



CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Bruno Barros de Albuquerque

**TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE CRIANÇA COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA E TDAH: Relato de caso**

RECIFE- PE

2022

Bruno Barros de Albuquerque

**TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE CRIANÇA COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA E TDAH: Relato de caso**

Trabalho de conclusão de curso apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.

Orientador: Prof. Dr. André Cavalcante da Silva
Barbosa

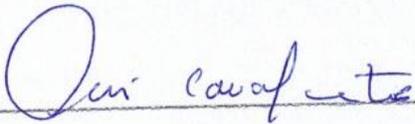
Área de concentração: Odontologia

Bruno Barros de Albuquerque

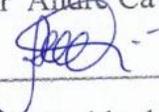
**TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE CRIANÇA COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA E TDAH: Relato de caso**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, com requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.

Aprovada em 27/08/2022 pela banca constituída dos seguintes Professores:



Prof. Dr André Cavalcante da Silva Barbosa



Prof. Dr Arnaldo de França Caldas Júnior



Prof. Dr Roberto Carlos Mourão Pinho

Recife, 27 de agosto, 2022

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, que iluminou o meu caminho durante todos esses anos. À minha família: minha mãe, pela vida, por acreditar sempre em mim, pela amizade, pelo companheirismo, pela paciência e incentivo em momentos difíceis que passamos durante esse tempo, ao meu pai pelo apoio de sempre, pela paciência, pelos ensinamentos sobre a vida, por estar sempre disponível. São meus exemplos, minha base, minha Fortaleza.

Ao professor André Cavalcante, meu orientador que é um exemplo de profissional e pessoa, agradeço imensamente por toda paciência, esforço, generosidade e confiança. Pela oportunidade, durante todo o período de elaboração desse projeto. Que Deus lhe abençoe sempre. Muito obrigado por tudo.

Professores Arnaldo Caldas e Roberto Mourão, os melhores professores que eu poderia ter, agradeço por estarem sempre dispostos a ajudar, pela paciência de sempre, pela amizade e por todo conhecimento passado. Os admiro pela forma que tratam a ciência.

E por fim, não poderia esquecer da minha turma da Especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, a Turma 1. A todos, muito obrigada por terem feito parte desse momento da minha vida. Que seus caminhos sejam sempre abençoados por Deus. Sucesso a todos! Agradeço a todos que de forma direta ou indiretamente me ajudaram a conquistar esse sonho, e chegar onde cheguei hoje. Que Deus os abençoe sempre.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível” (Charles Chaplin).

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo descrever o atendimento e tratamento de um paciente infantil com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O TEA e TDAH possuem demandas de interesse odontológico devido ao transtorno de processamento sensorial e distúrbio nas funções executivas. Ambas ocasionam dificuldades em seguir comandos, de autocontrolar impulsos e reações, e regulação de comportamentos sociais, alta sensibilidade sensorial, ocasionando respostas exacerbadas durante o uso de substâncias e equipamentos próprios do atendimento odontológico, tais como choro, mordidas, gritos, e outras formas de defesa e fuga. O paciente J.V.R.A., sexo masculino, 4 anos, chegou ao ambulatório levado pela mãe e faz uso crônico de risperidona. O atendimento foi guiado com o uso de técnicas de manejo do comportamento, como dizer-mostrar-fazer, adaptação da linguagem e controle da voz, mas o paciente mostrou reatividade comportamental mesmo diante destas técnicas, requerendo o uso de técnicas restritivas. Para realização do tratamento restaurador, utilizou-se contenção física com e sedação consciente com Dexmedetomidina e Mizadolam intranasais. O paciente permaneceu acordado e respondendo a comandos, sem alterações dos reflexos protetores e função ventilatória e cardíaca. Apesar de não atingir a indução de sono com a sedação, o uso conjunto das técnicas de sedação e manejo do comportamento oportunizaram o tratamento odontológico pelo cirurgião-dentista.

Palavras-chave: Administração do comportamento; Odontopediatria; Sedação consciente; Transtorno do Espectro Autista.

ABSTRACT

The present work intends to describe the care and treatment of a child patient with Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. ASD and ADHD have demands of dental interest due to sensory processing disorder and executive function disorders. Both cause difficulties in following commands, in self-controlling impulses and reactions, and in regulating social behaviors, high sensory sensitivity, causing exacerbated responses during the use of substances and equipment specific to dental care, such as crying, biting, screaming, and other forms of defense and escape. Patient J.V.R.A., male, 4 years old, arrived at the outpatient clinic taken by his mother and is on chronic use of risperidone. The care was guided using behavior management techniques, such as tell-show-do, language adaptation and voice control, but the patient showed behavioral reactivity even in the face of these techniques, requiring the use of restrictive techniques. To perform the restorative treatment, physical restraint was used with conscious sedation with intranasal Dexmedetomidine and Mizaram. The patient remained awake and responding to commands, without changes in protective reflexes and ventilatory and cardiac function. Despite not achieving sleep induction with sedation, the combined use of sedation techniques and behavior management provided an opportunity for dental treatment by the dentist.

Key words: Behavior Control; Pediatric Dentistry; Conscious Sedation; Autism Spectrum Disorder.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	RELATO DE CASO	7
3	DISCUSSÃO	12
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
	REFERÊNCIAS	17

1 INTRODUÇÃO

Para odontologia, considera-se paciente especial aquele que demanda um atendimento diferenciado de forma permanente, a exemplo das deficiências visíveis e não identificáveis, ou por um período da vida, como gestantes e pacientes oncológicos (SANTOS; HORA, 2012). Em suma, devido as demandas físicas, intelectuais e socioculturais, os indivíduos com necessidades especiais tendem a sofrer comprometimentos da saúde oral, e, assim, necessitam de cuidados muito específicos de acordo com suas necessidades individuais (SANTOS; HORA, 2012).

Neste complexo grupo de pacientes com necessidades especiais inclui-se os indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), deficiência de origem genética e que compromete o neurodesenvolvimento de crianças, caracterizado pela deficiência persistente em três domínios do desenvolvimento, que são a interação social, a comunicação, e presença de padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades (SANTOS; HORA, 2012; D'ALÒ *et al.*, 2021).

Não se trata de uma doença e sim de uma deficiência, logo não existe cura e sim o tratamento do TEA, que consiste na combinação de intervenções por técnicas de psicologia aplicadas, e o tratamento farmacológico coadjuvante, ambos direcionados para os sintomas e condições psiquiátricas associadas como transtorno opositivo desafiador (TOD) e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (D'ALÒ *et al.*, 2021).

Assim como o TEA, o TDAH é do interesse odontológico, pois requer diversas demandas devido ao transtorno de processamento sensorial e distúrbio nas funções executivas (D'ALÒ *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2021). O TDAH é caracterizado pela dificuldade em manter atenção e dedicação em algo por muito tempo, com predomínio de sintomas de desatenção, ou predomínio de sintomas de hiperatividade e impulsividade, e até com os sintomas combinados (SOUZA *et al.*, 2021).

Como já foi dito, o interesse odontológico nesses transtornos relaciona-se com o distúrbio nas funções executivas e o transtorno de processamento sensorial (BLOMQUIST *et al.*, 2006). Enquanto o distúrbio nas funções executivas ocasiona dificuldades em seguir e manter comandos, planejar e executar ações de forma organizada, além de autocontrolar impulsos e reações, ou seja, flexibilidade cognitiva e regulação de comportamentos sociais em geral, o transtorno do processamento

sensorial apresenta-se, além de outros sinais e sintomas, à sensibilidade oral, auditiva e olfativa com intolerância a aceitar determinados sabores, consistência, texturas e sons, ocasionando respostas exacerbadas ou hipossensíveis durante o uso de substâncias e equipamentos próprias do atendimento odontológico (CASTRO; DE LIMA, 2018; SANTOS; HORA, 2012; SOUZA *et al.*, 2021; BLOMQVIST *et al.*, 2006).

O comportamento esperado nessas condições são os menos colaborativos, tanto pela fobia quanto pela dificuldade em organizar a concentração e inibição de impulsos, manifestados pelo choro, mordidas, gritos, e outras formas de defesa e fuga (BATISTA *et al.*, 2011; BLOMQVIST *et al.*, 2006).

Neste sentido, a adequação da odontologia mostra-se essencial, pois o tratamento odontológico geralmente envolve variáveis estressantes, capazes de produzir dor e outros tipos de desconforto, que concorrem para o aparecimento de comportamentos não cooperativos nestes pacientes (BATISTA *et al.*, 2011; BLOMQVIST *et al.*, 2006).

Entre os recursos que podem ser utilizados estão a adaptação do método de trabalho e caracterização da infraestrutura, além de incorporação de tecnologias físicas e psicológicas no atendimento (STEDILE, 2019). Também já estão bem estabelecidas as técnicas de manejo do comportamento divididas em técnicas restritivas — limitantes do movimento — como a estabilização protetora, a administração farmacológica (sedação consciente e anestesia geral), e técnicas não restritivas, como o dizer-mostrar-fazer, modelagem, reforço positivo, dessensibilização, distração, atividades lúdicas e comunicação não verbal (SILVA *et al.*, 2016).

O significado clínico da ansiedade odontológica e da odontofobia não devem ser subestimados. Portanto, é necessário sugerir que os profissionais que auxiliam estes pacientes saibam reconhecer e conduzir o manejo adequado e personalizado do comportamento, de forma a minimizar as possíveis reações adversas dos pacientes e garantir o sucesso do serviço (FIGUEIREDO *et al.*, 2020). Dito isso, o presente trabalho pretende descrever e discorrer sobre o atendimento de um paciente infantil com TEA e TDAH e as técnicas utilizadas para execução do tratamento.

2 RELATO DE CASO

Paciente J.V.R.A., sexo masculino, 4 anos, diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (CID-11 6A02 e 6A05, respectivamente). Chegou ao ambulatório em 19 de fevereiro de 2022 levado pela mãe. Na data do acolhimento foi realizada a anamnese da criança, bem como exame clínico e físico.

O paciente mostrou-se com sinais de ansiedade e reatividade comportamental de fuga e defesa bem característicos da idade maturacional e do transtorno de processamento sensorial encontrados em crianças autistas e com TDAH. O atendimento foi todo guiado com o uso de técnicas de manejo do comportamento, como dizer-mostrar-fazer, adaptação da linguagem e controle da voz. Diante da manutenção dos comportamentos não colaborativos, manifestados através de choro, gritos, chutes e tentativas de fuga ao debater o corpo, optou-se por aplicar contenção física, com o contentor/protetor imobilizador e auxílio da mãe para contenção da cabeça e também acalmar a criança (figura 3).

Figura 1 – Registro do paciente imobilizado sendo acalmado pela mãe



Fonte: Registro do autor.

Ainda sobre a anamnese respondida pela mãe, no que toca aos transtornos, possui comprometimento na comunicação verbal e da compreensão, e realiza respiração predominantemente oral. Faz uso crônico de risperidona (posologia de 1mg/ml 2 vezes ao dia) e melatonina (1mg a noite), ambos para modulação do comportamento, regulação do ritmo circadiano e tratamento da ansiedade. Sem outras alterações sistêmicas.

Com relação ao exame físico de saúde oral, apresenta fraturas dentárias, cáries, placas de biofilme e de cálculo, ressecamento e fissuras labiais. Realiza apenas uma escovação ao dia com creme dental comum e sem fio dental. Mostra-se altamente reativo à inserção da escova e pasta de dentes na cavidade oral. Apresenta sensibilidade ao frio e sangramento gengival, mas não sabe referir de quais dentes especificamente se trata. Sem outras alterações nos tecidos moles da cavidade oral.

Diante do exame clínico/físico do estado de saúde oral, definiu-se o plano de tratamento: pulpectomia do elemento 61 (apresenta fratura e secreção purulenta, via fístula em região de periápice); restauração dos elementos 64 e 65, 74 e 75, 61 e 54, 51 e 52, 62 e 63, para remoção de lesões por cárie, e por fim raspagem sub e supra gengival, profilaxia e aplicação tópica de flúor. O tratamento foi planejado para ser realizado em sete sessões, contudo, de acordo com a necessidade e tolerância sensorial do paciente, o tratamento foi adaptado, conforme a descrição no quadro 1 abaixo.

Quadro 1 – Síntese das datas e realização dos atendimentos odontológicos

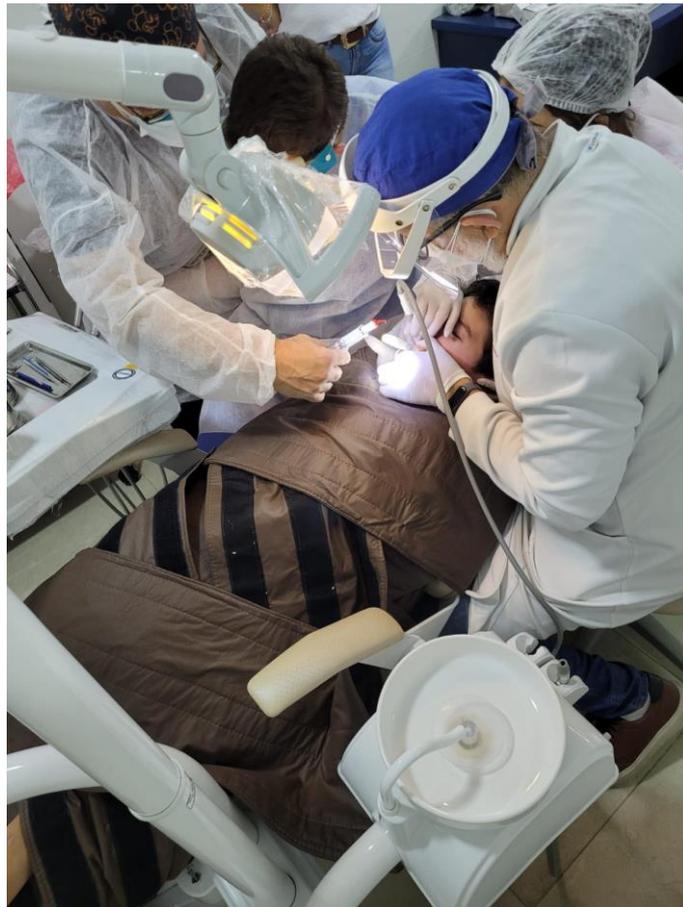
Data	Procedimentos, prescrições farmacoterapêuticas e observações
19/02/2022	<ul style="list-style-type: none"> - Contenção física com protetor imobilizador (figura 2), e sedação com cloridrato de dexmedetomidina (posologia: 0,5 ml intranasal). - Anamnese, exame clínico e físico, registro do plano de tratamento; - Profilaxia com pasta de pedra pomes e taça de borracha, aplicação tópica de flúor; - Saturação 97% e F.C. 95; - Prescrição medicamentosa de Amoxicilina 850mg + clavulanato de potássio 62,5mg/5ml (posologia: 2,5ml de 8 em 8 horas por 7 dias) para tratamento da secreção purulenta, via fístula, encontrada no dente 61.

25/03/2022	<ul style="list-style-type: none">- Contenção física com protetor imobilizador, e sedação com cloridrato de dexmedetomidina (posologia: 1ml dividido em duas vezes de 0,5 ml intranasal.- Remoção de cárie e restauração dos dentes 64 e 65 com ionômero de vidro fotopolimerizável;- Saturação 98% e F.C. 114;- Prescrição medicamentosa de orobase de triancinolona acetona;
28/04/2022	<ul style="list-style-type: none">- Remoção de cárie e restauração do dente 74 e 75 com ionômero de vidro fotopolimerizável;- Contenção física com protetor imobilizador, e sedação com midazolam (posologia 2 ml intranasal dividido em 4 doses de 0,25ml por vez);- Medicação foi mudada em virtude da baixa eficácia do Precedex nesse paciente- Saturação 97% e F.C. 118;
17/06/2022	<ul style="list-style-type: none">- Contenção física com protetor imobilizador, e sedação apenas com midazolam (posologia 2 ml intranasal dividido em 4 doses de 0,25ml por vez);- Paciente estava com fluidos nasais, sintomático de infecção das vias respiratórias, não sendo recomendada sedação profunda por deprimir a respiração;- Remoção de cárie e restauração do dente 54 com ionômero de vidro fotopolimerizável; ajuste oclusal dos dentes 74 e 75;- Saturação 99% e F.C. 108;
29/07/2022	<ul style="list-style-type: none">- Contenção física com protetor imobilizador, e sedação apenas com cloridrato de dexmedetomidina (posologia: 1 ml intranasal dividido em 2 doses de 0,25ml por vez);- Houve retorno para a dexmedetomidina, mediante a também baixa eficácia do midazolam, além de não produzir efeitos negativos respiratórios);- Remoção de cárie e restauração do dente 54 (O), 84 (OV), e 85 (OVD), com ionômero de vidro fotopolimerizável;

	<ul style="list-style-type: none">- Paciente não tolera medicação por via oral, onde tentou-se fazer a Prometazina por essa via, porém o paciente vomitou;- Saturação 97% e F.C. 120.
--	--

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Figura 2 – Registro do paciente paramentado com protetor imobilizador



Fonte: Registro do autor.

Importante salientar que em todas as sessões a via intranasal foi a escolhida para a sedação, pois o paciente não aceita medicação via oral além das que já é habituado a tomar de forma crônica. As intervenções farmacológicas utilizada não foram eficientes como efeito sedativo, e o paciente permaneceu acordado em todos os atendimentos e procedimentos, servindo apenas para redução dos comportamentos auto e heteroagressivos, mas o choro e a tentativa de fuga foram mantidos.

Para auxiliar o atendimento, foi utilizado abridor de boca artesanal adaptado para o tamanho da boca da criança, confeccionado com paletas de madeira, gaze e esparadrapo (figura 3). O paciente segue em acompanhamento e a mãe recebeu orientações de higiene bucal, técnicas de escovação adaptadas para esse tipo de paciente e também recebeu um abridor de boca artesanal para levar para casa para auxiliar a escovação.

Figura 3 – Utilização de abridor de boca artesanal adaptado ao paciente



Fonte: Registro do autor.

3 DISCUSSÃO

Este trabalho buscou descrever o atendimento e adaptação do tratamento odontológico de um paciente pediátrico com TEA e TDAH. O TEA caracteriza-se por um transtorno de neurodesenvolvimento, manifestado através de algum nível de deficiência intelectual, dificuldade de comunicação, de relacionamento social e por desvios a estímulos sensoriais (KESSAMIGUIEMON; OLIVEIRA; BRUM, 2017). Já o TDAH apresenta um padrão persistente de desatenção, falta de concentração e comportamento hiperativo (MANTOVANI *et al.*, 2005). No caso apresentado, a incidência dos dois transtornos pode ser traduzido na intensa e mais frequente dificuldade em lidar com estímulos sensoriais, dificuldade de compreender e seguir instruções, bem como manter a calma mediante estímulos interpretados como ameaça ao organismo, como no caso dos sons e instrumentos utilizados no atendimento odontológico (GONÇALVES *et al.* 2016; MANTOVANI *et al.*, 2005).

Nesse caso, fica claro que a assistência odontológica para pacientes com necessidades especiais enfrenta dificuldades orgânicas, bem como pelas alterações comportamentais do paciente durante a realização de vários procedimentos clínicos (AMARAL *et al.*, 2011). Diante do exposto, o atual cenário da odontologia e da saúde requer cada dia mais a inserção de práticas de humanização, que consiste que a proposta profissional direcione seu atendimento a necessidade dos pacientes mais do que a boa execução da técnica (KESSAMIGUIEMON; OLIVEIRA; BRUM, 2017).

Conforme já mencionado, devido a idade, o grau de dificuldade de entender e acolher as instruções, diante dos estímulos sensoriais e invasividade dos procedimentos odontológicos, o paciente apresentou comportamento não colaborativo, manifestados através de choro, gritos, chutes e tentativas de fuga ao debater o corpo, sinais claros de reatividade comportamental por odontofobia, ansiedade. Nesse caso, um paciente pediátrico autista com grau de comprometimento da compreensão necessita da união de várias técnicas do manejo do comportamento, que vão desde a observação da comunicação de forma clara e objetiva, a adaptação dos procedimentos, e assim o cirurgião dentista (CD), deve dedicar-se ao estudo de novas opções viáveis para o paciente, bem como ser flexível em sua abordagem (AMARAL *et al.*, 2012; DELLI *et al.*, 2013).

Desde a sua descoberta, diversos estudos sobre o autismo colaboraram para que se chegasse à classificação atual, onde sua primeira descrição na literatura, pelo

psiquiatra suíço Eugen Bleuler, era considerada uma condição associada à esquizofrenia, caracterizado pelo afastamento da realidade (OLIVEIRA; SOUZA, 2021). Os estudos das décadas de 70 e 80 reuniram evidências para que o autismo fosse estudado de forma independente — e não comorbidade da esquizofrenia — além de criar um método de diagnóstico para o transtorno, onde o autismo foi incluído no rol de Diagnóstico de Transtornos Mentais III (OLIVEIRA; SOUZA, 2021).

Desde 2013, essa deficiência é denominada Transtorno do Espectro Autista, incluída no Código Internacional de Doenças (CID-10) na categoria de Transtornos Globais do Desenvolvimento (F84), unificando um grupo de condições clinicamente heterogêneas (OLIVEIRA; SOUZA, 2021; BORGES; MOREIRA, 2018). Contudo, buscando melhorias para essa população em termos de diagnóstico e tratamento, incluindo a exclusão de termos capacitistas, o novo Código Internacional de Doenças (CID 11), o qual entrou em vigor neste ano de 2022, unificou o autismo infantil, o autismo atípico, o transtorno desintegrativo da infância, transtorno com hipercinesia associada a deficiência intelectual e movimentos estereotipados, e outros Transtornos Globais do Desenvolvimento, na categoria 6A02 (OLIVEIRA; SOUZA, 2021). As subclassificações do TEA passam a ser de acordo com o nível de suporte em 1, 2 e 3, relacionando a presença ou ausência de deficiência intelectual e comprometimento da linguagem funcional, onde anteriormente era classificado como leve, moderado e severo (OLIVEIRA; SOUZA, 2021).

Nesse contexto, para o paciente em questão, além das técnicas não restritivas, foi utilizada a técnica de restrição do movimento com as faixas estabilizadoras. Segundo as evidências mais atuais, apesar de parecer uma abordagem muito invasiva e violenta, o uso da contenção visa reduzir o efeito dos movimentos abruptos de fuga, tanto para viabilizar o atendimento, condicionar a criança a compreender que esses movimentos não são eficazes, como também proteger a criança de qualquer injúria acidental, visto que muitos dos instrumentos utilizados pelo CD são perfurocortantes (CARDOSO; LOUREIRO, 2005).

Além disso, o paciente apresenta duas características marcantes da criança com TEA e TDAH, o uso crônico de melatonina e risperidona, bem como a incapacidade de aceitar ingerir medicamentos via oral devido ao distúrbio no processamento sensorial. A melatonina é administrada principalmente para melhora na qualidade do sono, com também melhora no comportamento hiperativo (ZUCULO, 2016). Já a risperidona tem

efeito ansiolítico e sedativo, atuando como um agente facilitador do sono, mas também produz efeitos contrários a ação da adrenalina, relaxando a musculatura e diminuindo a temperatura corporal central (ZUCULO, 2016). Ambas têm efeito protetivo anti-oxidante e antiinflamatório nos tecidos do sistema nervoso, auxiliando no bom funcionamento de comunicação sináptica e funções executivas (ZUCULO, 2016).

Ainda com o uso dessas medicações e das técnicas básicas de manejo do comportamento, o paciente manteve os comportamentos não colaborativos. Para isso, além da contenção mecânica, optou-se por aplicar a sedação, com dois tipos de fármacos muito comuns da prática clínica odontológica, o midazolam e o cloridrato de dexmedetomidina. O midazolam é um sedativo que age em crianças numa média de tempo de 19 minutos e tem meia vida de 90 minutos, tem efeito sedativo na diminuição do controle da consciência, mas não altera reflexos protetores como deglutição, tosse, função ventilatória e cardíaca, resposta a estímulos físicos e verbais (RAMOS *et al.*, 2009). Já o cloridrato de dexmedetomidina, possui efeito sedativo e estabilizador hemodinâmico, sem produzir depressão respiratória, permitindo que, assim como o midazolam, os pacientes permaneçam cooperativos, e sejam facilmente despertados (AFONSO; REIS, 2012).

Mesmo utilizados em conjunto, não foram eficazes como sedação e indução do sono, servindo apenas para redução dos comportamentos. Apenas os chutes e choro continuaram, apesar da contenção e medicamentos. É importante dizer que intervenções farmacológicas nesses pacientes são sempre desafiadoras devido à heterogeneidade clínica, mas muitos estudos têm se mobilizado para compreender evidências quanto à eficácia, segurança, efetividade para diferentes fármacos, incluindo os *off label* como anti-histamínicos e anti-eméticos, com a finalidade de formular novos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (BARROS NETO; CYSNEIROS, 2019).

Com relação a grande quantidade de lesões cáries encontradas, a fratura dentária, a apresentação de pus e a necessidade de várias realizações de profilaxia, é preciso compreender a realidade de uma família responsável por uma criança com TEA. É do conhecimento geral que esse tipo de transtorno causa um grande impacto na rotina familiar, devido aos cuidados direcionados a terapia e adaptações aos estímulos sensoriais, que incorrem para negligência não intencional da higiene oral, como por exemplo, a adoção de dieta cariogênica, por ser os únicos alimentos

tolerados pela criança, ou a ineficiência da escovação, deixando uma condição de saúde bucal susceptível a caries (SILVA *et al.*, 2019).

Segundo Gebran e Gebert (2002) a escovação tem por finalidade promover a prevenção de doenças periodontais e manutenção do estado de saúde gengival para pacientes que foram tratados. Vale salientar a importância do fio dental como sendo imprescindível a prevenção e terapêutica periodontal, por ser o recurso mais eficiente de higiene interdentária (GEBRAN; GEBERT, 2002). Sendo assim, além das remoções de lesões cáries, foram realizados os procedimentos de profilaxia para recuperação da higiene bucal e a mãe recebeu orientações da importância e sobre métodos de escovação e de uso do fio dental (GEBRAN; GEBERT, 2002).

Por fim, se faz necessário fazer algumas considerações sobre as dificuldades enfrentadas por essas crianças no atendimento odontológico, que indicam quais fatores devem ser adaptados para melhorar a experiência odontológica e mudar a realidade epidemiológica do mau estado de saúde bucal dessas crianças. Os fatores mais descritos na literatura como desencadeantes de comportamentos não colaborativos pelas crianças com TEA e TDAH são o tempo de espera, intolerância aos sons e luminosidade do ambiente, intolerância as texturas e odores dos materiais dentários, intolerância também aos movimentos invasivos (BECHTLOF *et al.*, 2021).

Ao se deparar com todos esses fatores, um paciente pediátrico pode manifestar reações negativas e explosivas, na tentativa de fugir da submissão física do atendimento, e isso está exacerbado no paciente com TEA (BECHTLOF *et al.*, 2021). Sendo assim, em conjunto com os responsáveis da criança, o CD deve sanar os obstáculos do atendimento, através do estudo e capacitação profissional, adquirindo conhecimento para fazer modificações na abordagem do paciente (BECHTLOF *et al.*, 2021; NUNES *et al.*, 2017).

Os cuidados nesse tipo de atendimento perpassam a técnica da sedação e manejo, e compreendem a identificação da tolerância do paciente, adaptação da técnica, a exemplo da remoção seletiva de tecido cariado com cureta ao invés de caneta ultrassônica, melhor posicionamento dos instrumentários, ambientação lúdica do consultório, interrupções do procedimento para acalmar a criança, entre outros (NUNES *et al.*, 2017).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse trabalho foi descrever o atendimento, abordagem e procedimentos realizados na assistência à saúde bucal de um paciente pediátrico com TEA e TDAH associados. O estado de saúde bucal do paciente J.V.R.A. de 4 anos apresentava-se com uma fratura dentária, várias lesões por cárie e placa de biofilme bacteriano em vários dentes, muito característico dessa população.

Ao atendimento, o paciente manifestou diversas ações de comportamento não colaborativo. Para realização de seu tratamento, optou-se por realizar sedação com medicamentos já conhecidos e uso de contenção com protetor imobilizador.

Apesar de não atingir a indução de sono com a sedação, o uso conjunto das técnicas de sedação e manejo do comportamento oportunizaram o tratamento odontológico pelo cirurgião dentista.

Sendo assim, o CD é considerado apto para realizar atendimento e sedação de pacientes com necessidades especiais, desde que tenham formação necessária e compreensão de suas limitações, dedicação para adaptar os procedimentos as necessidades dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, Joana; REIS, Flávio. Dexmedetomidine: current role in anesthesia and intensive care. **Revista brasileira de anesthesiologia**, v. 62, p. 125-133, 2012.
- AMARAL, C. O. F. *et al.* Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para o atendimento odontológico. *Archives of Oral Research.*, v.8, n.2, p.143-151, mai/ago. 2012.
- BARROS NETO, Sebastião Gonçalves de; BRUNONI, Decio; CYSNEIROS, Roberta Monterazzo. Abordagem psicofarmacológica no transtorno do espectro autista: uma revisão narrativa. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 19, n. 2, p. 38-60, 2019.
- BATISTA, C. G.; NASCIMENTO, C. L.; ROLIM, G. S.; ROCHA, R. A. S. S.; RODRIGUES, A. F.; AMBROSANO, G. M. B.; MORAES, A. B. A. Student self-confidence in coping with uncooperative behaviours in paediatric dentistry. **European Journal of Dental Education**, v. 15, n. 4, p. 199-204, 2011.
- BECHTLOF, Maria Eduarda Olivetti *et al.* O paciente do espectro autista e as adequações em biossegurança em tempos de pandemia: uma revisão de literatura. **RSBO**, v. 18, n. 2, p. 339-47, 2021.
- BORGES, Vinícius Magalhães; MOREIRA, Lília Maria Azevedo. Transtorno do espectro autista: descobertas, perspectivas e Autism Plus. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 17, n. 2, p. 230-235, 2018.
- BLOMQUIST, My *et al.* Oral health, dental anxiety, and behavior management problems in children with attention deficit hyperactivity disorder. **European journal of oral sciences**, v. 114, n. 5, p. 385-390, 2006.
- CARDOSO, Cármen Lúcia; LOUREIRO, Sonia Regina. Problemas comportamentais e stress em crianças com ansiedade frente ao tratamento odontológico. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 22, p. 5-12, 2005.
- COSTA SANT'ANNA, L. F. C.; BARBOSA, C. C. N.; BRUM, S. C. Atenção à saúde bucal do paciente autista. **Revista Pró-UniverSUS**. v.8, n.1, p.67-74, jan/jun. 2017.
- CASTRO, Carolina Xavier Lima; DE LIMA, Ricardo Franco. Consequências do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na idade adulta. **Revista Psicopedagogia**, v. 35, n. 106, p. 61-72, 2018.
- D'ALÒ, Gian Loreto *et al.* Impact of antipsychotics in children and adolescents with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. **Health and quality of life outcomes**, v. 19, n. 1, p. 1-19, 2021.
- DELLI, K. *et al.* Manejo de crianças com transtorno do espectro do autismo no contexto odontológico: Preocupações, abordagens comportamentais e recomendações. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.**, v.18, n.6, p.862-868. 2013

FIGUEIREDO, L. M. HEIMER, M. V.; PUGLIESI, D. M. C.; ROMÃO, D. A.; RODRIGUES, R. F.; PORTO, I. C. C. M. Percepção da criança sobre a coloração do jaleco como equipamento de proteção individual, gênero e cor da pele do cirurgião dentista. **Scientific-Clinical Odontology**, p. 449, 2020.

GEBRAN, Mauro Pessoa; GEBERT, Ana Paula Oliveira. Controle químico e mecânico de placa bacteriana. **Tuiuti: Ciência e Cultura**, v. 26, n. 3, p. 45-58, 2002.

GONÇALVES, L. T. Y. R. *et al.* Conditions for oral health in patients with autism. **Int. J. Odontostomat.**, Pará, v.10, n.1, p.93-97. 2016.

KESSAMIGUIEMON, Valdir Gustavo Gonçalves; OLIVEIRA, Kaiqui Dal Cool; BRUM, Sileno Corrêa. TEA-Atendimento odontológico: relato de caso. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 8, n. 2, p. 67-71, 2017.

MANTOVANI, D. A. *et al.* Avaliação clínica no diagnóstico diferencial do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): relato de um caso. **Anais**, 2005.

NUNES, R. *et al.* Prevalência de alterações bucais em pessoas com deficiência na clínica da Universidade do Extremo Sul Catarinense. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo.**, São Paulo, v.29, n.2, p.118-28. 2017.

OLIVEIRA, Cecília Rezende de Almeida; SOUZA, José Carlos. Neurobiologia do autismo infantil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e11910111495-e11910111495, 2021.

RAMOS, Tércio Carneiro *et al.* Midazolam: aspectos clínicos e farmacológicos em sedação consciente: estudo retrospectivo avaliando 258 casos clínicos. **Innov. implant. j., biomater. esthet.(Impr.)**, p. 39-45, 2009.

SANTOS, Marcela F. Sousa; HORA, Ignez A A. Atenção odontológica a pacientes especiais: atitudes e percepções de acadêmicos de odontologia. **Revista da ABENO**, v. 12, n. 2, p. 207-212, 2012.

SILVA, Livia Fernandes Pires da *et al.* Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na odontopediatria. **Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo (Online)**, p. 135-142, 2016.

SILVA, M. J. L *et al.* Pacientes com transtorno do espectro autista: conduta clínica na odontologia. **Rev. Uningá., Maringá**, v.59, n.S5, p.122-129, jul/set. 2019

SOUZA, Isadora de Lourdes Signorini *et al.* Relações entRe funções executivas e tDaH em cRianças e aDolescentes: uma Revisão sistemática. **Revista Psicopedagogia**, v. 38, n. 116, p. 197-213, 2021.

STEDILE, Luiza Loredanna Moraes. **A humanização na disciplina de odontopediatria a partir das vivências dos estudantes na clínica-escola**. 2019. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SUAREZ, Alexandre Vicente Garcia; ANDRADE, Alana G.; BABINSKI, Simone G. Atendimento odontológico ao paciente portador do transtorno do espectro autista: uma abordagem comportamental. **Cadernos de Odontologia do UNIFESO**, v. 3, n. 1, 2021.

VAN HECKE, Ruth *et al.* Balanced Growth project: a protocol of a single-centre observational study on the involvement of the vestibular system in a child's motor and cognitive development. **BMJ open**, v. 11, n. 6, p. e049165, 2021.

ZUCULO, Gabriela Melloni. **Comportamento, fluência verbal e ritmos circadianos em indivíduos com o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) antes e após o uso de melatonina.** Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Universidade Estadual Paulista, Marília, SP. 2016.