente, sentou sozinho na cadeira odontológica e foi feita a mesma sequência de manejo, incluindo a técnica de dessensibilização para ele se habituar aos equipamentos, materiais, sons, odores e sabores, evitando respostas emocional e/ou comportamental inapropriadas.

A cirurgiã-dentista utilizou a técnica falar-mostrar-fazer com a caneta de baixa rotação e escova de Robinson, objetivando os demais passos nas consultas posteriores. A cada avanço praticou-se o reforço positivo, mostrando ao paciente, através de elogios e expressões, a importância da sua boa colaboração. Nessa sessão também foi verificada a presença de lesões cariosas cavitadas nos dentes 64 e 75.

O retorno para o tratamento restaurador foi agendado e a responsável pelo paciente foi informada sobre a necessidade e importância da sedação consciente com fármaco e sobre a possibilidade do uso da contenção física para a realização deste procedimento. A instrução de higiene oral e de cuidados com a saúde foi reforçada às responsáveis do paciente (Fotografia 5).

**Fotografia 5-** Adaptação aos instrumentos odontológicos e técnicas de dessensibilização.



Fonte: Acervo pessoal

Em outubro de 2019, antes da ida ao consultório, foram administradas 30 gotas de Neozine, ansiolítico utilizado na rotina do paciente. Nessa sessão foi desempenhada a sedação consciente por meio farmacológico para permitir um

tratamento tranquilo e sem interrupção. O fármaco de escolha foi o Midazolam, benzodiazepínico com dosagem de 7,5 mg, correspondente ao peso do paciente.

Com a autorização da responsável, o paciente também permaneceu em contenção física com estabilizador Godoy e faixas estabilizadoras, para garantir segurança e controlar os movimentos dos membros superiores e inferiores (Fotografia 6).

O dente 64 apresentou lesão cáriosa cavitada e o tratamento restaurador atraumático foi iniciado com curetagem e depois restauração com Ionômero de Vidro Convencional com Prata (Riva Silver). Durante o atendimento, o dente 75 foi diagnosticado com comprometimento pulpar e mobilidade, realizando-se, assim, a exodontia do mesmo. Após os procedimentos e orientação de higiene oral, o paciente foi liberado.

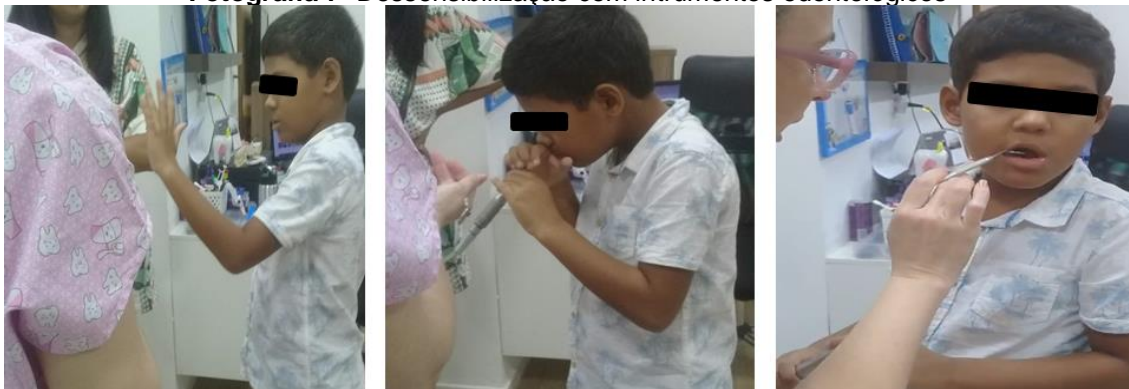
**Fotografia 6-** Tratamento restaurador sob sedação consciente e contenção física.



Fonte:Acervo pessoal

Em fevereiro de 2020 o paciente foi levado para consulta de rotina, na qual novamente foram feitas técnicas de manejo comportamental - dessensibilização. Ao exame clínico intra oral, foram observadas lesões cárias cavitadas nos elementos 55 e 65, com início de mobilidade e foi optado o acompanhamento, sem realizar o procedimento restaurador. A técnica de reforço positivo, verbal e com brinquedo, foi utilizada após a cooperação da criança (Fotografia 7).

**Fotografia 7-** Dessensibilização com instrumentos odontológicos



Fonte: Acervo pessoal

O paciente permaneceu sem atendimento odontológico durante um ano, devido ao tempo de pandemia do novo coronavírus (Covid-19) e à dificuldade do mesmo para corresponder às recomendações de segurança, a exemplo do uso da máscara e cuidados básicos de higiene. Todavia, houve a necessidade de retorno para avaliação do atual do quadro clínico em abril de 2021.

Com uso de vídeos, o paciente foi preparado antecipadamente para o novo ambiente e nova forma de paramentação da equipe odontológica. Previamente a cirurgiã-dentista foi informada, pela responsável do paciente, sobre a possível necessidade do tratamento restaurador. Foi optado por realizar a sedação consciente para avaliação e condução dos procedimentos odontológicos.

Foi administrado, 40 minutos antes do atendimento, o anti-histamínico Fenegan (dois comprimidos de 25mg), objetivando a potencialização do benzodiazepínico. No consultório odontológico foi administrado Midazolam, 10mg por via oral.

Músicas e vídeos também foram oferecidos na hora do atendimento, porém o paciente continuou apresentando resistência. Após algumas tentativas, optou-se administrar Midazolam injetável por via intramuscular, 5mg/5ml, para completar a ação. Com a autorização da responsável, foi realizada a contenção física com estabilizador Godoy e faixas estabilizadoras.

Com esse manejo e estabilização foi possível conduzir os procedimentos necessários, além do uso de abridor de boca para manter a contenção da abertura bucal. Foi realizado o selamento dos dentes 46 com Riva Self (Ionômero de Vidro Restaurador) e dos dentes 36 e 26 com Meron (Ionômero de Vidro para Cimentação).

Na consulta, foram tomados e reforçados os cuidados de biossegurança e manejo do paciente, com prevenção na produção e disseminação de aerossóis. Essa adaptação com horário restrito, local delimitado e recomendações ao paciente e responsável tornou o atendimento seguro e possível. As orientações de higiene oral foram planejadas e contínuas. Foi enfatizada a importância da manutenção do tratamento odontológico (Fotografia 8).

**Fotografia 8-** Interação paciente-profissional e atendimento sob sedação consciente e contenção física



Fonte: Acervo pessoal

Métodos de comunicação alternativa e técnicas comportamentais estão sendo introduzidas à rotina do paciente. Regularmente, o mesmo aceita com mais facilidade o uso do fio dental e, embora haja recusa para realizar a escovação, alguns meios têm sido utilizados para ajudar a criança em sua casa, como aplicativos, PECS sobre escovação, técnica falar-mostrar-fazer e interação com música (Fotografia 9).

**Fotografia 9-** Rotina de higiene oral do paciente



Fonte: Acervo pessoal

## 5. DISCUSSÃO

A visita regular ao consultório odontológico e as estratégias de manejo podem ser um auxílio na conclusão das etapas odontológicas, no controle das dificuldades comportamentais e emocionais e no alcance de experiências positivas aos pacientes com TEA (MAH e TSANG, 2016). É de significativa consideração que a equipe odontológica tenha aptidão para o acolhimento desses pacientes.

A intervenção precoce, iniciada tão logo haja suspeita ou imediatamente após o diagnóstico, é o padrão-ouro de tratamento para o TEA, realizado por uma equipe interdisciplinar (LOUREIRO *et al.*, 2019). Essa estimulação antecipada pode resultar em proveitos cruciais no desenvolvimento das crianças. A qualidade de vida desses pacientes é assegurada pelo exercício da equipe multiprofissional, que, acolhendo também o contexto familiar, tem auxiliado os cuidadores no enfrentamento do transtorno (GOMES *et al.*, 2015).

A técnica de dessensibilização apresenta resultados expressivos, pois tem colaborado na aceitação do exame odontológico de alguns pacientes, dependendo da gravidade do espectro, participação na terapia comportamental, comunicação, compreensão e interação social (NELSON *et al.*, 2017). A ansiedade e o medo durante o tratamento odontológico podem ser controlados através de algumas alternativas, entre elas está a sedação consciente, obtida por meios farmacológicos e não farmacológicos. Os benzodiazepínicos são utilizados com mais frequência na obtenção dessa sedação mínima (BAEDER *et al.*, 2016).

Essas técnicas podem não oferecer proteção durante o atendimento aos pacientes não colaborativos e com necessidades especiais. Dessa forma, a estabilização protetora se torna um reforço na condução dos casos (MARTY, MARQUET e VALÉRA, 2020). Por vezes, a sedação e a contenção física podem ser apenas parcialmente eficazes, com tempo curto de ação para a necessidade do paciente, assim sendo, o atendimento hospitalar se mostra como um recurso disponível, com resultados satisfatórios no tratamento odontológico de pacientes não colaborativos e com limitações físicas e/ou mentais (CAMPBELL *et al.*, 2018).

Uma relação segura entre profissionais, paciente e familiares contribui no avanço do atendimento, buscando a autonomia do paciente para sentar-se sozinho na cadeira odontológica, habituar-se ao exame clínico e permitir a condução do plano de tratamento (ORELLANA, MARTÍNEZ-SANCHIS e SILVESTRE, 2014). Os profissionais devem se capacitar para lidar com especificidades do espectro, pois a falta desse preparo e a alta demanda de pacientes são dificuldades inerentes ao atendimento de pacientes com TEA (AMARAL, CARVALHO E BEZERRA, 2016).

A manutenção e o reforço à aprendizagem em higiene oral, através da promoção e educação em saúde, favorecem significativamente a qualidade de vida desses pacientes. Apesar das principais limitações e do comportamento atípico, esses pequenos avanços são benéficos no ambiente familiar e odontológico (AMARAL, CARVALHO E BEZERRA, 2016). A atenção à saúde bucal à pessoa com autismo requer uma linha de cuidado e um atendimento especializado, seguro e com qualidade de ações.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transtorno do Espectro Autista se apresenta como um desafio à equipe odontológica, porém essa realidade não se torna decisiva diante do direito de cada paciente com autismo de receber um atendimento odontológico de qualidade, seguro e eficaz.

O presente caso sugere que diferentes técnicas de abordagem e manejo comportamental são úteis e apropriadas nas consultas, demonstrando progressos significativos. No entanto alguns pacientes apresentam alta demanda de procedimentos e são relutantes às tentativas de manejo. À vista disso, a partir de uma anamnese detalhada e observação do quadro clínico do paciente, ocasionalmente é impreterível realizar o atendimento odontológico sob sedação ou anestesia geral.

Há necessidade de estudos para que medidas eficazes de atendimento e planejamento sejam consolidadas, baseando-se num protocolo estabelecido.

## REFERÊNCIAS

AMARAL L.D.; CARVALHO T.F.; BEZERRA A.C. Bioethics focus to autistics vulnerability: the dental care in family health strategies. **Rev latinoam bioet**, Bogotá, v.16, n.1, p.220-233, jan. 2016.



BAEDER, F.M.; BACCI, J.E.; SILVA, D.F.; DA SILVA, P.H.L. Conhecimento de pacientes sobre o uso de benzodiazepínicos no controle da ansiedade em Odontologia. **Rev Assoc Paul Cir Dent**. São Paulo, v.70, n. 3, jul./set. 2016.

BARTOLOME-VILLAR, B.; MOURELLE-MARTINEZ, M.; DIEGUEZ-PEREZ, M.; DE NOVA-GARCIA, M.J. Incidence of oral health in paediatric patients with disabilities: Sensory disorders and autism spectrum disorder. Systematic review II. **J of Clini Experim Dent**, 0–0, jul. 2016.

BERKOVITS, L.; EISENHOWER, A.; BLASHER, J. Emotion Regulation in Young Children with Autism Spectrum Disorders. **J Autism Dev Disord**, v. 47, n. 1, p. 68-79, jan. 2017.

BRITO, A.R.; VASCONCELOS M.M. Conversando sobre autismo - reconhecimento precoce e possibilidades terapêuticas. In: Caminha VL, Huguenin JY, Assis LM, Alves PP. **Autismo: Vivências e Caminhos**. São Paulo: Blucher, 2016.

CAMPBELL, R. L.; SHETTY, N. S.; SHETTY, K. S.; POPE, H. L.; CAMPBELL, J. R. Pediatric Dental Surgery Under General Anesthesia: Uncooperative Children. **Anesth Prog**, 2018.

DIAS, Sandra. Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. **Rev latinoam psicopatol fundam**, São Paulo , v. 18, n. 2, p. 307-313, jun. 2015.

FERNANDES, C. S.; TOMAZELLI, J.; GIRIANELLI, V. R. Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. **Psicol USP**, São Paulo, v. 31, 2020.

FERRAZZANO, G.F.; SALERNO, C; BRAVACCIO, C.; INGENITO, A.; SANGIANANTONI G.; CANTILE T. Autism spectrum disorders and oral health status: review of the literature. **Eur J Paediatr Dent**, mar. 2020.

GOMES, P.T.M.; LIMA, L.H.L.; BUENO, M.K.G.; ARAÚJO, L.A.; SOUSA, N.M. Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre , v. 91, n. 2, p. 111-121, abr. 2015 .

GRIESI-OLIVEIRA, K.; SERTIE, A. L. Transtornos do espectro autista: um guia atualizado para aconselhamento genético. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 15, n. 2, pág. 233-238, jun. 2017.

KANNER, L. Autistic Disturbances of affective contact. **Nervous Child**, New York, v.2, p.217-250, 1943.

LADEWIG, V.M.; LADEWIG, S.F.A.M.; SILVA, M.G.; BOSCO, G. Sedação consciente com óxido nitroso na clínica odontopediátrica. **Odontol Clín Cient.[online]**, 2016.

LEANDRO, J.A.; LOPES, B. A. Cartas de mães e pais de autistas ao Jornal do Brasil na década de 1980. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 153-163, mar. 2018.

LOUREIRO, A. A. *et al.* **Transtorno do Espectro do Autismo. Manual de Orientação**; Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019.

MAH, J.W.; TSANG, P. Visual Schedule System in Dental Care for Patients with Autism: A Pilot Study. **J Clin Pediatr Dent**, 40(5):393-9, 2016.

MANDY, W.; LAI, M.C. Annual Research Review: The role of the environment in the developmental psychopathology of autism spectrum condition. **J Child Psychol Psyc**, mar. 2016.

MANGIONE, F.; BDEOUI, F.; MONNIER-DA COSTA, A.; DURSUN, E. Autistic patients: a retrospective study on their dental needs and the behavioural approach. **C Oral Investig**, jul. 2019.

MARTY, M.; MARQUET, A.; VALÉRA, M.C. Perception of Protective Stabilization by Pediatric Dentists: A Qualitative Study. **JDR Clin Trans Res**, out. 2020.

NELSON, T.; CHIM, A.; SHELLER, B.L.; MCKINNEY, C. M.; SCOTT, J. M. Predicting successful dental examinations for children with autism spectrum disorder in the context of a dental desensitization program. **J Am Dent Assoc** – Supplemental material.8 p., abr. 2017.

OLIVEIRA, B.D.C.; FELDMAN, C.; COUTO, M.C.V.; LIMA, R.C. Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação<sup>1</sup>. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 707-726, jul. 2017.

ORELLANA, L. M.; MARTÍNEZ-SANCHIS, S.; SILVESTRE, F. J. Training Adults and Children with an Autism Spectrum Disorder to be Compliant with a Clinical Dental Assessment Using a TEACCH-Based Approach. **J Autism Develop Dis** v. 44, p. 776–785. 2014.

TORDJMAN, S.; SOMOGYI, E.; COULON, N.; KERMARREC, S.; COHEN, D., BRONSARD, G. *et al.* Gene x Environment interactions in autism spectrum disorders: role of epigenetic mechanisms. **Front Psychiatry**. 5:53, ago. 2014.

**ANEXO A****TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, Tatiane Andréia da Silva, RG 3.206.285, responsável pelo paciente Gabriel Rodrigues Silva de Andrade, declaro que estou ciente e de acordo com a doação de todo o prontuário e fotografias referente ao tratamento odontológico do referido paciente para fins exclusivamente didáticos – pesquisa, educação e publicação em revista científica. Estou ciente que seu nome não será identificado em nenhum momento, e que tal documentação será guardada em local seguro.

João Pessoa – PB, 03 de maio de 2021.



---

Nome do Responsável (nome por extenso)

## AGRADECIMENTOS

A Deus, meu Pai amoroso, por Sua graça me sustentar até aqui, por me permitir sonhar os Seus sonhos e realizar a Sua vontade. A Sua misericórdia e fidelidade me abraçam a cada dia e me fazem alçar voos mais altos. À Nossa Senhora, por guardar-me em seu coração de Mãe, interceder sempre por minha vida e ser meu modelo de serva.

Aos meus pais, Simone e Fernando, por serem meus maiores incentivadores e por acreditarem tanto no meu sonho. Tê-los ao meu lado, como meus melhores amigos, é sustento para mim e sou muito grata porque o amor e a benção de ambos me acompanham diariamente. Obrigada por serem incansáveis no amor e nos esforços. Essa conquista é nossa.

Às minhas avós, Maria da Penha e Alzira (in memoriam), por plantarem em minha vida a mais bela semente: a fé. Obrigada por me ensinarem a rezar e por serem testemunho de oferta e simplicidade. Nosso amor é eterno, minhas vovós.

Aos meus irmãos e meus familiares por todo amor e apoio que recebo de cada um. Tenho uma família que partilha a vida comigo, que sorri e chora, ensina e encoraja. Quanta gratidão a Deus por tudo que são para mim.

Aos meus sobrinhos, Bernardo e Gabriel, por serem responsáveis por meus melhores sorrisos e aprendizados. Eles são tesouros que zelarei por toda vida.

Aos amigos, caros ao coração, por serem sinal do cuidado de Deus. Um amigo, de fato, leva a gente pra longe, vai à luta também e permanece até o fim. Em especial, aos que estiveram muito perto nesse tempo, Ingrid, Naha, Tarciano, Renata, Thaísy, Isabelle, Bruna, Inês, Maria Clara, Ana Stella, Marcellly, Joedna, Guilherme, Genival e Alírisson.

À Comunidade Doce Mãe de Deus, por ser o meu lugar na Igreja. Pela graça do Carisma que alcança minha história e me faz testemunha da Sua salvação. Tenho uma família em Deus que reza por mim e coloca no Altar a minha vida.

À minha orientadora, Profa. Ma. Smyrna Ximenes, por tamanha disponibilidade e dedicação a esse trabalho. Tê-la comigo nessa jornada foi uma escolha que me trouxe muitos ensinamentos, principalmente a humanidade e o amor à Odontologia e a cada paciente.

À Profa. Dra. Glória Pimenta, por me permitir acompanhar e fazer parte de todo atendimento odontológico do meu sobrinho, bem como por ser para mim uma referência em OPNE, por cativar esses pacientes tão especiais com seu amor e doação constantes.

À Profa. Ma. Eugênia Livia, por ministrar tão bem a disciplina de OPNE e por fazer parte da correção desse trabalho, enriquecendo-o com seus conhecimentos.

Aos meus professores da UEPB, por contribuírem com minha formação e por serem exemplos de profissionais, dedicando amor e respeito à docência e aos pacientes. Cada um deixou sua marca e ricos ensinamentos em mim.

À instituição de ensino UEPB, por me garantir, através de toda sua equipe e estrutura, um ensino superior de qualidade.

A cada paciente que fez parte do meu caminho e que me ensinou a colocar na prática o estudo e amor que tenho pela Odontologia e pelo dom da vida. Que as minhas mãos sejam instrumento de Deus para os que virão.

À minha dupla de clínica, Adriele Marinho, por estar comigo em todos os momentos ao longo do curso, mas, sobretudo na vida. Agradeço por sempre crescermos juntas, partilhando conhecimento e sendo força uma para outra.

Aos amigos que conquistei durante a graduação, em especial, Isabelle, Raiane, Thayanne, Wingson, Viviane e Isabela. Vocês fizeram a diferença e tornaram essa caminhada muito mais feliz e cheia de boas lembranças para vida toda.

À minha turma, T11, por ser parte da minha história e por tudo que vivemos juntos em busca do nosso sonho. Torço e rezo pelos passos de cada um, que Deus nos abençoe nesse novo tempo!