



**CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS  
CAMPUS BENFICA  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**JOELMA FAUSTINO DA COSTA TUPINAMBÁ**

**TÉCNICAS DE MANEJO ALIADAS AO TRATAMENTO EM ORTODONTIA  
PREVENTIVA EM UM PACIENTE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO  
AUTISTA: RELATO DE CASO**

**FORTALEZA**

**2025**

JOELMA FAUSTINO DA COSTA TUPINAMBÁ

TÉCNICAS DE MANEJO ALIADAS AO TRATAMENTO EM ORTODONTIA  
PREVENTIVA EM UM PACIENTE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:  
RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado ao curso de Odontologia do  
Centro Universitário Christus, como  
requisito parcial para obtenção do título de  
bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Prof(a). Dra.Rebeca Bastos  
Vasconcelos Marinho

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Centro Universitário Christus - Unichristus  
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do  
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

T928t

Tupinambá, Joelma Faustino da Costa Tupinambá.  
Técnicas de Manejo Aliadas ao Tratamento em Ortodontia  
Preventiva em um Paciente com Transtorno do Espectro Autista:  
RELATO DE CASO / Joelma Faustino da Costa Tupinambá  
Tupinambá. - 2025.  
60 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro  
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,  
Fortaleza, 2025.

Orientação: Prof. Dr. Rebeca Bastos Vasconcelos Marinho.

1. TEA. 2. Manejo Psicológico. 3. Ortodontia preventiva. I. Título.

CDD 617.6

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, a Deus, por ser meu sustento e guia, e por me permitir chegar a este momento de realização. Sou grata pela promessa: "Até aqui nos ajudou o Senhor" (1 Samuel 7:12).

Ao meu amado esposo, Antônio Tupinambá, meu maior incentivador. Você acreditou em mim quando eu mesma duvidei, me encorajou todos os dias e tornou esta jornada muito menos difícil. Sua força foi meu pilar.

Ao meu filho, Nicolas. Todas as vezes que a vontade de desistir surgiu, a inspiração de ser um exemplo de persistência para você me impulsionou. Que você se lembre sempre: se o sonho é seu, só você precisa acreditar.

À minha orientadora, Professora Rebeca Bastos, minha profunda gratidão por sua orientação acolhedora e respeitosa. Agradeço a paciência, as valiosas sugestões e a constante disponibilidade. Sua expertise e dedicação foram essenciais para que este trabalho se desenvolvesse com confiança.

Ao Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), por toda a estrutura e conhecimento fornecidos, que consolidaram minha formação em Odontologia.

À família do paciente, por cederem a confiança e permitirem a realização deste relato de caso, que contribui de forma significativa para o conhecimento sobre o manejo de pacientes com TEA.

Aos professores que compuseram a Banca Examinadora, pela expertise e pelas valiosas contribuições durante a avaliação deste trabalho.

Aos amigos que dividiram comigo as agruras e as alegrias da graduação. E, por fim, a todos que, de alguma forma, colaboraram para a construção deste sonho.

## RESUMO

O transtorno do espectro autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento, manifestando déficits persistentes na interação social, na comunicação e por padrões de comportamento restritos e repetitivos. O presente trabalho abordou um relato de caso clínico de um paciente infantil com Transtorno do Espectro Autista (TEA), com o objetivo principal de explorar as técnicas não farmacológicas de manejo comportamental como estratégias que podem ser integradas ao tratamento ortodôntico para melhorar a cooperação e os resultados terapêuticos em pacientes nível 2. O paciente compareceu a uma centro universitário de referência, e ao exame clínico, teve diagnóstico de perda precoce de decíduos superiores e falta de espaço para acomodação dos dentes permanentes sucessores, indicando-se intervenção por ortodontia preventiva e interceptativa. O planejamento incluiu disjunção palatina, manutenção do espaço e nova disjunção por novo planejamento de desajuste da linha média superior, visando sempre minimizar o tempo de tratamento por ortodontia fixa. Observou-se que a adaptação das técnicas de manejo comportamental contribuiu significativamente para a aceitação do tratamento ortopédico em diferentes momentos das intervenções realizadas no paciente, que mesmo com intercorrências e replanejamento, promoveu uma experiência mais positiva e menos estressante. Conclui-se que a integração de técnicas de manejo no tratamento ortodôntico preventivo é essencial para o sucesso terapêutico em pacientes com TEA, destacando a necessidade de uma abordagem individualizada e interdisciplinar.

**Palavras-chaves:** TEA. Manejo Psicológico. Ortodontia preventiva.

## ABSTRACT

Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition characterized by persistent deficits in social interaction, communication, and restricted and repetitive behavior patterns. This study presents a clinical case report of a child with autism spectrum disorder (ASD), with the main objective of exploring non-pharmacological behavioral management techniques as strategies that can be integrated into orthodontic treatment to improve cooperation and therapeutic outcomes in level 2 patients. The patient attended a university referral center and, upon clinical examination, was diagnosed with early loss of upper deciduous teeth and lack of space to accommodate the permanent successor teeth, indicating the need for preventive and interceptive orthodontic intervention. The plan included palatal disjunction, space maintenance, and new disjunction due to a new plan for upper midline discrepancy, always aiming to minimize the treatment time with fixed orthodontics. It was observed that the adaptation of behavioral management techniques contributed significantly to the acceptance of orthopedic treatment at different times during the interventions performed on the patient, which, even with complications and replanning, promoted a more positive and less stressful experience. It is concluded that the integration of management techniques in preventive orthodontic treatment is essential for therapeutic success in patients with ASD, highlighting the need for an individualized and interdisciplinary approach.

**Keywords:** ASD. Behavioral management. Preventive orthodontics.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Foto de frente e perfil do paciente .....	21
Figura 2- Registro fotográfico prévio ao tratamento ortodôntico.....	23
Figura 3 – Primeira radiografia panorâmica do paciente infantil.....	23
Figura 4 – Registro fotográfico da instalação de elásticos ortodônticos. ....	24
Figura 5 – Registro fotográfico da moldagem. ....	24
Figura 6 – Instalação do disjuntor de Haas. ....	25
Figura 7 – Escala Visual com expressões faciais ilustrativas.....	26
Figura 8 – Reforço realizado com resina composta na face oclusal dos dentes 16 e 26.....	27
Figura 9 – Registro fotográfico do uso do dispositivo eletrônico para manejo comportamental.....	27
Figura 10 – Travamento do disjuntor tipo Haas. ....	28
Figura 11- Radiografia oclusal do paciente .....	28
Figura 12 – Recursos utilizados para distração do paciente .....	29
Figura 13 – Instalação do Botão de Nance .....	30
Figura 14 – Recurso lúdico utilizado – alimentos “amigos” e “inimigos” dos dentes.....	31
Figura 15 – Botão de Nance Deformado .....	32
Figura 16 – Escaneamento digital intraoral.....	33
Figura 17 – Instalação do disjuntor de maxila tipo Hyrax modificado .....	34
Figura 18 – Registro fotográfico da mãe (8º dia após disjunção com Hyrax modificado).....	34
Figura 19 – Uso de recurso visual para instrução de higiene oral .....	35
Figura 20 – Radiografia oclusal com o objetivo de avaliar a disjunção pelo Hyrax....	36
Figura 21- Remoção do gancho localizado no elemento 14.....	36
Figura 22- Uso de recurso digital (celular) para distração do paciente .....	37
Figura 23 – Radiografia panorâmica para análise de rizogênese de caninos.....	38
Figura 24- Escaneamento digital intraoral, evidenciando a técnica de distração com o uso de dispositivo eletrônico (celular). ....	39
Figura 26- Exodontia do dente 63.....	40
Figura 27 – Uso de imagens ilustrativas e reforço positivo no manejo comportamental do paciente .....	41

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

TEA – Transtorno do Espectro Autista

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TALE – Termos de Assentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>16</b>
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1. Definição e severidade do TEA .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2. Classificação do TEA e o atendimento odontológico .....</b>	<b>17</b>
<b>3.3. Técnicas de Manejo Aplicadas ao TEA .....</b>	<b>17</b>
<b>3.4. MÁS OCLUSÕES E TEA.....</b>	<b>17</b>
<b>3.5. Tratamento de ortodontia preventiva e interceptativa e TEA .....</b>	<b>17</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
<b>4.1. Objetivo Geral.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2. Objetivos Específico .....</b>	<b>21</b>
<b>5. MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>22</b>
<b>6. RELATO DE CASO.....</b>	<b>23</b>
<b>7. DISCUSSÃO .....</b>	<b>44</b>
<b>8. CONCLUSÃO .....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO I- PARECER CONSUBSTANIADO DO CEP .....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO III- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE).....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO IV- FICHA CLÍNICA DO PACIENTE .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO V – LAUDO MÉDICO DO PACIENTE .....</b>	<b>60</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O autismo, também nomeado de transtorno do espectro autista (TEA) é considerado uma síndrome comportamental de neuro-desenvolvimento. Caracteriza-se por alterações dos padrões de comportamento, combinados com a dificuldade de comunicação e interação social (ARAÚJO *et al.*, 2021). O TEA manifesta-se na primeira infância e acomete principalmente crianças do sexo masculino, e uma vez presente, o transtorno permanece no indivíduo durante toda a vida. O fato de a criança apresentar o transtorno, não significa que ela necessariamente tenha um déficit cognitivo (ARAÚJO *et al.*, 2021).

Acredita-se que seja de etiologia múltipla, associada a fatores ambientais, neurobiológicos e genéticos, e compromete o processo de desenvolvimento da criança. Não há relatos de uma causa específica para desencadear esse transtorno. O autismo pode acontecer de forma isolada ou em combinação com outros distúrbios mentais e normalmente é diagnosticado por psicólogos e psiquiatras (ARAÚJO *et al.*, 2021; SANT'ANNA; BARBOSA; BRUM, 2017).

A hiper ou hipossensibilidade a estímulos sensoriais é uma característica marcante do TEA, sendo crucial para o atendimento odontológico. Essa sensibilidade atinge o ambiente de consultório, a manipulação intraoral e o ruído dos equipamentos, impactando diretamente a capacidade de cooperação durante o tratamento (ARAÚJO *et al.*, 2021). Conhecer as particularidades sensoriais de cada paciente é o ponto de partida para a adaptação do ambiente e das técnicas clínicas (HIDALGO; SOUZA, 2022).

A frequência de indivíduos diagnosticados com TEA tem aumentado no decorrer dos últimos anos, e consequentemente leva a uma maior demanda de pacientes nos consultórios odontológicos. Isto traz a necessidade do preparo do dentista para atender estes pacientes, que por apresentarem necessidades especiais, geralmente possuem higiene bucal deficiente, devido ao déficit motor, sensorial e cognitivo. Com isso o cirurgião dentista torna-se aliado dos pacientes e cuidadores para promover uma saúde bucal adequado tratamento (ARAÚJO *et al.*, 2021).

Geralmente o primeiro contato do paciente portador de TEA ocorre de forma tardia. Os responsáveis, diante das dificuldades em realizar higiene bucal em casa e

devido à falta de cooperação da criança, demoram a levar o paciente ao consultório. Por demandar tempo para conseguir a confiança do paciente, normalmente, não se consegue êxito na primeira consulta. Por isso, inicialmente, o dentista deve condicionar o paciente e colher informações dos responsáveis através de uma minuciosa anamnese. Além de informar aos pais e /ou cuidadores sobre a importância do cuidado com a higiene bucal e ensinar as técnicas para que eles possam reproduzir em casa (ARAÚJO *et al.*, 2021).

Diversos fatores podem influenciar o comportamento infantil no ambiente odontológico, tais como idade, nível de maturidade, relacionamento com os pais, presença de dor, forma de abordagem da equipe profissional e experiências odontológicas prévias. Torna-se fundamental que o profissional conheça os diferentes padrões de comportamento apresentados pelas crianças, bem como os aspectos básicos do desenvolvimento psicológico esperados em cada faixa etária. Esse conhecimento possibilita a seleção adequada das estratégias de manejo, com o objetivo de reduzir medo, ansiedade e comportamentos opositores, favorecendo uma experiência positiva para a criança e seus responsáveis. Para isso, podem ser utilizadas técnicas farmacológicas e não farmacológicas, sempre respeitando princípios éticos e de segurança física e psicológica (American Academy of Pediatric Dentistry – AAPD, 2022).

Na literatura, as principais técnicas de manejo comportamental não farmacológico descritas incluem: falar-mostrar-fazer, comunicação não verbal, controle de voz, reforço positivo, distração, modelagem ou imitação, estabilização protetora e, em casos específicos, o mão-sobre-a-boca. Cada uma delas possui indicações, limites e formas de aplicação que devem ser individualizadas conforme a necessidade do paciente, a experiência prévia da criança e a aceitação dos pais ou responsáveis (Wright *et al.*, 2014; AAPD, 2022).

O presente relato de caso justifica-se pela necessidade crescente de aprofundar o conhecimento sobre o atendimento odontológico de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), especialmente aqueles com nível de suporte 2, que frequentemente apresentam dificuldades comportamentais, sensoriais e de

cooperação durante procedimentos clínicos. A literatura evidencia uma escassez de estudos aplicados que descrevam, de maneira detalhada, a associação entre técnicas de manejo comportamental e intervenções ortodônticas preventivas e interceptativas nessa população, apesar da alta prevalência e complexidade das más oclusões observadas nesses pacientes. Assim, relatar a condução de um caso real, destacando desafios, estratégias e adaptações necessárias, contribui significativamente para a prática clínica, oferecendo subsídios para que cirurgiões-dentistas possam desenvolver condutas individualizadas e humanizadas, favorecendo a inclusão e o sucesso terapêutico de crianças com TEA no contexto da ortodontia preventiva.

## **JUSTIFICATIVA**

Dentro do contexto apresentado, o presente trabalho visa ter como objetivo apresentar e discutir um caso clínico sobre a importância do manejo odontológico no tratamento odontológico, por ortodontia preventiva e interceptativa, no paciente com TEA por meio da análise dos acometimentos bucais, bem como apresentar os desafios enfrentados pelo cirurgião-dentista frente a toda complexidade dessa população.

## 2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

### 2.1. Definição e severidade do TEA

O Transtorno do Espectro Autista é uma condição do neurodesenvolvimento que se manifesta por déficits persistentes na interação social, na comunicação e por padrões de comportamento restritos e repetitivos (ARAÚJO *et al.*, 2021). A designação "espectro" reflete a ampla variação nas manifestações clínicas e na gravidade dos sintomas entre os indivíduos (SANT'ANNA; BARBOSA; BRUM, 2017).

### 2.2. Classificação do TEA e o atendimento odontológico

Atualmente, o TEA é classificado pelo nível de suporte requerido pelo indivíduo, que varia do Nível 1 (menor suporte) ao Nível 3 (suporte substancial). Essa graduação é fundamental para o planejamento terapêutico, uma vez que o grau de necessidade de suporte está correlacionado à rigidez comportamental e à dificuldade de comunicação (HIDALGO; SOUZA, 2022).

Apesar de as necessidades de saúde bucal serem as mesmas dos pacientes neurotípicos, o desafio do atendimento em crianças com TEA reside nas comorbidades comportamentais e cognitivas. Pacientes com maior necessidade de suporte podem requerer abordagens mais complexas e, em alguns casos, o uso de sedação ou atendimento odontológico em ambiente hospitalar, enquanto aqueles com suporte mais leve geralmente respondem bem às estratégias de manejo não farmacológico (SANT'ANNA; BARBOSA; BRUM, 2017).

### 2.3. Técnicas de Manejo Aplicadas ao TEA

A literatura acadêmica é unânime ao apontar que o uso de técnicas de manejo comportamental adaptado é o pilar para o sucesso do atendimento odontológico em pacientes com TEA (SANT'ANNA, BARBOSA e BRUM, 2017). A previsibilidade das ações é um fator de redução de ansiedade, sendo a técnica Dizer-Mostrar-Fazer (Tell-

Show-Do) uma das mais recomendadas, pois permite que o paciente compreenda o procedimento antes de sua execução (ARAÚJO *et al.*, 2021).

Relatos de caso de pacientes com TEA bem-sucedidos enfatizam a importância de protocolos específicos, como o uso de reforço positivo e a modulação sensorial. Estratégias como o uso de óculos escuros para mitigar a hipersensibilidade visual ou permitir que o paciente utilize um objeto de autorregulação (stimming object) são vitais para a cooperação de pacientes com comportamento divergente (CATALDO CARES *et al.*, 2025). Adicionalmente, o uso de tecnologia digital, como o escaneamento intraoral, pode ser uma ferramenta fundamental ao eliminar o desconforto e o estresse da moldagem tradicional (CARES *et al.*, 2025).

#### **2.4. M ás Oclusões e TEA**

A população com TEA apresenta uma maior prevalência e complexidade de m ás oclusões e uma alta incidência de necessidades odontológicas não atendidas quando comparada a indivíduos neuroatípicos (PEARSON *et al.*, 2015). Estudos epidemiológicos confirmam que a necessidade de tratamento ortodôntico é significativamente maior nessa população, sendo avaliada pelos componentes de saúde e estético dentro do Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN) adotado no estudo (MEUFFELS *et al.*, 2022; PRYNDA *et al.*, 2025).

Essa alta prevalência de m á oclusão é multifatorial e está intrinsecamente ligada às características comportamentais do espectro. A dificuldade de cooperação na higiene oral contribui para a alta incidência de cárie e perda precoce de dentes decíduos, gerando perda de espaço no arco dentário. Soma-se a isso a presença de hábitos parafuncionais, como bruxismo e sucção labial, que atuam como agentes etiológicos diretos de discrepâncias esqueléticas e dentárias, exigindo intervenções ortodônticas preventivas e interceptativas (SANT'ANNA, BARBOSA e BRUM, 2017; CARES *et al.*, 2025).

#### **2.5. Tratamento de ortodontia preventiva e interceptativa e TEA**

Apesar da alta necessidade de intervenção, a realização do tratamento ortodôntico em pacientes com TEA é considerada desafiadora devido à necessidade de cooperação contínua e prolongada (PRYNDA *et al.*, 2025). No entanto, o tratamento não só é viável, como é recomendado, desde que o planejamento incorpore o manejo comportamental adaptado como etapa prioritária (CARES *et al.*, 2025).

O sucesso terapêutico reside na individualização do protocolo e no uso de recursos que minimizem o estresse. A utilização de aparelhos ortodônticos preventivos ou interceptativos deve ser precedida por um condicionamento comportamental que envolve a equipe multidisciplinar e os cuidadores (CARES *et al.*, 2025). O objetivo final do tratamento ortodôntico nesse grupo de pacientes vai além da correção oclusal, focando na melhoria da função, da estética e, consequentemente, na qualidade de vida do indivíduo (MEUFFELS *et al.*, 2022).

## **2.6 Seletividade Alimentar e Relação com TEA**

A seletividade alimentar é um dos comportamentos mais frequentemente observados em crianças com TEA), caracterizando-se por uma dieta limitada, recusa persistente de alimentos novos e preferência por características específicas como cor, textura ou temperatura. Estudos recentes mostram que a prevalência desse comportamento é significativamente maior em crianças com TEA quando comparadas a pares neuroatípicas, indicando que a seletividade é um marcador clínico importante e que tende a persistir ao longo do crescimento. Essa condição não apenas compromete a variedade alimentar, mas também pode impactar o desenvolvimento social e nutricional da criança (SANTOS *et al.*, 2022).

Diversas pesquisas destacam que fatores sensoriais desempenham papel central na seletividade alimentar em indivíduos com TEA. Hipersensibilidade ou hipossensibilidade tátil, gustativa e olfativa influenciam profundamente a aceitação de alimentos, fazendo com que pequenos detalhes como textura granulada, cheiro intenso ou temperaturas contrastantes que sejam suficientes para gerar rejeição imediata. Crianças com TEA apresentam maior dificuldade em processar estímulos sensoriais de forma integrada, o que torna a alimentação um evento potencialmente

aversivo. Assim, compreender o perfil sensorial individual é fundamental para planejar intervenções eficazes (MOURA & RIBEIRO, 2023).

As consequências clínicas da seletividade alimentar são amplamente documentadas e incluem risco aumentado de deficiências nutricionais, alterações no crescimento, desequilíbrios gastrointestinais e impacto na qualidade de vida da criança e da família. Estudos de 2023 e 2024 evidenciam que a falta de variedade alimentar está associada à ingestão insuficiente de micronutrientes essenciais, além de maior prevalência de constipação, irritabilidade e dificuldades comportamentais. Ademais, o estresse familiar tende a aumentar, especialmente durante as refeições, que se tornam momentos de conflito e ansiedade (CARVALHO *et al.*, 2024).

No que se refere às estratégias de intervenção, a literatura recente recomenda abordagens multidisciplinares envolvendo nutricionistas, terapeutas comportamentais e profissionais de saúde especializados. Protocolos modernos incluem técnicas de exposição gradual, dessensibilização sensorial, reforço positivo e treinamento parental, além de adaptações ambientais, como redução de estímulos e apresentação lúdica dos alimentos. Evidências apontam que intervenções estruturadas e individualizadas apresentam resultados mais consistentes na ampliação do repertório alimentar, sobretudo quando aplicadas precocemente e com participação ativa dos cuidadores (FERNANDES & LEMOS, 2025).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

O presente estudo tem como objetivo apresentar um caso clínico sobre o tratamento por ortodontia preventiva e interceptativa em um paciente infantil com TEA associada a importância da aplicação das técnicas de manejo odontológico para o sucesso do tratamento.

#### **3.2. Objetivos Específico**

- Relatar e identificar a importância das técnicas de manejo odontológico no tratamento por ortodontia preventiva e interceptativa no paciente infantil com TEA;
- Descrever e apresentar os desafios enfrentados pelo cirurgião-dentista frente a toda complexidade do TEA, durante o acompanhamento odontológico.

#### **4. MATERIAIS E MÉTODOS**

Tratou-se de estudo observacional descritivo, do tipo relato de caso, sobre o acompanhamento de um paciente com TEA, destacando o uso das técnicas de manejo não farmacológicas aliadas à ortodontia preventiva e interceptativa.

Este estudo buscou garantir tratamento precoce e especializado na área odontológica do paciente infantil;, realizado em ambiente universitário no Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS).Essa abordagem se torna necessária, pois o acompanhamento odontológico regular além de contribui para a prevenção e o tratamento de cáries e doenças periodontais, contribui para um crescimento e desenvolvimento orientado para a normalidade da oclusão, promovendo, assim, uma melhora significativa na qualidade de vida.

Por se tratar de um relato de caso clínico o paciente foi assistido e orientado antes, durante e após intervenções odontológicas e obteve tratamento garantido sem nenhum ônus ou prejuízo. Este estudo apresenta risco mínimo, similar ao de atividades rotineiras como conversar, tomar banho ou ler. Ofereceu o benefício de garantir tratamento precoce especializado na área da odontologia, acompanhamento em ambiente universitário durante, além de permitir o monitoramento e a intervenção precoce já que nesse caso o paciente também apresenta o diagnóstico de TEA. Desta forma, trará a melhoria da qualidade de vida do paciente.

O caso foi submetido ao comitê de ética vinculado a instituição via Plataforma Brasil, aprovado sob o número de parecer 7. 607.915 (ANEXO I), após a responsável assinar o Termo de Consentimento Esclarecido (TCLE) (ANEXO II) e a criança assinou com digital o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) (ANEXO III).

Todo o acompanhamento foi conduzido por professores especialistas e discentes da graduação, em ambiente supervisionado. As condutas clínicas foram registradas com documentação fotográfica e anotação em prontuário físico da instituição (ANEXO IV). O paciente foi orientado em todas as etapas do tratamento e compareceu a retornos periódicos para avaliação da evolução clínica, a fim de mensurar objetivamente os resultados do tratamento de ortodontia preventiva.

## 5. RELATO DE CASO

Paciente K.S.E.S, sexo masculino, 7 anos, diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista (TEA) com nível de suporte 2, compareceu ao serviço de odontologia da Clínica Escola do Centro Universitário (Unichristus), em Fortaleza, Ceará. O paciente foi inicialmente triado, em seguida, encaminhado para o atendimento em clínica de odontopediatria conforme faixa etária, onde foi questionado ao responsável sobre a queixa principal: a presença de cáries e a recolocação de um aparelho ortopédico mantenedor de espaço, previamente instalado por outros profissionais (Figura 1).

Figura 1- Foto de frente e perfil do paciente.



Fonte: Arquivo pessoal.

Durante a anamnese com ficha clínica (Anexo 2), conduzida de forma minuciosa, foram registrados dados como a idade dos pais, o número de semanas de gestação, o peso do nascimento da criança, além de eventuais anomalias congênitas e o histórico médico familiar. A mãe do paciente apresentou laudos confirmando o diagnóstico de autismo nível de suporte 2 (Anexo 3). Durante esse primeiro atendimento já foi percebido paciente era resistente ao atendimento com aversivo ao toque físico, que seria necessário um manejo de comportamento individualizado para o caso.

O atendimento teve início com um exame clínico extraoral, no qual não foram observadas discrepâncias ou assimetrias faciais. No exame clínico intraoral, avaliou-se a presença de cárie no dente 84, em sua face oclusal, e constatou-se a presença de raízes residuais nos dentes 53 e 54, no lado superior direito. Diante dessas alterações, intervenções terapêuticas foram propostas. O planejamento do plano de cuidado foi primeiramente estruturado com tratamento de adequação do meio bucal, com retornos semanalmente programados.

A conduta terapêutica seguiu a sequência de restauração do dente 84 com cimento de ionômero de vidro modificado por resina (RIVA), seguida pela exodontia das raízes dos dentes decíduos 53 e 54. As extrações foram realizadas com técnica I, utilizando sindesmótomo e fórceps 150, sob anestesia tópica e infiltrativa com lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000. Empregaram-se as técnicas de manejo comportamental associadas, como distração visual, comunicação verbal simples e a técnica “falar-mostrar-fazer”. O paciente apresentou leve nervosismo, usou fones durante todo o procedimento, enquanto assistia fixamente as imagens que passavam no celular, mas permaneceu sentado e permitiu o procedimento.

Após os procedimentos de adequação do meio bucal, foram solicitados exames complementares, incluindo registro fotográfico e radiografia panorâmica para avaliar dentes perdidos que revelou a constatar a necessidade de recuperação de espaço para a acomodação dos dentes permanentes (14,13,23 e 24), que mesmo não apresentando atresia maxilar, indicou-se a instalação de um disjuntor palatino fixo como planejamento de uma abordagem de ortodontia preventiva e interceptativa, de forma que independesse da colaboração do paciente para uso do mesmo, já que o paciente com TEA não teria maturidade cognitiva para uso de um dispositivo removível e corroborando com a solicitação da responsável (Figuras 2 e 3).

Figura 2- Registro fotográfico prévio ao tratamento ortodôntico.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 3 – Primeira radiografia panorâmica do paciente infantil.



Fonte: Arquivo pessoal.

Quinze dias depois, realizou-se nova avaliação e iniciou-se o planejamento ortodôntico, com instalação de separadores nos dentes 16 e 26, (Figura 4) visando a colocação do aparelho disjuntor palatino tipo Haas modificado. Na primeira tentativa de moldagem com alginato, o paciente apresentou resistência e ânsia, impossibilitando o procedimento. Após nova tentativa, foi feita aplicação de técnicas de manejo como modelagem de comportamento e falar - mostrar – fazer, e então a moldagem foi concluída com sucesso (Figura 5)

Figura 4 – Registro fotográfico da instalação de elásticos ortodônticos



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 5 – Registro fotográfico da moldagem



Fonte: Arquivo pessoal.

A cimentação do disjuntor foi realizada cimento de ionômero de vidro (MERON®), e acréscimo de resina nos fios de retenção anterior, devido ausência de dentes para apoio dos mesmos (Figura 6), e o paciente demonstrou boa aceitação após aplicação das técnicas “falar-mostrar-fazer” e distração associadas, para garantir a cooperação do paciente. Sua mãe recebeu orientações quanto a ativação do parafuso com um  $\frac{1}{4}$  de volta pela manhã e outro  $\frac{1}{4}$  a noite, durante 14

dias para expansão rápida da maxila segundo protocolo de Haas AJ. (1970), além das orientações quanto aos cuidados alimentares e com a higiene bucal.

Oito dias após a instalação, foi solicitado que o paciente retornasse para um acompanhamento mais individualizado, que ocorreu sem queixas. Após os 14 dias previstos, houve a necessidade de recimentação do aparelho, que havia sido “puxado” de sua posição pelo próprio paciente, antes mesmo de finalizar a ativação do parafuso conforme foi recomendado. Nesta ocasião, para avaliar o desconforto, foi entregue ao paciente uma escala visual com expressões faciais ilustrativas para que ele sinalizasse como se sentia (Figura7).

Figura 6 – Instalação do disjuntor de Haas.



Fonte: Arquivo pessoal.

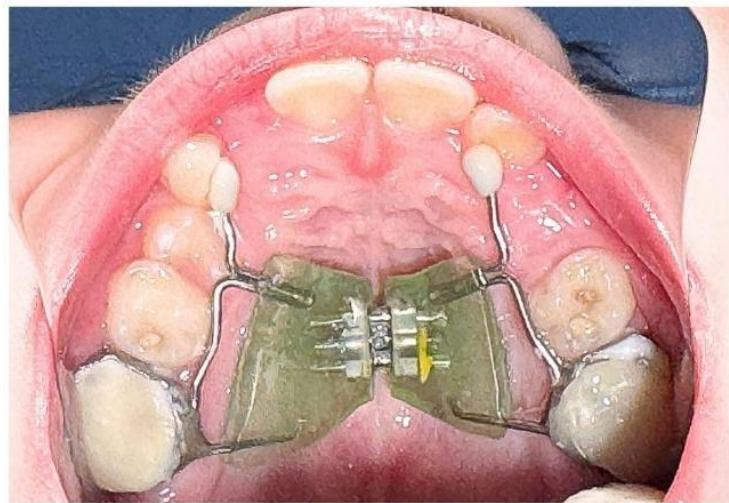
Figura 7 – Escala Visual com expressões faciais ilustrativas.



Fonte: Arquivo pessoal.

Apesar das orientações, o paciente apresentou nova dificuldade de adaptação, com queixas, nova remoção voluntária do aparelho, e a responsável não realizou nova ativação do parafuso. Foram necessárias mais duas novas cimentações por essa mesma causa, em um período de 40 dias da instalação. Foi necessário aplicar resina na face palatina dos dentes 52 e 62 para a ancoragem adicional e reforço com resina fotopolimerizável nas faces oclusais e distais dos molares 16 e 26, e reforçaram-se as orientações alimentares. A última consulta deste período, foi marcada pela presença da irmã mais nova como acompanhante, que causou fuga da rotina sem a presença materna, deixando o paciente agitado, hiperativo, mais incomodado do que o comum com a movimentação e conversas no ambiente da clínica universitária, contribuindo para um estado de maior irritabilidade do paciente, dificultando o atendimento. Diante disso, foi necessário empregar técnicas de manejo comportamental, como modelagem e o uso de um dispositivo eletrônico (celular), a fim de obter a atenção do paciente e permitir a conclusão do procedimento de reinstalação, e o atendimento foi finalizado com sucesso (Figura 8 e 9).

Figura 8 – Reforço realizado com resina composta na face oclusal dos dentes 16 e 26.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 9 – Registro fotográfico do uso do dispositivo eletrônico para manejo comportamental



Fonte: Arquivo pessoal.

Um novo retorno foi agendado após 7 dias, para monitoramento da última recimentação. O aparelho estava “frouxo”, mas não solto, e foi decidido ser logo recimentado como ato preventivo e agendado retorno em 7 dias.

Ao retornar sem intercorrências, nova orientação de ativação do disjuntor iniciou-se mantendo o protocolo de  $\frac{1}{4}$  de volta do parafuso, duas vezes ao dia. Após 14 dias houve retorno para avaliação, observou-se diastema entre os dentes 11 e 21, além da manutenção da boa relação transversal dos molares, indicando efetividade

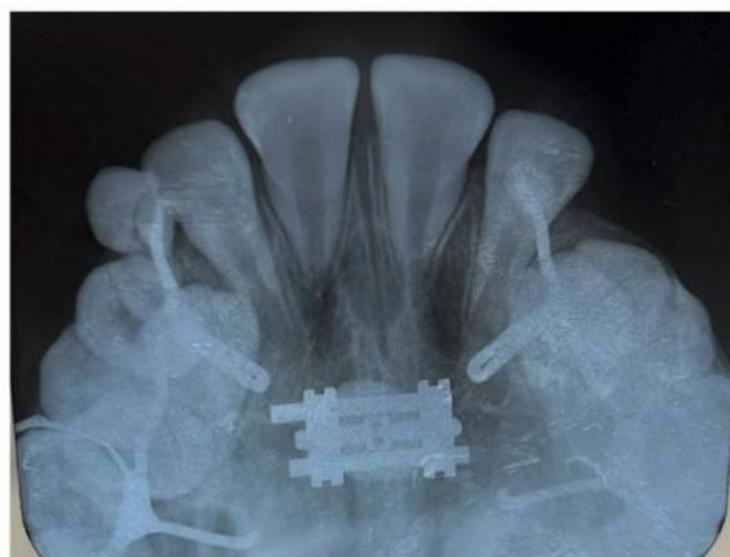
da ativação. Procedeu-se, então ao travamento do parafuso e foi solicitada radiografia oclusal para verificação da disjunção (Figura 10 e 11).

Figura 10 – Travamento do disjuntor tipo Haas.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 11- Radiografia oclusal do paciente.



Fonte: Arquivo pessoal.

Oito dias após a radiografia, foi necessária nova recimentação devido a incômodos com resíduos alimentares presos ao aparelho, relatado pela mãe. Empregou-se novamente o cimento ionomérico, com reforço em resina nas faces oclusais dos molares 16 e 26. Por volta de 90 dias de uso contínuo do aparelho como manutenção do espaço conquistado, ininterruptos e sem intercorrências, o

disjuntor foi novamente removido pelo paciente. Diante disso, foi resolvido ser hora de substituição do aparelho de Haas por um mantenedor de espaço tipo Botão de Nance, pois seria menos estrutura para incomodar e acumular alimento no palato, além de servir como estímulo e motivação para o paciente que solicitava “retirar logo” o primeiro aparelho.

Após instalação de separadores e prova de bandas, realizou-se nova moldagem com alginato. Considerando que o paciente apresenta TEA e, portanto, seu tempo de cadeira é reduzido, buscou-se conduzir o atendimento de forma breve e objetiva em sala mais particular, sem mais seguir atendimento em clínica acadêmica compartilhada.

Ao chegar no consultório próprio para pacientes portadores de necessidades especiais da Unichristus, o paciente demonstrou reconhecer os instrumentais que seriam utilizados, familiarizando-se e reconhecendo a equipe e manteve-se tranquilo durante todo o procedimento. De imediato, solicitou ao profissional um recurso para distração (desenho), que ganharia como recompensa, o que contribuiu para seu conforto e colaboração (Figura 12).

Figura 12 – Recursos utilizados para distração do paciente.



Fonte: Arquivo pessoal.

A instalação do Botão de Nance (figura 13) seguiu as técnicas de manejo habituais e foi cimentado com ionômero de vidro (MERON®). O paciente

apresentou boa aceitação pela novidade do aparelho, e a mãe foi novamente orientada quanto aos cuidados com a alimentação, enfatizando a redução na frequência da ingestão de alimentos açucarados e também foi recomendado que

evitasse oferecer alimentos duros ou pegajosos, a fim de prevenir possíveis danos ao aparelho. Foi agendado retorno para acompanhamento em 15 dias.

Figura 13 – Instalação do Botão de Nance



Fonte: Arquivo pessoal

Após 15 dias da instalação do mantenedor de espaço tipo Botão de Nance, o paciente retornou à clínica com o aparelho removido. A responsável legal relatou que o paciente manipulava o aparelho com a língua e os dedos. O aparelho foi recimentado utilizando cimento de ionômero de vidro (CIV) convencional (MERON®), e um incremento de resina composta fotopolimerizável foi adicionado à face oclusal dos dentes 16 e 26 para reforçar a ancoragem.

E apesar de fornecidas novas orientações à mãe sobre os cuidados alimentares e a importância de monitorar de forma constante o paciente para evitar a manipulação do aparelho. O paciente retornou após 15 dias, novamente com o aparelho removido. A mãe relatou que ele havia consumido chiclete, o que pode ter contribuído para a remoção do dispositivo. Reforçamos as orientações de cuidados e, para melhorar a compreensão do paciente, utilizou-se de um recurso lúdico com figuras ilustrativas (alimentos "amigos" e "inimigos" dos dentes) (Figura 14). O aparelho foi novamente recimentado seguindo o mesmo protocolo de CIV convencional (MERON®), e resina composta nas faces oclusais dos dentes 16 e 26. Porém, com pouco menos de 30 dias, o paciente retornou com o Botão de Nance removido e com bandas deformadas. A responsável legal relatou que o paciente tinha o hábito de ingerir grandes quantidades de alimento de uma só vez, o que levava ao acúmulo de resíduos no aparelho e, consequentemente, à sua manipulação. Apesar das tentativas de ajuste, o dispositivo não apresentou mais uma adaptação satisfatória.

Figura 14 – Recurso lúdico utilizado – alimentos “amigos” e “inimigos” dos dentes.



Fonte: Arquivo pessoal

O aparelho foi novamente recimentado seguindo o mesmo protocolo de CIV convencional (MERON®), e resina composta nas faces oclusais dos dentes 16 e 26. Um novo retorno foi agendado para 30 dias para verificar a adaptação do paciente ao aparelho. Após 28 dias da última reinstalação do aparelho, o paciente retornou com o Botão de Nance removido e com bandas deformadas (Figura 15). A responsável legal relatou que o paciente tinha o hábito de ingerir grandes quantidades de alimento de uma só vez, o que levava ao acúmulo de resíduos no aparelho e, consequentemente, à sua manipulação.

Apesar das tentativas de ajuste, o dispositivo não apresentou mais uma adaptação satisfatória.

Figura 15 – Botão de Nance Deformado



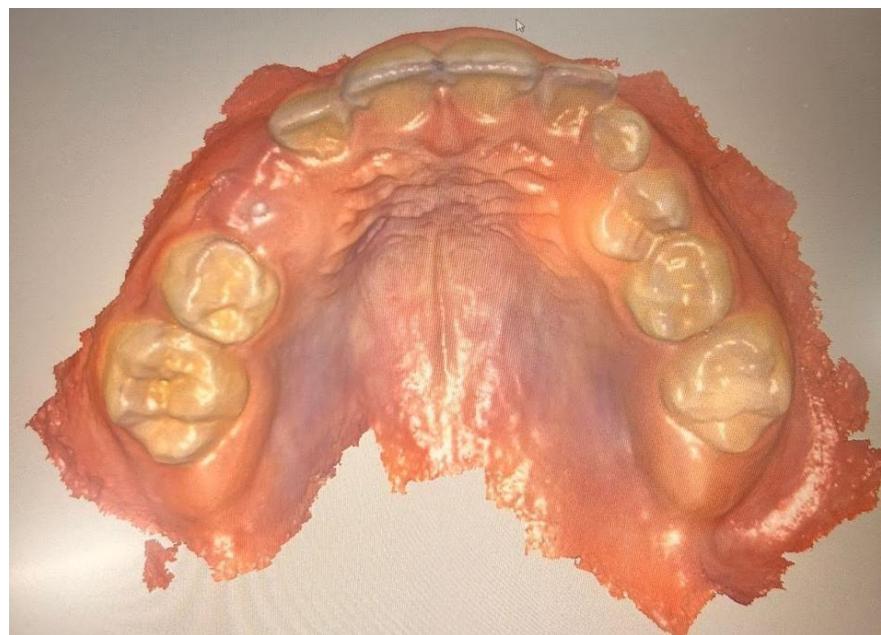
Fonte: Arquivo pessoal

Nesta mesma consulta, aproveitou-se o momento para replanejar o caso, e ao reavaliar clinicamente o paciente. Após avaliação intraoral, foi constatado um desvio da linha média para a direita associada a perda precoce do canino 53, o que indicou a necessidade de uma nova abordagem ortopédica.

Diante disso, optou-se pela substituição do aparelho. Foi planejada a confecção de um novo disjuntor tipo HYRAX, sem acrílico para favorecer higiene oral. Decidiu-se por realizar o escaneamento digital intraoral, pensando no conforto do paciente com TEA, que após várias intervenções, se fazia válido minimizar o estresse e desconforto de uma nova moldagem com alginato.

No momento do escaneamento oral, o paciente apresentava movimentos constantes, demonstrava cansaço ao manter a boca aberta e tentava manipular o equipamento utilizado. Para viabilizar a realização do escaneamento, foram empregadas técnicas de manejo comportamental, incluindo técnicas de distração, reforço positivo e controle de voz. Além da adaptação e convencimento para a posição adequada do paciente ter sido realizada pela acadêmica que já estava familiarizada como o caso desde o princípio, e que já possuía a confiança da criança com TEA, que tende a apreciar a regularidade e rotina do atendimento com as mesmas pessoas e mesmo ambiente (Figura 16).

Figura 16 – Escaneamento digital intraoral.

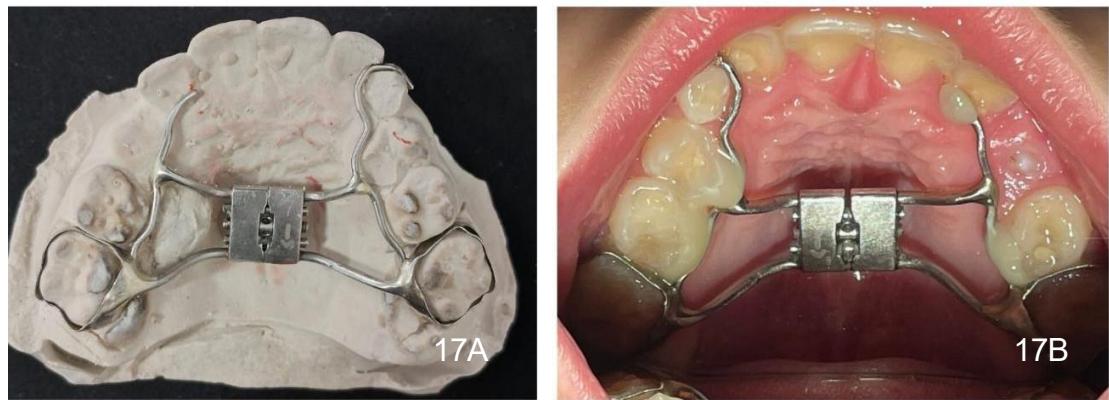


Fonte: Arquivo pessoal

Tais abordagens foram fundamentais para promover a colaboração do paciente e assegurar a conclusão do atendimento com êxito, respeitando suas limitações e necessidades específicas. Após seleção de bandas, com a referência das anteriores, seguiu-se pela impressão do modelo para viabilizar a confecção de um aparelho disjuntor de maxila tipo Hyrax modificado.

O paciente retornou à Unichristus para instalação do aparelho disjuntor de maxila tipo Hyrax modificado. O dispositivo foi cimentado nos dentes 16 e 26 utilizando cimento de ionômero de vidro modificado por resina (Vitremer<sup>TM</sup>). Para reforçar a estabilidade do aparelho, um incremento de resina flow foi aplicado nas faces palatinas dos dentes 12,22, 64, 65 e vestibular do 63. O paciente nesta fase já se encontra acostumado com a rotina, bem motivado, aceitou a instalação e recebeu elogios como técnica de motivação. Foi instruído o retorno após 7 dias para a primeira ativação do aparelho (Figura 17).

Figura 17 – Instalação do disjuntor de maxila tipo Hyrax modificado.



Fonte: Arquivo pessoal

Após o período de 7 dias, o paciente compareceu à clínica para o início do protocolo de ativação. A ativação inicial consistiu em quatro voltas no consultório, e instrução de seguir com ativações do parafuso para serem realizadas com o paciente em casa, na frequência de 1/4 de volta pela manhã e 1/4 de volta à noite, por um período de 14 dias. Foi solicitado a mãe para fazer o registro fotográfico em casa para verificar a abertura do diastema (Figura 18).

Figura 18 – Registro fotográfico da mãe (8º dia após disjunção com Hyrax modificado).



Fonte: Arquivo pessoal

Durante a consulta, foi realizado um momento de instrução de higiene oral, no qual foram utilizados recursos visuais (figura 19), como um modelo de arcada dentária impresso, para instrução de higiene oral ao paciente, demonstrando uma maneira de escovação que se adequasse a sua condição. O objetivo foi assegurar que o paciente compreendesse a maneira adequada de higienizar a área do aparelho, prevenindo traumas nos tecidos moles e garantindo a efetividade da limpeza.

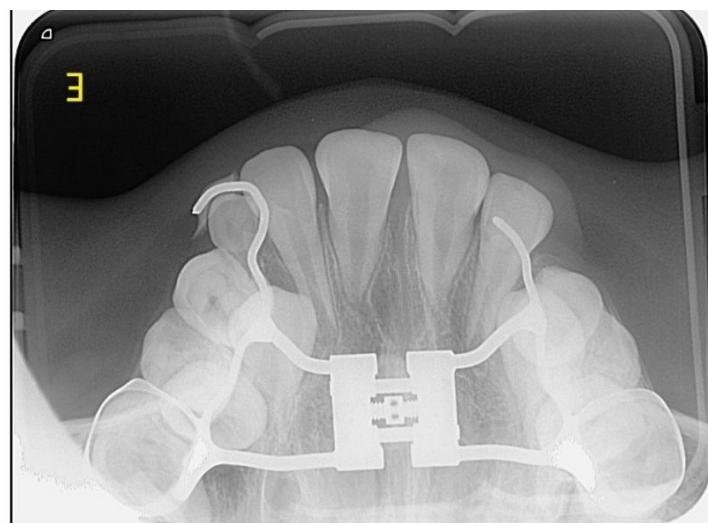
Figura 19 – Uso de recurso visual para instrução de higiene oral.



Fonte: Arquivo pessoal

O paciente retornou após 14 dias para realização do travamento do parafuso após disjunção maxilar, com incremento de resina fotopolimerizável nas faces oclusais dos dentes 16 e 26 para estabilização. Foi solicitado uma radiografia oclusal com o objetivo de avaliar abertura da sutura palatina mediana na região da linha média maxilar e um novo retorno foi então verificada a disjunção da rafe palatina entre os incisivos centrais superiores (Figura 20). O retorno foi realizado para travamento do parafuso do disjuntor.

Figura 20 – Radiografia oclusal com o objetivo de avaliar a disjunção pelo Hyrax.



Fonte: Arquivo pessoal

Paciente retornou após 90 dias com queixa de instabilidade do aparelho expensor em um dos lados. Ao exame clínico, observou-se perda do apoio em resina previamente confeccionado na região palatina do elemento 12, associada ao processo de erupção do elemento 14, o que resultou em desajuste do aparelho. O aparelho foi removido, e realizada a remoção de um dos ganchos (Figura 21) que estava localizado na região do dente 14, que estava erupcionando, para melhorar sua adaptação no arco dentário. Em seguida, procedeu-se à profilaxia para remoção de placa bacteriana, e o aparelho foi recimentado com cimento de ionômero de vidro (RIVA Light).

Figura 21- Remoção do gancho localizado no elemento 14.



Fonte: Arquivo pessoal

Durante o atendimento, foram aplicadas técnicas de manejo comportamental como distração, com o objetivo de minimizar a ansiedade e promover maior colaboração do paciente. Utilizou-se como recurso digital o telefone celular com vídeos específicos selecionados junto a mãe que relatou ter experiência positiva com os mesmos, que permaneceu nas mãos do paciente durante o procedimento clínico (Figura 22).

Figura 22- Uso de recurso digital (celular) para distração do paciente.



Fonte: Arquivo pessoal

A interação com o dispositivo proporcionou estímulos visuais e cognitivos que desviaram o foco da atenção, contribuindo para a redução da percepção de desconforto e facilitando a execução segura e eficaz da intervenção odontológica. Foram realizados os registros fotográficos e solicitada radiografia panorâmica para acompanhamento da rizogênese dos caninos (Figura 23).

Figura 23 – Radiografia panorâmica para análise de rizogênese de caninos.



Fonte: Arquivo pessoal

Após 28 dias do último atendimento, o paciente retornou à clínica escola sem o aparelho e sem uso há alguns dias, conforme relato da mãe, que também mencionou a persistência do hábito de manipulação do dispositivo, o que pode ter favorecido a retirada do aparelho. Diante desse cenário, tornou-se necessário reavaliar o plano terapêutico, considerando a confecção de um novo aparelho. Observou-se necessidade de espaço anterior para acomodação dos caninos e que com a perda precoce do 53, ainda havia desvio da linha média para o lado direito, optando-se pelo aparelho modelo Hyrax tipo borboleta, mais adequado às novas condições clínicas.

Para viabilizar essa etapa, foi realizado escolha novamente pelo escaneamento intraoral, recurso que já havia proporcionado sucesso na sua aceitação pelo paciente, além de oferecer maior precisão na elaboração do dispositivo e diminui o desconforto causado pelas moldagens convencionais feitas com alginato. Durante o atendimento, foram empregadas estratégias de manejo comportamental, como a técnica de distração com o uso de dispositivo eletrônico celular, visando facilitar a colaboração do paciente e reduzir possíveis resistências (Figura 24).

Figura 24- Escaneamento digital intraoral, evidenciando a técnica de distração com o uso de dispositivo eletrônico (celular).



Fonte: Arquivo pessoal

Objetivando favorecer ainda mais o ajuste natural da linha média e somando-se ao benefício do novo aparelho a ser cimentado, optou-se pela exodontia programada do dente 63 e pela sua exclusão do planejamento de ancoragem do novo aparelho disjuntor. A remoção do 63 visa um ajuste fisiológico para a correção da assimetria e a liberação do espaço para a erupção do dente sucessor permanente, promovendo um resultado ortodôntico mais favorável. Observou-se uma manifestação inicial de nervosismo (ansiedade) por parte do paciente. Não obstante, durante a execução do procedimento, o paciente demonstrou-se colaborativo e responsável, sinalizando a eficácia e o sucesso das técnicas de manejo comportamental implementadas (Figura 26).

Figura 26- Exodontia do dente 63



Fonte: Arquivo pessoal

Visando promover a cooperação do paciente e minimizar níveis de ansiedade durante o atendimento odontológico, foram aplicadas técnicas de manejo comportamental amplamente reconhecidas na literatura. Dentre elas, destacam-se a técnica falar-mostrar-fazer, demostramos os instrumentais inofensivos que seriam utilizados no atendimento, a técnica da modelagem, antes da realização da exodontia o paciente foi exposto a imagens ilustrativas que simulavam o atendimento odontológico em crianças, com o intuito de familiarizá-lo com a situação clínica de forma lúdica e positiva. Esse recurso funcionou como elemento de distração sensorial e foi estrategicamente aplicado no pré-operatório, contribuindo para a redução da ansiedade antecipatória. Durante todo o atendimento o paciente fez uso de fones de ouvidos. Ao término do atendimento, foi oferecido ao paciente um brinde simbólico, como forma de reforço positivo (Figura 27).

Figura 27 – Uso de imagens ilustrativas e reforço positivo no manejo comportamental do paciente.



Fonte: Arquivo pessoal

Atualmente, o paciente encontra-se em fase de acompanhamento, aguardando a instalação de um novo disjuntor para continuidade do tratamento. Observa-se o comprometimento notório da família em relação à adesão e acompanhamento das etapas do tratamento odontológico, o que tem contribuído significativamente para o sucesso terapêutico. O paciente, mesmo apresentando limitações inerentes ao TEA, demonstra-se colaborativo e apto à continuidade do uso dos aparelhos ortodônticos, graças à aplicação contínua de técnicas individualizadas de manejo comportamental adaptadas à sua condição. Está assegurado que o mesmo concluirá esta fase de ortodontia preventiva e interceptativa na infância, progredindo posteriormente para a ortodontia corretiva fixa, com o objetivo de promover o adequado alinhamento e nivelamento dos dentes permanentes, sob acompanhamento da equipe desta mesma instituição de ensino.

## 6. DISCUSSÃO

Nos últimos anos, observa-se um crescimento expressivo na prevalência de indivíduos diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Esse aumento tem gerado uma demanda crescente por atendimentos odontológicos especializados, exigindo que o cirurgião-dentista esteja preparado para lidar com as particularidades clínicas e comportamentais desses pacientes. Os principais desafios enfrentados no atendimento odontológico de indivíduos com TEA envolvem déficits na comunicação, padrões de comportamento restrito e repetitivo, além de alterações sensoriais que podem dificultar a abordagem convencional no consultório (ARAÚJO *et al.*, 2021). Dentro deste contexto o presente relato de caso destaca o desafio de manejar o padrão de comportamento e hábitos repetitivos que ocorrem comprometendo as sequências dos procedimentos ortodônticos em busca de confeccionar e instalar dispositivos ortopédicos.

Devido aos indivíduos portadores do espectro autista possuírem alteração na percepção sensorial, o uso de técnicas humanizadas e consultas com tempo reduzido ajudam no atendimento odontológico. Além desses fatores, a utilização de cartões de imagens ilustrativas e aplicativos móveis também influenciam positivamente nas consultas (, ARAÚJO *et al.*, 2021). Além de a comunicação entre o paciente e o dentista representar uma dificuldade durante o atendimento odontológico, principalmente quando se trata de pacientes com déficits sensoriais, pois estes pacientes geralmente apresentam dificuldade de socialização, medo e ansiedade exacerbados (ARAÚJO *et al.*, 2021). O caso relatado no presente trabalho, demonstra a importância da aplicação de técnicas de manejo comportamental no atendimento odontológico de um paciente infantil com Transtorno do Espectro Autista (TEA). A utilização da associação de técnicas de manejo como comunicação verbal simplificada, distração visual, uso de recursos lúdicos e a técnica “falar-mostrar-fazer” demonstrou eficácia conquista da colaboração do paciente durante todos os procedimentos dentro do planejamento, replanejamento e nos casos de intercorrências do tratamento ortodôntico.

A maioria dos pacientes com transtorno do espectro autista possui um estado de saúde bucal deficiente, requerendo assim um acompanhamento odontológico

mais frequente do que pacientes que não apresentem o transtorno. Assim, o profissional capacitado deve intervir da melhor maneira possível, sanando os problemas do paciente sem lhe causar traumas psicológicos (ARAÚJO et al., 2021). No presente caso, a queixa principal relatada pelo responsável do paciente foi a presença de lesões cariosas, condição frequentemente observada em pacientes com TEA. Em estudos prévios realizados em pacientes com TEA, embora esses indivíduos não apresentem alterações bucais específicas decorrentes do transtorno, há uma predisposição ao desenvolvimento de cáries e doenças periodontais. Tal predisposição está relacionada a dificuldades motoras, resistência ao cuidado diário com a higiene oral, seletividade alimentar e sensibilidade sensorial, a literatura descreve que, pacientes portadores de TEA não apresentam problemas de saúde bucal específicos à doença, mas é esperado que nesses pacientes o risco à cárie, problemas periodontais e ortodônticos sejam maiores, pois, geralmente eles possuem dificuldades motoras e também apresentam uma menor tonicidade muscular da face, além disso os cuidadores frequentemente oferecem alimentos macios e adocicados ( ARAÚJO et al., 2021). Nesse sentido, destaca-se a relevância da adequação do meio bucal, acompanhamento odontológico contínuo e da adoção de estratégias individualizadas, orientação e promoção de saúde aos cuidadores a fim de promover saúde bucal e prevenir precocemente complicações associadas aos pacientes infantis com TEA.

É relatado na literatura que as crianças autistas possuem facilidade de processamento visual, os cirurgiões dentistas podem utilizar ferramentas para melhorar a comunicação com esses pacientes (ARAÚJO et al., 2021). A utilização de filmes, cartões de imagem, aplicativos móveis aliados a técnica “falar, mostrar e fazer” reduzem a ansiedade dos pacientes, o estresse no atendimento e permitem a realização de procedimentos odontológicos de modo menos traumático Neste relato de caso apresentado, o paciente chegou à clínica escola apresentava histórico de resistências aos atendimentos e procedimentos odontológicos sem sucesso, sendo necessário a contenção física em todas as abordagens. Nos primeiros atendimentos ele apresentou resistências ao procedimento odontológico em diversos momentos. Para facilitar a comunicação e permitir que o procedimento fosse realizado de forma mais tranquila, foram utilizadas figuras que representavam

a etapa do atendimento, permitindo assim, que o paciente compreendesse visualmente o que seria feito, assim como também foi feito uso de distração por meio de recurso eletrônico o celular. Essa estratégia encontra respaldo na literatura pois, a utilização de cartões de imagem que representam objetos, pessoas ou atividades, proporcionam treinamento e comunicação funcional. Este método visual busca ajudá-los a obter as coisas que desejam e auxilia na interação entre o profissional e o paciente (ARAÚJO *et al.* 2021).

Outro fator essencial para o sucesso do atendimento odontológico de pacientes com TEA é a participação ativa dos pais e cuidadores, segundo (ARAÚJO *et al.* 2021), a participação ativa dos pais e cuidadores é essencial no atendimento odontológico de pacientes com TEA, uma vez que são eles que contribuem para a preparação prévia da criança, auxiliam no manejo comportamental e apoiam o profissional durante todo o processo terapêutico. Quando familiares compreendem a importância do tratamento e estabelecem uma relação de confiança com a equipe odontológica, o vínculo terapêutico se fortalece e os resultados clínicos são potencializados. É importante que haja harmonia e confiança entre os pais/cuidadores e a equipe odontológica (ARAÚJO *et al.*, 2021). A presença do responsável que tenha maior domínio e afinidade com a criança é fundamental em todas as consultas, priorizando que seja criado um vínculo afetivo entre a equipe profissional, o paciente e a família. O manejo psicológico de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) exige uma abordagem humanizada e adaptada às suas necessidades emocionais e comportamentais. Nesse contexto, a participação da família é fundamental para o sucesso do atendimento odontológico, pois pais e cuidadores desempenham papel ativo na preparação da criança, na redução de ansiedade e no suporte durante o processo terapêutico. Estudos recentes mostram que o envolvimento familiar contribui significativamente para minimizar comportamentos não cooperativos e favorecer experiências mais positivas no consultório. (VENTURA; ALVES; SANTOS, 2024). No caso clínico abordado neste trabalho além da utilização do recurso das técnicas de manejo não farmacológicas, a parceria com os cuidadores foi um dos pilares fundamentais para a evolução positiva do tratamento. Os pais do paciente, e em destaque a mãe, demonstraram assiduidade, envolvimento exemplar, acompanhando todas as

etapas do atendimento e contribuindo diretamente para a tranquilidade do paciente e o fortalecimento do vínculo de confiança com o profissional.

A literatura mais recente confirma a importância da atenção ortodôntica para crianças com TEA. Dois estudos de destaque, de PRYNDA *et al.* (2025) e MEUFFELS *et al.* (2022), fornecem uma base robusta para a discussão sobre a escassez de trabalhos e a maior demanda clínica. PRYNDA *et al.* (2025), em sua avaliação da necessidade de tratamento ortodôntico em crianças com TEA, demonstrou que estes pacientes apresentam necessidades de tratamento significativamente maiores em comparação com pares neurotípicos, uma disparidade observada tanto no componente de saúde, quanto no estético do Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN). O manejo de crianças TEA, como o paciente de nível de suporte 2 abordado neste relato de caso, apresenta desafios específicos que impactam diretamente a viabilidade e o sucesso do tratamento ortodôntico preventivo. A dificuldade em executar o tratamento, no entanto, não minimiza a elevada necessidade que esta população apresenta, porém, impõe ao profissional cirurgião dentista a necessidade de um planejamento terapêutico que alie o manejo comportamental a intervenções clínicas eficazes. A intervenção ortodôntica preventiva, como a aplicação de aparelhos mantenedores de espaço, e disjuntores, demonstrada neste trabalho, é crucial, dada a elevada necessidade de tratamento nesta população.

O presente estudo não apenas confirma a necessidade de tratamento ortodôntico nessa população, conforme indicado por PRYNDA *et al.* (2025) e MEUFFELS *et al.* (2022), mas, de forma crucial, fundamenta a metodologia para alcançá-lo. Qualificando-se a relevância de técnicas de manejo comportamental como comunicação verbal simplificada, distração visual (uso de celular), reforço positivo e o protocolo "falar-mostrar-fazer". Foi demonstrado que a adaptação dessas técnicas contribuiu significativamente para a aceitação do paciente às várias intervenções ortodônticas e para a promoção de uma experiência clínica mais positiva e menos estressante.

Reforçando esta constatação, MEUFFELS *et al.* (2022) ainda acrescentam a investigação da complexidade da má oclusão em crianças com TEA. Os autores concluíram que as más oclusões nesta população não são apenas mais frequentes,

mas também tendem a ser mais complexas do que as observadas em crianças neurotípicas. O estudo citado também apontou que a complexidade da má oclusão aumenta a dificuldade do tratamento e, consequentemente, a necessidade de intervenções especializadas. A maior prevalência e complexidade das más oclusões no TEA são atribuídas a uma combinação de fatores como no caso relatado do paciente que apresentou perdas precoces de dentes decíduos que acarretou uma série de consequências negativas na oclusão do paciente infantil, necessitando de intervenção da ortodontia preventiva precoce, visando minimizar a complexidade do caso em sua maioridade.

O TEA está frequentemente associado a hábitos parafuncionais, como a interposição lingual ou labial, e o bruxismo. Esses hábitos são determinantes na etiologia de más oclusões como mordidas abertas e sobressalências aumentadas. Risco odontológico elevado; a dificuldade sensorial e motora compromete a rotina de higiene oral, elevando o risco de cárie, doença periodontal e, consequentemente, a perda precoce de dentes decíduos. Esta perda, como diagnosticado no presente relato de caso, resulta na perda de espaço para os dentes permanentes e na necessidade imediata de aparelhos mantenedores. A complexidade da má oclusão somada aos desafios de manejo comportamental representa uma barreira significativa para o acesso e a conclusão do tratamento ortodôntico, resultando na lacuna de estudos de caso clínicos bem-sucedidos. Neste sentido, o manejo comportamental adaptado torna-se o pilar central para viabilizar o tratamento. O relato de caso de CARES *et al.* (2025), que descreve o tratamento ortodôntico bem-sucedido de um paciente com TEA de alto funcionamento e alterações sensoriais severas, corrobora diretamente a metodologia do tratamento com uso de dispositivos ortodônticos utilizados no paciente apresentado neste trabalho.

A abordagem de CARES *et al.* (2025) ainda destacou a importância de estratégias específicas, incluindo as técnicas de falar-mostrar-fazer, o uso de suporte audiovisual e o emprego de óculos escuros para minimizar os estímulos sensoriais excessivos (CARES *et al.*, 2025). Tais medidas espelham o protocolo adotado neste caso, além de o paciente no início do tratamento utilizava abafadores de ouvido durante a consulta odontológica para minimizar o estímulo auditivo, que no seu caso era mais impactante no momento.

O caso validou as sugestões de CARES *et al.* (2025), ao utilizar a tecnologia (escaneamento intraoral) como uma poderosa ferramenta de manejo, minimizando o tempo de cadeira e o desconforto da moldagem. Estes autores ainda relataram a dificuldade inerente à realização de moldagens convencionais, devido à sensibilidade oral e à ansiedade, foi superada pela tecnologia do escaneamento digital, que é uma ferramenta eficaz para reduzir o tempo de cadeira e eliminar o estresse sensorial. Observou-se que a utilização do escaneamento intraoral e a previsibilidade das etapas de instalação foram cruciais no presente caso relatado. Adicionalmente, a permissão para que o paciente aqui apresentado utilizasse o dispositivo eletrônico como o celular durante o atendimento funcionou como um elemento de autorregulação, replicando as estratégias de reforço positivo e modulação sensorial preconizadas na literatura para garantir a continuidade e a cooperação no tratamento ortodôntico.

O presente relato de caso preenche uma importante lacuna ao demonstrar que, com o uso de protocolos de manejo comportamental individualizados adaptando a comunicação e minimizando estímulos estressores e o emprego de tecnologia facilitadora como o escaneamento intraoral para evitar moldagens, é possível minimizar as dificuldades e executar com ganhos o tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo, mesmo em casos de intercorrências, complexidade comportamental e clínica. Desse modo, de acordo com Lima, Gomes e Almeida (2024), o atendimento odontológico a crianças com Transtorno do Espectro Autista deve ser planejado de forma individualizada, considerando as particularidades comportamentais e sensoriais de cada paciente. Para isso, é essencial que o profissional esteja capacitado e que o ambiente clínico seja adaptado, visando reduzir a ansiedade e permitir a execução eficiente dos procedimentos odontológicos. De acordo com Batista *et.al* (2025), em revisão integrativa atualizada sobre o manejo odontológico e pacientes acometidos com TEA destacou a necessidade de adequação da formação específica do cirurgião dentista e adequação do ambiente clínico, visando atender as particularidades desses pacientes, além de observar como principal limitação a ausência de protocolos clínicos padronizados direcionados ao atendimento odontológico dessa população. Observou-se no caso que foi seguido os protocolos adaptados da ortodontia

preventiva em crianças, porém o tempo todo ajustando-se e individualizando-o conforme a alteração comportamental do paciente. A continuidade do tratamento pode ser diretamente atribuída à combinação de fatores como o conhecimento do profissional, em compreender as alterações sensoriais e comportamentais inerentes ao TEA, as quais, segundo ARAÚJO *et al.* (2021), são as principais barreiras ao atendimento. Este conhecimento foi a base para o planejamento de um ambiente acadêmico clínico controlado e o uso de estratégias não farmacológicas adaptadas. A aplicação sistemática das técnicas de manejo, como o “falar-mostrar-fazer”, a comunicação visual, o reforço positivo e a distração sensorial, foram o diferencial para a construção da confiança e a obtenção da cooperação do paciente ao longo de todas.

## 7. CONCLUSÃO

O relato de caso demonstrou a viabilidade e a importância da aplicação de técnicas de manejo comportamental na condução do tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo, tornando - o viável mesmo sendo desafiador. Os resultados clínicos confirmam que a abordagem personalizada, a adaptação e associação das técnicas de manejo não farmacológico são o pilar central para superar os desafios inerentes à complexidade do TEA.

Em suma, o prognóstico do tratamento ortodôntico em pacientes com TEA pode ser favorável, desde que o profissional capacitado desenvolva um protocolo clínico individualizado, sempre reavaliando e adaptando ao contexto cognitivo do paciente, pautado na necessidade da intervenção da ortodontia preventiva e no manejo comportamental correto. O estudo salienta que a capacitação e a sensibilidade do profissional em enfrentar e driblar as possíveis intercorrências durante o atendimento odontológico, desmistifica os impedimentos impostos socialmente ao atendimento do paciente infantil com TEA e garante o direito à saúde bucal integral para crianças no espectro.

A partir do relato apresentado, confirma-se que o tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo em pacientes com Transtorno do Espectro Autista é possível, eficaz e clinicamente relevante, desde que sustentado por uma abordagem individualizada, interdisciplinar e centrada no manejo comportamental. O caso evidenciou que a cooperação do paciente depende diretamente da adaptação contínua das técnicas de manejo, como comunicação simplificada, reforço positivo, distração visual e previsibilidade das etapas clínicas. Entretanto, os desafios foram expressivos, especialmente a resistência inicial ao toque, a hipersensibilidade sensorial, a manipulação frequente dos aparelhos ortodônticos, as intercorrências com repetidas recimentações, o tempo reduzido de cadeira e a necessidade constante de replanejamento terapêutico, o que exigiu grande flexibilidade clínica e preparo técnico da equipe.

Dessa forma apesar dessas barreiras, a evolução positiva do paciente mostra que a combinação entre planejamento ortodôntico adequado, vínculo terapêutico e manejo comportamental personalizado é determinante para superar os obstáculos inerentes ao TEA e garantir um cuidado seguro, humanizado e alinhado às necessidades reais desse público.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, Fernanda Santos *et al.* Pacientes com Transtorno do Espectro Autista e desafio para atendimento odontológico – revisão de literatura. **Research, Society And Development**, [s.l.], v. 10, n. 14, p. e496101422317, 11 nov. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/download/22317/19822/269297>. Acesso em: 16 abril. 2025.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. 2022 AAPD – **Pediatric Oral Health Advocacy Issues**. Chicago, IL: AAPD, 2022. Disponível em: <https://www.aapd.org/globalassets/aapd-advocacy-handout.pdf>. Acesso em: 05 dezembro. 2025

BATISTA, V. M. A.; SILVA, A. N.; FIGUEIREDO, M. J. B. R.; ARAÚJO, J. B. A.; MELO, T. R. N. B.; MACIEL, P. P.; MARQUES, I. L.; MACIEL, P. P. Manejo odontológico em pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 5, p. 113-123, 2025. Disponível em: <https://bjlhs.emnuvens.com.br/bjlhs/article/view/5688>. Acesso em: 10 abr. 2025.

CARES, Oriana Michelle Cataldo *et al.* A propósito de un caso de tratamiento ortodóncico en un paciente con trastorno del espectro autista. **Revista de Odontopediatría Latinoamericana**, [s.l.], v. 15, p. e247703, 8 out. 2025. Disponível em <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/703>. Acesso em: 10 outubro. 2025

CARVALHO, V. G.; PRADO, K. M.; REIS, F. C. Consequências nutricionais da seletividade alimentar no TEA: evidências atuais. **Revista de Nutrição Clínica e Pediátrica**, v. 3, n. 1, p. 29–41, 2024. Disponível em: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/viewFile/1161/335>. Acesso em: 15 setembro. 2025.

FERNANDES, H. L.; LEMOS, C. A. Intervenções comportamentais e nutricionais na seletividade alimentar de crianças autistas. **Revista Interdisciplinar de Saúde e Neurodesenvolvimento**, v. 4, n. 3, p. 77–90, 2025. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/19774>. Acesso em: 25 setembro. 2025.

HAAS AJ. Palatal expansion: just the beginning of dentofacial orthopedics. **Am J Orthod**. 1970 Mar;57(3):219-55. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5263785/>. Acesso em: 03 novembro. 2025.

HIDALGO, Lucas Duarte; SOUZA, José Antonio Santos. ABORDAGEM DE CRIANÇAS AUTISTAS EM ODONTOLOGIA: uma revisão de literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [s.l.], v. 8, n. 5, p. 1462-1469, 31 maio 2022. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/5563>. Acesso em: 07 abril. 2025.

MOURA, T. S.; RIBEIRO, A. L. Perfil sensorial e comportamentos alimentares no autismo: avanços recentes. **Journal of Autism and Childhood Studies**, v. 5, n. 1, p. 112–125, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bpsiq/a/t4CjvXxkH4VvL9qGSZG8MDr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 outubro. 2025.

MEUFFELS, Stephanie A. et al. Malocclusion complexity and orthodontic treatment need in children with autism spectrum disorder. **Clinical Oral Investigations**, [s.l.], v. 26, n. 10, p. 6265-6273, 15 jun. 2022. Disponível em: PDF. Acesso em: 03 nov. 2025.

PEARSON, Natalie et al. The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity Among Adolescent Girls: a meta-analysis. **Academic Pediatrics**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 9-18, jan. 2015. Disponível em: PDF. Acesso em: 15 nov. 2025.

PRYNDA, Magdalena et al. Orthodontic Treatment Needs in Children with Autism Spectrum Disorder. **Journal Of Clinical Medicine**, [s.l.], v. 14, n. 21, p. 7743, 31 out. 2025. Disponível em: PDF. Acesso em: 20 set. 2025.

SANTOS, L. M.; COSTA, J. R.; ALMEIDA, P. F. Seletividade alimentar em crianças com Transtorno do Espectro Autista: revisão narrativa. **Revista Brasileira de Desenvolvimento Infantil**, v. 8, n. 2, p. 45–56, 2022. Disponível em: PDF. Acesso em: 07 out. 2025.

Sant'Anna, L. F. C.; Barbosa, C. C. N.; Brum, S. C. Atenção à saúde bucal do paciente autista. **Revista Pró-UniverSUS**, Vassouras, v. 8, n. 1, p. 67-74, 2017. Disponível em: PDF. Acesso em: 17 maio. 2025.

VENTURA, M. S.; ALVES, A. F.; SANTOS, I. C. Desafios nos cuidados em saúde bucal de crianças com autismo enfrentados por pais/cuidadores: revisão integrativa. **International Journal of Orofacial Science and Dentistry**, v. 6, n. 1, p. 1-12, 2024. Disponível em: PDF. Acesso em: 17 maio. 2025.

## ANEXOS

### ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** TÉCNICAS DE MANEJO ALIADAS AO TRATAMENTO EM ORTODONTIA PREVENTIVA EM UM PACIENTE COM O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

**Pesquisador:** Rebeca Bastos Vasconcelos Marinho

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 88617925.3.0000.5049

**Instituição Proponente:** IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCACAO LTDA.

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 7.607.915

##### **Apresentação do Projeto:**

Este trabalho abordará as técnicas de manejo aliadas ao planejamento e tratamento utilizando ortodontia preventiva em um paciente infantil com Transtorno do Espectro Autista (TEA), apresentando um relato de caso clínico. O objetivo principal é explorar como estratégias de manejo comportamental podem ser integradas ao tratamento ortodôntico para melhorar a cooperação e os resultados terapêuticos em pacientes com TEA. A metodologia utilizada inclui uma revisão bibliográfica das abordagens atuais, seguida da aplicação prática em um paciente específico. Espera-se demonstrar que a adaptação das técnicas de manejo comportamental contribui significativamente para a aceitação do tratamento ortodôntico pelo paciente, promovendo uma experiência mais positiva e menos estressante. Acrescenta-se que espera-se provar que a integração de técnicas de manejo no tratamento ortodôntico preventivo é essencial para o sucesso terapêutico em pacientes com TEA, destacando a necessidade de uma abordagem personalizada e interdisciplinar.

##### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **Objetivo Primário:**

O presente estudo terá como objetivo apresentar um caso clínico sobre a importância do manejo odontológico no tratamento por ortodontia preventiva e interceptativa no paciente infantil com transtorno do espectro autista por meio da análise dos acometimentos bucais, bem como apresentar dos desafios enfrentados pelo cirurgião-dentista frente a toda complexidade

<b>Endereço:</b>	Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
<b>Bairro:</b>	Cocó
<b>CEP:</b>	60.190-060

<b>UF:</b> CE	<b>Município:</b> FORTALEZA
---------------	-----------------------------

<b>Telefone:</b> (85)3265-8187	<b>E-mail:</b> cep@unichristus.edu.br
--------------------------------	---------------------------------------

## **ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) como participante de um estudo intitulado: “Técnicas de Manejo aliadas ao Tratamento de Ortodontia Preventiva em um paciente com Transtorno do Espectro Autista”: Relato de Caso”. Orientada pela professora - Dra. Rebeca Bastos Vasconcelos Marinho - e desenvolvida pela acadêmica – Joelma Faustino da Costa Tupinambá - do Centro Universitário Unichristus, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone (85) 99231-3656 ou e-mail: [tupinambajoelma125@gmail.com](mailto:tupinambajoelma125@gmail.com)

O motivo que nos leva a estudar esse assunto a importância desse estudo de caso é a compreensão das técnicas de manejo comportamental afim de identificar e aplicar técnicas eficazes para melhorar a cooperação dos pacientes com TEA durante o tratamento ortodôntico.

O objetivo geral deste estudo é analisar e relatar a aplicação de técnicas de manejo associadas ao tratamento de ortodontia preventiva em um paciente com transtorno do espectro autista (TEA). Busca se identificar os principais desafios enfrentados, as estratégias eficazes para melhorar a cooperação e o conforto do paciente, bem como avaliar os resultados clínicos e o impacto na qualidade de vida do paciente.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua

*Belresa*

participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. E terá como benefício o atendimento concluído.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Segue Dados do Comitê de Ética em Pesquisa no Centro Universitário Christus (CEP/Unichristus), Rua João Gurgel nº 133, bairro do Cocó, código de endereço postal (CEP), 60190-180, Fortaleza/Ceará E-mail: Fortaleza/ Ceará. Email: cep@unichristus.edu.com.br

Eu, Kauê Sidharta Eufrázio de Souza declaro, portador(a) do documento de Identidade 2023037507-8, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar, se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.



### ANEXO III- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)



#### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,Kauê Sidaharta Eufrázio de Souza declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) e participar de um estudo intitulado - “ Técnicas de Manejo Aliadas ao Tratamento de Ortodontia preventiva em um paciente com Transtorno do Espectro Autista” Relato de Caso - orientada pela professora - Dra. Rebeca Bastos Vasconcelos Marinho - e desenvolvida pela acadêmica – Joelma Faustino da Costa Tupinambá - do Centro Universitário Unichristus, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone (85) 9231-3656 ou e-mail: [tupinambajoelma125@gmail.com](mailto:tupinambajoelma125@gmail.com).

O objetivo geral deste estudo é analisar e relatar a aplicação de técnicas de manejo associadas ao tratamento de ortodontia preventiva em um paciente com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Busca -se identificar os principais desafios enfrentados, as estratégias eficazes para melhorar a cooperação e conforto do paciente, bem como avaliar os resultados clínicos e o impacto na qualidade de vida do paciente.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Segue Dados do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro \universitário Christus (CEP/Unichristus),Rua João Gurgel nº133 ,bairro Cocó , Código de endereço postal (CEP) CEP 60.190-180, Fortaleza/Ceará E-mail: cep.2unichristus.edu.com.br

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber nenhum incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos dos estudos. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc, tendo como benefício o tratamento odontológico concluído.

*Rebeca*

## **ANEXO IV- FICHA CLÍNICA DO PACIENTE**

**Unichristus**  
Centro Universitário Christus

Data: 20/02/23

Foto 3x4

**PRONTUÁRIO ODONTOLOGICO**  
**CLÍNICA INFANTIL**

Seja bem vindo! Todas as perguntas abaixo atendem as exigências legais e terapêuticas e serão feitas para um bom planejamento do seu tratamento ou no tipo de medicação a ser prescrita. O que você declarar torna-se confidencial e guardado por força de sigilo profissional de acordo com capítulo VI do Art 14. do Código de Ética Odontológica.

Nome: KAUE SINHARTA TUMARIN DE SOUSA  
Idade 06 Sexo M Raça BRASILEIRO Naturalidade: PORTUGAL Nacionalidade: BRASILEIRO  
Data de nascimento: 13/07/2016 RG: 105.952.863-05  
Escolaridade: 1º ANO FUNDAMENTAL

Nome da Mãe: REBECA GOMES EUFÉSIA Profissão: AVT. ADM Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: KELVIO SÍLVA DE SOUSA Profissão: PIRÓDOR Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Responsável legal: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Endereço: RUA C 405 - BLOCO 3 / APARTAMENTO 504 n° \_\_\_\_\_  
Bairro: PARQUE 3 IRMÃOS CEP \_\_\_\_\_ Telefone Residencial ( ) \_\_\_\_\_  
Telefone Trabalho ( ) \_\_\_\_\_ Celular (45) 99922-1658

**ANAMNESE**

**QUEIXA PRINCIPAL?**  
DEMORA NA TECA DA DENTICAO

**QUESTIONÁRIO DE ANAMNESE**

Algum problema de aprendizagem, comportamento, nervosismo excessivo ou comunicação?  (N)

Qual? AUTISTA / LEUCI

A criança teve/tem aconselhamento psicológico ou está sendo considerado para um futuro próximo?  (N)

Alguma vez teve experiência negativa com o tratamento médico ou dentário?  (N)

Qual? \_\_\_\_\_

Houve alguma complicaçao durante a gravidez ( HIV, rubéola, sífilis, toxoplasmose, zika,...)?  (N)

Qual? \_\_\_\_\_

Tipo de parto? CEZAREIA

Motivo? APRESENTOU MECONÍA NO SÍQUIDO.

A criança nasceu com quantas semanas? 38 SEMANAS

Está ou esteve sob algum tratamento médico?  (N)

Qual? \_\_\_\_\_

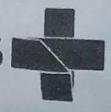
Já se submeteu a alguma cirurgia?  (N)

Qual? \_\_\_\_\_

Seu filho alguma vez foi hospitalizado? (Se necessário, anexar)  (N)

Hospital	Data	Motivo
1 - <u>GONZAGUINHA</u>		<u>ALERGIA - AMOXILINA, DIPIRONA , AS</u>
2 - _____	_____	_____
3 - _____	_____	_____
4 - _____	_____	_____
5 - _____	_____	_____

## ANEXO V – LAUDO MÉDICO DO PACIENTE


**SUS** 
  
**Dra. Fátima Dourado**  
CRM: 2899 - RQE 8613 - Psiquiatra

**Nome:** Kauê Sidharta Eufrazio de Sousa  
**CPF:** 105.952.863-05

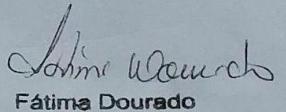
**Data e hora:** 01/11/2023 - 14:45:24 (GMT-3)

**Laudo Médico**

Kauê Sidharta Eufrazio de Sousa, nascido em 13/07/2016, filho de Kelvin Silva de Sousa e Rebeca Gomes Eufrazio, foi avaliado com objetivo de diagnóstico, através avaliação médica, observação direta, quando foram encontradas desvios qualitativos no desenvolvimento da Interação Social Recíproca, na Comunicação e um padrão restrito e repetitivo de atividades.

Kauê comunica-se com palavras soltas e pequenas frases, com trocas e omissões fonêmicas. O menino ainda não consegue conversar, nem fazer relatos. Kauê tem dificuldade para interagir com os seus pares cronológicos, apresenta flapping e outros movimentos repetitivos, tem baixo limiar de frustração, hipersensibilidade auditiva e seletividade alimentar.

O estilo de desenvolvimento, perfil comportamental e história clínica do paciente são compatíveis com o diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), de acordo com o DSM V ou Autismo Infantil, conforme o CID10 (F84.0). Kauê necessita de acompanhamento intensivo por equipe especializada em atendimento a pessoas com TEA, composta por psiquiatra, psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta Ocupacional.

  
**Fátima Dourado**  
Médica Psiquiatra  
CRM-2899 RQE 8613

 **MEMED** - Acesso à sua receita digital via QR Code  
Endereço: Rua Pindorama, 177  
**Fátima Dourado - CRM 2899 CE**  
Token (Farmácia): **W1Qe3M** - Código de desbloqueio (Paciente): **9393**  
Rua Dr. Francisco Francílio Dourado, N° 11, Luciano Cavalcante.

