

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CENTRAL PAULISTA  
UNICEP SÃO CARLOS  
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

**MILENE CARVALHO DE SOUSA**

**Impacto do Transtorno do Espectro Autista no tratamento da Hipomineralização Molar  
Incisivo: Relato de caso**

**São Carlos**

**2023**

**MILENE CARVALHO DE SOUSA**

**Impacto do Transtorno do Espectro Autista no tratamento da Hipomineralização  
Molar Incisivo: Relato de caso**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Central Paulista – UNICEP São Carlos - como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Natália Bertolo Domingues.

Coorientadora: Dra. Camila Maria Bullio Fragelli.

**São Carlos**

**2023**

SOUSA, Milene Carvalho.

Impacto do Transtorno do Espectro Autista no tratamento da Hipomineralização Molar Incisivo: Relato de caso/ Milene Carvalho de Sousa. – São Carlos: Unicep. 2023. 26 páginas.

Orientadora: Profa. Dra. Natália Bertolo Domingues.

Co-orientadora: Dra. Camila Maria Bullio Fragelli.

Monografia (Conclusão de Curso) – Centro Universitário Central Paulista, Unicep, Odontologia, 2023.

**Palavras-chave:** autismo na odontologia, sedação endovenosa na odontologia, HMI.

**I.** Título: Impacto do Transtorno do Espectro Autista no Tratamento da Hipomineralização Molar Incisivo.

MILENE CARVALHO DE SOUSA

**Impacto do transtorno do Espectro Autista no tratamento da Hipomineralização Molar**

**Incisivo: Relato de Caso.**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Bacharel em Odontologia” e aprovado em sua forma final pelo Curso de Odontologia do Centro Universitário Central Paulista – UNICEP São Carlos.

São Carlos, 01 de dezembro de 2023.

**Banca Examinadora:**



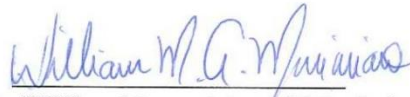
---

Profa. Dra. Natália Bertolo Domingues.  
Orientador (a)  
Instituição: UNICEP



---

Profa. Dra. Juliana Alcarás Saraiva Renzi.  
Avaliadora  
Instituição: UNICEP



---

Prof. Dr. William Marcatti Amarú Maximiano.  
Avaliador  
Instituição: UNICEP

*Dedico esse trabalho a Deus, que sempre esteve presente nos momentos mais difíceis em que achei que não conseguiria.*

*Aos meus filhos Denner Mateus Carvalho de Souza e Diego Mickael Carvalho de Souza, que vejam toda minha luta como exemplo para jamais desistirem dos seus sonhos, certos de que sempre estarei aqui como abrigo.*

*Meu esposo Alex da Silva Souza por me ajudar a carregar a cruz (risadas), não foi fácil, mas estamos vencendo juntos.*

*E a minha avó Maria Rosa Carvalho da Motta, aquela que sempre acreditou, orou e me deu forças.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois sem Ele nada se concretizaria.

Aos meus pais Maria Edith Carvalho e Jaime Ilson de Sousa (a filha de vocês conseguiu).

A minha orientadora Profa. Dra. Natália Bertolo Domingues, por todo capricho, zelo, compreensão, paciência, responsabilidade.

A coorientadora Dra. Camila Maria Bullio Fragelli, pelo apoio.

Ao meu irmão Edinaldo Carvalho Gomes, por toda ajuda.

Ao meu amigo Alex Pereira Costa Santos por toda confiança e paciência.

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de reabilitação oral em um paciente do sexo masculino, 8 anos de idade, diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista (TEA) nível 3 e com Hipomineralização de Molares e Incisivos (HMI) realizado sob sedação endovenosa em ambiente ambulatorial. No exame clínico foram observadas opacidades branco-creme demarcadas, assimétricas e envolvendo perda de estrutura dental e lesão de cárie ativa e atípica em primeiros molares e incisivos permanentes. Para a realização dos procedimentos odontológicos em sessão única, o paciente foi sedado via endovenosa com Dexmedetomidina 0,1 mcg/kg/h pelo anestesista. Radiograficamente, o dente 26 apresentou grande perda de estrutura com envolvimento da região de furca, sendo realizada a exodontia deste elemento. Os demais primeiros molares permanentes foram restaurados com resina composta. Os dentes 12 e 21 também foram restaurados com resina composta, enquanto que os elementos 11 e 22 receberam apenas polimento superficial. Ao término do tratamento, foram reforçadas as orientações de higiene bucal e dieta e estipulados retornos trimestrais para acompanhamento preventivo.

**Palavras-chave:** autismo na odontologia, sedação endovenosa na odontologia, hipomineralização molar incisivo.

## **ABSTRACT**

This study aims to report a clinical case of an oral rehabilitation of a 8-year-old patient with Autism Spectrum Disorder (ASD) level 3 and Molar Incisor Hypomineralization (MIH) performed under intravenous sedation in dental office. On clinical examination, were observed demarcated cream-white opacities, asymmetrical and involving loss of tooth structure and active and atypical carious lesions in first permanent molars and permanent incisors. To perform the dental procedures, the patient was submitted to intravenous sedation using Dexmedetomidine 0.1 mcg/kg/h by the anesthesiologist. Radiographically, tooth 26 showed great loss of structure with involvement of the furcation region, requiring extraction of this element. The remaining first permanent molars were restored with composite resin. Teeth 12 and 21 were also restored with composite resin, while elements 11 and 22 received only superficial polishing. At the end of treatment, oral hygiene and diet guidelines were reinforced and quarterly follow-ups for preventive monitoring were stipulated.

**Keywords:** autism in dentistry. intravenous sedation in dentistry. incisor molar hypomineralization.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Aspecto clínico inicial. (A) Opacidades assimétricas de cor branco-creme a amarelo-acastanhada acometendo os dentes 11, 12, 21, 22, 31, 32 e 42 com evidente perda de estrutura nos dentes 11, 12 e 21; (B) Lesão de cárie ativa e cavitada associada à HMI no dente 16; (C) Lesão de cárie ativa, cavitada e extensa associada à HMI no dente 26; (D) e (E) Restaurações atípicas insatisfatórias associada à lesão de cárie ativa nos dentes 36 e 46, respectivamente.....	18
Figura 2 - Radiografia periapical do dente 26 .....	19
Figura 3- Preparo cavitário realizado nos dentes 16 (A), 36 (B) e 46 (C) .....	19
Figura 4 – Aspecto clínico final dos dentes 16 (A), 36 (B) e 46 (C) .....	20
Figura 5- Aspecto clínico final dos incisivos superiores.....	20

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

TEA - Transtorno do Espectro Autista.

HMI - Hipomineralização Molar Incisivo.

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CIV - Cimento de Ionômero de Vidro.

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>12</b>
<b>2. Proposição.....</b>	<b>16</b>
<b>3. Relato de Caso.....</b>	<b>17</b>
<b>4. Considerações Finais.....</b>	<b>21</b>
<b>Referências.....</b>	<b>22</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio de neurodesenvolvimento que afeta áreas da comunicação, socialização e comportamento. Pode relacionar-se também com alterações na fala, gestos estereotipados e interesses restritos (APA, 2013). Além disso, muitos indivíduos com TEA podem apresentar maior grau de dificuldade para adaptar-se a manipulação oral, rotina de higiene bucal diária e submeter-se a atendimento odontológico devido a presença de alterações sensoriais, como a hiper ou a hipossensibilidade dos seus sentidos (CAMINHA E LAMPREIA, 2012).

O tratamento odontológico para pacientes com TEA pode ser desafiador, uma vez que expõe o paciente a estímulos sonoros, táteis, gustativos e olfativos desconhecidos. Portanto, este atendimento deve priorizar a prevenção de doenças bucais e ser preferencialmente realizado por um profissional especializado, por apresentar conhecimentos específicos com o manejo comportamental (SOUZA, 2017).

Em uma primeira consulta odontológica é importante conhecer o paciente, observar suas reações diante do ambiente odontológico (sons, iluminação, tato) e realizar uma anamnese dialogada com os responsáveis, coletando informações importantes como histórico médico, medicações em uso e experiências odontológicas pregressas (AMARAL et al., 2012). O cirurgião-dentista deve ser inserido na equipe multidisciplinar que acompanha este paciente, estar preparado para modificar abordagens e realizar o planejamento de tratamento individualizado ao paciente com TEA com olhar humanizado de acordo com nível de gravidade do transtorno (nível 1, nível 2 ou nível 3) (APA, 2013).

No nível 1 (TEA leve), fica evidente a dificuldade na interação social, comportamento repetitivo e restrito com suporte mínimo necessário para o desenvolvimento de atividades cotidianas. No nível 2 (TEA moderado), existe um comprometimento maior nas habilidades sociais do que no TEA leve e, neste caso, o indivíduo pode ou não comunicar-se verbalmente. Já no nível 3 (TEA severo), devido a dificuldades marcantes nas habilidades de comunicação social e presença de comportamentos repetitivos e restritos, o indivíduo necessita de suporte substancial para a realização de atividades diárias. Além disso, apresentam dificuldade em mudança de ambiente (APA, 2013).

Em um primeiro contato, é importante considerar a utilização de técnicas não farmacológicas de controle do comportamento, a fim de auxiliar na criação de vínculo entre o profissional e o paciente, assim como, na dessensibilização e redução de ansiedade

(GOETTEMS et al. 2017). Entretanto, a depender dos agravos bucais associados às limitações sensoriais e comportamentais do paciente é necessário avaliar a utilização de técnicas farmacológicas de comportamento, como por exemplo a sedação consciente (CAVALCANTE et al., 2016).

A utilização de medicações sedativas pode ser indicada nos casos em que as técnicas não farmacológicas de controle do comportamento aplicadas são insuficientes para conduzir o caso clínico com sucesso. O objetivo da administração de fármacos sedativos por diferentes vias é reduzir o nível de consciência e percepção da dor pelo paciente de modo que o mesmo tenha autonomia nas demais funções vitais (AGUIAR et al., 2018).

Com a sedação endovenosa consciente é possível obter-se um nível sedativo mais profundo, de maneira que os parâmetros vitais são mantidos pelo paciente sob monitoração do anestesista responsável, não sendo necessário a intubação endotraqueal. Nesta modalidade sedativa, o paciente mantém também os reflexos de tosse e deglutição, com resposta à estímulos táteis e verbais (AGUIAR et al., 2018).

A associação da abordagem não farmacológica de controle do comportamento com recursos sedativos apropriados aumenta as taxas de sucesso do tratamento odontológico realizado em ambiente ambulatorial. Isso é de suma importância para viabilizar a realização de intervenções complexas e condições bucais agravadas com segurança e minimizando danos psicológicos e físicos ao paciente com deficiência (AGUIAR et al., 2018). Um exemplo desafiador na odontologia contemporânea são casos de Hipomineralização de Molares e Incisivos (HMI), condição que quando em sua forma severa pode acarretar em necessidades odontológicas complexas (CARDOSO et al., 2022; DOMINGOS et al., 2019).

A HMI compreende a uma alteração qualitativa de esmalte de causa multifatorial e não completamente entendida que atinge um ou mais primeiros molares permanentes associados ou não aos incisivos permanentes (WEERHEIJM, 2003). O esmalte do dente afetado apresenta redução do conteúdo mineral, o que predispõe o elemento dentário afetado a maiores índices de fraturas pós-eruptivas, maior acúmulo de biofilme, susceptibilidade ao desenvolvimento de lesão de cárie e hipersensibilidade (FRAGELLI et al., 2015).

A prevalência da HMI é ampla, sendo que no Brasil registrou-se a prevalência de 12,3% nas crianças da cidade de Araraquara (JEREMIAS et al., 2013). Em uma recente revisão sistemática, estima-se que no ano de 2016, o número global de casos incidentes foi de 17,5

milhões (SCHWENDICKE et al., 2018). Os sinais e sintomas mais frequentes relatados pelos pacientes são dor, dificuldade mastigatória e alterações estéticas em casos de dentes incisivos (CABRAL et al., 2019 e DOMINGOS et al., 2019). A HMI manifesta-se clinicamente como opacidades difusas, assimétricas e com bordas bem demarcadas, variando de coloração branco-creme a amarela-acastanhada, sendo que, as áreas hipomineralizadas de cores amarelo-acastanhada apresentam maior porosidade superficial, tornando-se mais passível a fraturas pós-eruptivas e sensibilidade relatada pelo paciente (SILVA et al., 2011; FRAGELLI et al., 2015).

O tratamento dos dentes afetados pela HMI deve ser realizado de acordo com o exame clínico individual e severidade das opacidades, sendo importante o diagnóstico precoce (CARDOSO et al., 2022). Cuidados preventivos devem ser indicados para dentes diagnosticados com HMI, visto que há maior risco de fratura pós-eruptiva e possivelmente maior acúmulo de biofilme, o que predispõe o paciente a maior susceptibilidade no desenvolvimento de lesões de cárie (SILVA et al., 2011).

Assim, a fim de prevenir a doença cárie nestes pacientes, o cirurgião-dentista deve implementar estratégias de tratamento que envolvam a orientação de higiene bucal, utilização de dentifrício fluoretado, controle da ingestão de carboidratos fermentáveis e realização do selamento de fóssulas e fissuras (FRAGELLI et al., 2017). Fragelli et al. (2017) realizaram um acompanhamento de 18 meses de selantes em molares afetados pela HMI e observaram que a sobrevivência dos selantes realizados em molares com HMI foram similares àqueles não acometidos pela HMI. Para dentes que apresentem HMI severa com fratura pós-eruptiva e/ou presença de lesão de cárie ativa o tratamento restaurador deve ser preconizado baseando-se na filosofia de mínima intervenção com máxima preservação dos tecidos dentários (FRAGELLI et al., 2015). Os cimentos de ionômero de vidro (CIVs) apresentam menor sensibilidade na técnica adesiva, além de fácil inserção e liberação de flúor (FRAGELLI et al., 2015; GROSSI et al., 2018; DURMUS et al., 2021). Fragelli et al. (2015), observaram uma taxa de 78% de sucesso no período de 12 meses nas restaurações realizadas com CIV em molares permanentes afetados pela HMI. Grossi et al. (2018), relata uma taxa de 98% de sucesso nas restaurações com CIV, no período de 12 meses. Já Durmus et al. (2021) apresentou taxa de sucesso de 87,5%. Por outro lado, os mesmos autores ressaltam que quando a criança apresentar cooperação suficiente, pode ser considerada a restauração em resina composta.

A adesão dos materiais restauradores diretos é prejudicada devido ao menor conteúdo mineral da área hipomineralizada, além do alto teor proteico. Ainda assim, uma abordagem

conservadora deve ser a primeira escolha do profissional pois como apontado por Rolim et al (2021), mesmo o esmalte sem opacidades aparentes possui alterações estruturais em comparação ao esmalte sadio.

Além disso, sabe-se que a remoção seletiva do tecido cariado em dentes afetados por HMI, reduz o risco de exposição pulpar e melhora o favorece a apicigênese em molares permanentes jovens (GATON-HERNANDES et al., 2020). Em um estudo clínico de Gatón-Hernandez et al., (2020), foi realizado tratamento restaurador minimamente invasivo com CIV em 281 crianças entre 6 e 8 anos com HMI severo e lesões de cárie extensas em molares permanentes jovens. Após 6 meses, o CIV foi removido parcialmente e seguiu-se com restauração em resina composta. Os pacientes receberam instruções de higiene oral, instruções de dieta e fluoroterapia caseira e profissional durante todo o período do estudo. Ao final de 24 meses de acompanhamento, os autores observaram taxa de sucesso clínico-radiográfico em 96,8% dos casos. As taxas de falhas representarão fratura de esmalte na margem restauradora, resultando em pulpite e ausência de fechamento apical (GATON-HERNANDES et al., 2020).

Em casos mais graves e com índices elevados de falhas em restaurações diretas podem ser indicadas a técnica de restaurações indiretas e cimentação de coroas de aço pré-fabricadas (ELHENNAWY e SCHWENDICKE, 2016). Como última opção tratamentos mais invasivos podem ser propostos, por exemplo a exodontia do elemento seguido do tratamento ortodôntico (OLIVEIRA et al., 2015; ELHENNAWY e SCHWENDICKE, 2016).

**2 PROPOSIÇÃO**

Relatar o caso clínico de um paciente pediátrico com TEA e HMI, realizado em consultório odontológico com o recurso de sedação endovenosa.



### 3 RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, com 8 anos e 2 meses de idade, diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista (TEA) de nível 3 com ausência de linguagem verbal, foi acompanhado por sua principal responsável para uma consulta odontológica devido à queixa principal de "cáries e manchas nos dentes". A acompanhante enfatizou as dificuldades comportamentais significativas da criança, que haviam prejudicado experiências odontológicas anteriores.

Na primeira consulta a anamnese não revelou alterações sistêmicas e alergias. O paciente estava sob acompanhamento neurológico e uso contínuo de Haloperidol 40mg/dia e Carbonato de Lítio 300mg/dia. A higienização bucal da criança era realizada uma vez ao dia pela mãe, com escova dental e dentifrício fluoretado (1.000 ppm F), mas essa atividade era desafiadora devido à falta de cooperação do paciente. O fio dental não fazia parte da rotina. Sobre as orientações dietéticas, a responsável informou que o filho sofria de episódios frequentes de compulsão alimentar, assim a criança se alimentava várias vezes ao dia.

Em seguida, foi assinado pela responsável o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando o exame clínico sob estabilização protetora. Ao exame clínico, o paciente foi diagnosticado com HMI, sendo observadas opacidades branco-creme demarcadas, assimétricas e envolvendo perda de estrutura dental e lesão de cárie ativa e atípica em primeiros molares e incisivos permanentes (Figura 1).

Nesta primeira consulta, também foram feitas orientações de higiene bucal e sugestões alimentares para reduzir a frequência de consumo de alimentos ricos em sacarose e carboidratos fermentáveis.

Figura 1: Aspecto clínico inicial. (A) Opacidades assimétricas de cor branco-creme a amarelo-acastanhada, acometendo os dentes 11, 12, 21, 22, 31, 32 e 42 com evidente perda de estrutura nos dentes 11, 12 e 21; (B) Lesão de cárie ativa e cavitada associada à HMI no dente 16; (C) Lesão de cárie ativa, cavitada e extensa associada à HMI no dente 26; (D) e (E) Restaurações atípicas insatisfatórias associada à lesão de cárie ativa nos dentes 36 e 46, respectivamente.



Fonte: Autores.

Algumas opções sedativas como, sedação medicamentosa por via oral, sedação consciente por via endovenosa e anestesia geral foram apresentadas à responsável. Após ampla discussão entre os profissionais envolvidos e a família, optou-se por realizar os procedimentos odontológicos em sessão única sob sedação consciente via endovenosa com o anestesiolegista em ambiente ambulatorial.

Essa escolha levou em consideração que o atendimento sob estabilização protetora passiva e ativa demandaria várias sessões, tornando o tratamento menos seguro e eficaz para a criança. O paciente foi encaminhado para uma avaliação pré-anestésica com o anestesiolegista e recebeu autorização para o tratamento odontológico.

No dia do tratamento, o paciente recebeu medicação por via venosa do anestesiolegista, incluindo Dexmedetomidina (0,1 mcg/kg/h), Ondansetrona (2 mg), Atropina (0,1 mg) e

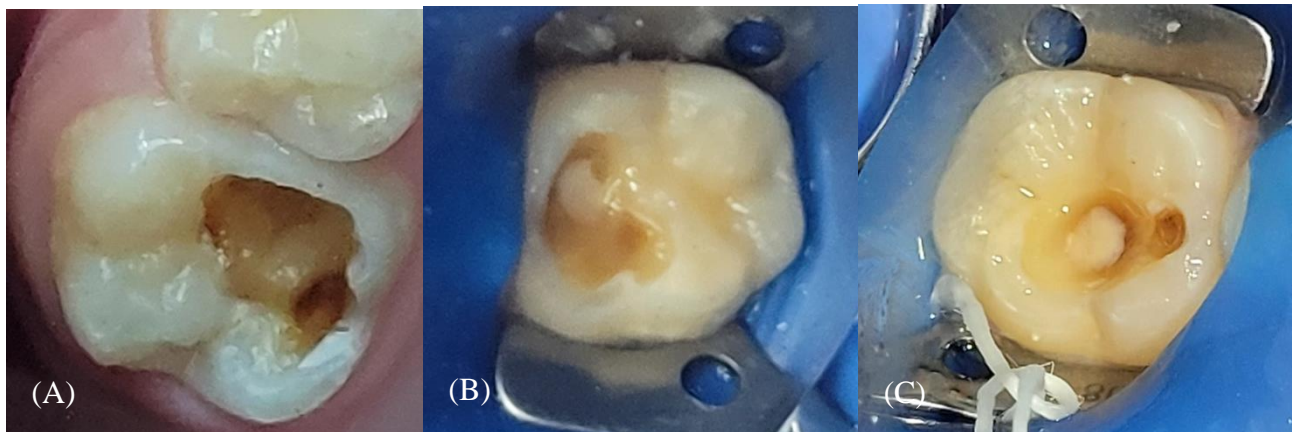
Dipirona Sódica (300 mg), após o consentimento da responsável. A radiografia intrabucal para definição de conduta no dente com maior destruição coronária (dente 26) foi realizada com o paciente sedado no ato do atendimento, o que levou à decisão de extrair o dente 26 (Figura 2). A profilaxia foi realizada, seguida dos preparos cavitários dos dentes 16, 36 e 46, utilizando alta rotação e ponta diamantada esférica (FG 1014, KG Sorensen Cotia, SP, Brasil) (Figura 3).

Figura 2 – Radiografia periapical do dente 26.



Fontes: Autores.

Figura 3 – Preparo cavitário realizado nos dentes 16 (A), 36 (B) e 46 (C).



Fontes: Autores.

Posteriormente, foram feitas restaurações oclusais nos dentes 16 (com isolamento relativo) e nos dentes 36 e 46 (com isolamento absoluto). O sistema adesivo Single Bond Universal (3M ESPE, Sumaré, SP, Brasil) foi utilizado, juntamente com a resina composta Z350 XT (3M ESPE, Sumaré, SP, Brasil) na cor A2 (Figura 4). Os dentes anteriores superiores (dentes 12 e 21) foram restaurados com o mesmo sistema adesivo e resina composta Z350 XT

nas cores A2B e A2E. Os dentes 11 e 22 receberam apenas polimento com discos de lixa Sof-Lex™ Pop-on (3M ESPE, Sumaré, SP, Brasil) para regularização das bordas incisais sem intervenção restauradora (Figura 5).

Figura 4 – Aspecto clínico final do dentes 16 (A), 36 (B) e 46 (C).



Fontes: Autores.

Figura 5 - Aspecto clínico final dos incisivos superiores.



Fontes: Autores.

Após a conclusão do tratamento, foram agendados retornos a cada 3 meses para acompanhamento preventivo e controle de biofilme dentário. As orientações sobre higiene bucal e dieta foram reforçadas.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A sedação endovenosa realizada no caso apresentado, mostra-se como uma alternativa favorável à realização de procedimentos odontológicos complexos em pacientes infantis não colaboradores.

O tratamento odontológico em pacientes com TEA, apresenta-se bastante desafiador, principalmente quando observa-se necessidades odontológicas acumuladas. No caso relatado, a criança possui ainda uma alteração qualitativa no esmalte dentário, HMI, o que confere ao paciente características dentárias como áreas hipomineralizadas de cor amarelo-acastanhada com maior porosidade superficial, mais passível a fraturas pós-eruptivas e sensibilidade.

O tratamento proposto ao paciente visou o máximo de preservação das estruturas dentárias sob os conceitos da odontologia de mínima intervenção, sabendo-se que a adesão dos materiais restauradores diretos é prejudicada devido ao menor conteúdo mineral da área hipomineralizada. Por essa razão o caso foi tão desafiador e requer acompanhamento periódico mais frequente.

A proposta definida para atendimento do paciente promoveu acessibilidade, conforto e segurança, além de permitir realização dos tratamentos em única sessão. Além disso, foi possível concluir o tratamento odontológico proposto de maneira efetiva.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, S. M. H. C. Ávila; ARANEGA, A. M.; MENEZES, T. E. C. de; LAURETTO, F. H. B.; SOARES, A. D.; FIKARIS, S. **Sedação consciente endovenosa com midazolam no tratamento odontológico de pessoas com deficiência.** ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, [S. l.], v. 7, n. 1, 2018. DOI: 10.21270/archi.v7i1.2409. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/2409>. Acesso em: 2 junho 2023.

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. Disponível em: <https://docplayer.com.br/38091557-Paciente-autista-metodos-e-estrategias-de-condicionamento-e-adaptacao-para-o-atendimento-odontologico.html>. Acesso em: 31 março 2023.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-5.** 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>. Acesso em: 02 outubro 2023.

BASSO, A.; RUSCHEL, H. **Hipomineralização Molar-Incisivo.** Rev. Odonto Ciênc, v. 22 n. 58, p. 371-376, 2007. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/article/view>. Acesso em: 18 maio 2023.

CABRAL RN, NYVAD B, SOVIERO VLVM, FREITAS E, Leal SC. **Reliability and validity of a new classification of MIH based on severity.** Clin Oral Investig. 2020 Feb;24(2):727-734. Doi: 10.1007/s00784-019-02955-4. Epub 2019 May 25. PMID: 31129878. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31129878/>. Acesso em: 02 outubro 2023.

CAMINHA C.R, LAMPREIA C. **Findings on sensory deficits in autism: implications for understanding the disorder.** Psychology & Neuroscience, 2012, 5, 2, 231 – 237 DOI: 10.3922/j.psns.2012.2.14. Disponível em: [https://psycnet-apa-org.translate.goog/fulltext/2012-35338-014.html?x\\_tr\\_sl=en&x\\_tr\\_tl=pt&x\\_tr\\_hl=pt-BR&x\\_tr\\_pto=sc&x\\_tr\\_hist=true](https://psycnet-apa-org.translate.goog/fulltext/2012-35338-014.html?x_tr_sl=en&x_tr_tl=pt&x_tr_hl=pt-BR&x_tr_pto=sc&x_tr_hist=true). Acesso em: 29 abril 2023.

CARDOSO, I.S.; ARAÚJO, B. V.; OLIVEIRA, A. J. **HIPOMINERALIZAÇÃO MOLAR-INCISIVO (HMI): DESAFIO DO DIAGNÓSTICO CLÍNICO.** JNT- Facit Business and Technology Journal. 2022. Ed. 37 V.1. p. 306-317. Disponível em: <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/1630/1117>. Acesso em: 18 maio 2023.

CAVALCANTE, L. B., SANABE, M. E., MAREGA, T., GONÇALVES, J. R., & LIMA, F. C. B. DE A.- E-. (2016). **Sedação consciente: um recurso coadjuvante no atendimento odontológico de crianças não cooperativas.** Arquivos Em Odontologia, 47(1). Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-09392011000100007](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-09392011000100007). Acesso em: 08 maio 2023.

DOMINGOS, P.A.S. et al. **Hipomineralização molar-incisivo: Revisão de literatura.** Journal of Research in Dentistry., vol. 7, n. 2, p. 7-12, 2019. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/20178>. Acesso em: 08 maio 2023.

DURMUS, B. et al. **Two-Year Survival of High-Viscosity Glass Ionomer in Children with Molar Incisor Hypomineralization**. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32417844/>. Acesso em: 25 setembro 2023.

ELHENNAWY, K., & SCHWENDICKE, F. (2016). **Managing molar-incisor hypomineralization: A systematic review**. *Journal of dentistry* 55, — Universitätsmedizin Berlin, p.1-9, 27-set-2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27693779/>. Acesso em: 08 maio 2023.

FRAGELLI C.M, SOUZA J.F, JEREMIAS F., CORDEIRO R.de C., SANTOS-PINTO L. **Molar incisor hypomineralization (HMI): conservative treatment management to restore affected teeth**. *Braz Oral Res*. 2015; 29(1):1-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bor/a/Sg9pmDrYLTHjhp9vdyjRWQD/?lang=en>. Acesso em: 18 maio 2023.

FRAGELLI, C., Souza, J. F., BUSSANELI, D. G., JEREMIAS, F., SANTOS-PINTO, L. D., & CORDEIRO, R. (2017). **Survival of sealants in molars affected by molar-incisor hypomineralization: 18-month follow-up**. *Brazilian oral research*, 31, e 30. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bor/a/FXKHF3zNBqNjWykVtYRPxRw/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 18 maio 2023.

GATÓN-HERNANDÉZ, P., SERRANO, C. R., da Silva, L. A. B., de CASTAÑEDA, E. R., da SILVA, R. A. B., PUCINELLI, C. M., MANTON, D., USTRELL-TORRENT, J. M., & NELSON-FILHO, P. (2020). **Minimally interventive restorative care of teeth with molar incisor hypomineralization and open apex-A 24-month longitudinal study**. *International journal of paediatric dentistry*, 30(1), 4–10. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ipd.12581>. Acesso em: 02 outubro 2023.

GOETTEMS M.L, EDUARDO J.Z, FRANCINE D.S.C., VANESSA P.P.C., DIONE D.T. **Nonpharmacologic intervention on the prevention of pain and anxiety during pediatric dental care: a systematic review**. *Acad Pediatr*. 2017 Mar;17(2):110-119. Doi: 10.1016/j.acap.2016.08.012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28259334/> Acesso em: 18 maio 2023.

GROSSI JA, CABRAL RN, RIBEIRO APD, Leal SC. **Glass hybrid restorations as an alternative for restoring hypomineralized molars in the ART model**. *BMC Oral Health*. 2018 Apr 18;18(1):65. Doi: 10.1186/s12903-018-0528-0. PMID: 29669561; PMCID: PMC5907471. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29669561/>. Acesso em: 02 outubro 2023.

JEREMIAS F., de SOUZA J.F., SILVA C.M., CORDEIRO R.de C., ZUANON A.C., SANTOS-PINTO L. **Dental caries experience and Molar-Incisor Hypomineralization**. *Acta Odontol Scand*. 2013; 71(3-4):870-876. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23351220/> Acesso em: 18 maio 2023.

OLIVEIRA, D.C.; FAVRETTO, C.O.; CUNHA, R.F. **Molar incisor hypomineralization: Considerations about treatment in a controlled longitudinal case.** Department of Social and Pediatric Dentistry, v. 33, n. 2, p. 152-155, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25872636/> Acesso em: 17 maio 2023.

ROLIM, T. Z. C., da Costa, T. R. F., WAMBIER, L. M., CHIBINSKI, A. C., WAMBIER, D. S., da Silva Assunção, L. R., de Menezes, J. V. B. N., & FELTRIN-Souza, J. (2021). **Adhesive restoration of molars affected by molar incisor hypomineralization: a randomized clinical trial.** *Clinical oral investigations*, 25(3), 1513–1524. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03459-2>. Acesso em: 02 outubro 2023.

SCHWENDICKES F, ELHENNAWY K, REDA S, BEKES K, MANTON DJ, KROIS J. **Global burden of molar incisor hypomineralization.** *J Dent.* 2018 Jan;68: 10-18. Doi: 10.1016/j.jdent.2017.12.002. Epub 2017 Dec 6. Erratum in: *J Dent.* 2019 Jan;80: 89-92. PMID: 29221956. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29221956/>. Acesso em: 25 setembro 2023.

SILVA, Cristiane M da Costa *et al.* **Increase in severity of molar-incisor hypomineralization and its relationship with the colour of enamel opacity: a prospective cohort study.** 2011. 9 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Universidade de Campinas, Piracicaba, 2011. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/CristianeCostaSilva/publication/51029650\\_Increase\\_in\\_severity\\_of\\_molarincisor\\_hypomineralization\\_and\\_its\\_relationship\\_with\\_the\\_colour\\_of\\_enamel\\_opacity\\_A\\_prospective\\_cohort\\_study/links/5aedc0f6458515f59982fd9a/Increase-in-severity-of-molar-incisor-hypomineralization-anditsrelationshipwith-the-colour-of-enamel-opacity-A-prospective-cohort-study.pdf](https://www.researchgate.net/profile/CristianeCostaSilva/publication/51029650_Increase_in_severity_of_molarincisor_hypomineralization_and_its_relationship_with_the_colour_of_enamel_opacity_A_prospective_cohort_study/links/5aedc0f6458515f59982fd9a/Increase-in-severity-of-molar-incisor-hypomineralization-anditsrelationshipwith-the-colour-of-enamel-opacity-A-prospective-cohort-study.pdf). Acesso em: 25 set. 2023.

SOUZA, T. N. et al. **Atendimento odontológico em uma criança com transtorno do espectro autista: Relato de caso.** *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo., São Paulo*, v.29, n.2, p.191-197, mai/ago. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/resource/biblio-875341>. Acesso em: 17 maio 2023.

WEERHEIJM KL. **Molar incisor hypomineralisation (MIH).** *Eur J Paediatr Dent.* 2003 Sep;4(3):114-20. PMID: 14529330. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14529330/>. Acesso em: 25 setembro 2023.