



ABORDAGEM DE CRIANÇAS AUTISTAS NA ODONTOPEDIATRIA: Técnicas e Manejo

RAFAELA RODRIGUES ANDRIOLI¹
ADRIANO BATISTA BARBOSA²

RESUMO: Este trabalho apresenta uma revisão de literatura exploratória que tem como objetivo esclarecer e facilitar o atendimento ao paciente infantil com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no dia a dia da odontopediatria. O atendimento odontológico a crianças com TEA exige preparo técnico, empatia e estratégias específicas, devido a características como hipersensibilidade sensorial, dificuldades de comunicação e resistência a mudanças. Para tornar esse atendimento mais eficaz e humanizado, é fundamental adaptar o ambiente clínico e a abordagem profissional. Técnicas como reforço positivo, “falar-mostrar-fazer” e o uso de recursos visuais ajudam a reduzir a ansiedade e a aumentar a compreensão. Visitas prévias ao consultório também favorecem a ambientação. Quando o manejo comportamental não é suficiente, pode-se recorrer à sedação consciente ou à anestesia geral, com avaliação cuidadosa. A comunicação com os cuidadores e a atuação integrada de uma equipe multidisciplinar, são essenciais para um cuidado adequado, promovendo a saúde bucal e o bem-estar da criança.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo; Manejo Comportamental; Odontopediatria.

APPROACH TO AUTISTIC CHILDREN IN PEDIATRIC DENTISTRY: Techniques and Management

ABSTRACT: This paper presents an exploratory literature review aimed at clarifying and facilitating the dental care of pediatric patients with Autism Spectrum Disorder (ASD) in the daily practice of pediatric dentistry. Dental care for children with ASD requires technical preparation, empathy, and specific strategies due to characteristics such as sensory hypersensitivity, communication difficulties, and resistance to change. To make this care more effective and humanized, it is essential to adapt the clinical environment and the professional approach. Techniques such as positive reinforcement, “tell-show-do,” and the use of visual aids help reduce anxiety and enhance understanding. Preliminary visits to the dental office also contribute to familiarization. When behavioral management alone is not sufficient, conscious sedation or general anesthesia may be used, with careful evaluation. Communication with caregivers and the integrated work of a multidisciplinary team are essential for providing appropriate care, promoting oral health and the well-being of the child.

KEYWORDS: Autism; Behavioral management; Pediatric dentistry.

¹Acadêmico de Graduação. Curso de Odontologia, Centro Universitário Fasipe – UNIFASIFE. Endereço eletrônico: rafaandrioli2019@gmail.com

² Professor Especialista. Curso de Odontologia, Centro Universitário Fasipe – UNIFASIFE. Endereço eletrônico: adriano.b.b@hotmail.com



1 INTRODUÇÃO

O autismo, ou transtorno do espectro do autismo (TEA), é um distúrbio que afeta o desenvolvimento neurológico e emocional, manifestando-se de maneiras variadas entre os indivíduos. O Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) o classifica como uma alteração global do desenvolvimento com prejuízos na comunicação social, além de comportamentos restritos e repetitivos (Amaral *et al.*, 2012; Queiroz, 2020).

Os sintomas típicos incluem dificuldades na comunicação, no aprendizado e nas interações sociais, o TEA está ainda constantemente relacionado a interesses restritos e comportamentos repetitivos, estereotípias e adesão inflexível a rotinas, com alta prevalência populacional, bases neurobiológicas e alta herdabilidade. De caráter bastante heterogêneo sua etiologia relaciona-se com bases genéticas, fatores ambientais e mecanismos epigenéticos. É comum encontrar nestas situações outras condições médicas e psiquiátricas as quais geram enorme heterogeneidade clínica (Amaral *et al.*, 2012; Da Costa *et al.*, 2024).

A causa do Transtorno do Espectro Autista (TEA) é complexa e multifatorial, envolvendo uma interação intrincada entre fatores genéticos e ambientais (Velarde; Cárdenas, 2022).

O diagnóstico do TEA é realizado principalmente através da observação do comportamento e do desenvolvimento da criança, geralmente quando ela ainda é muito jovem. O processo de diagnóstico começa até o final do terceiro ano de vida e ocorre com uma prevalência quatro vezes maior em meninos em comparação às meninas. No entanto, as meninas costumam apresentar um quadro mais severo e uma história de maior comprometimento cognitivo (Assumpção; Pimentel, 2000; Bosa, 2006; Weigelt *et al.*, 2012).

O TEA pode apresentar diferentes graus de severidade, que são classificados com base na condição intelectual do indivíduo. Esses graus variam entre nível 1 (leve), nível 2 (moderado) e nível 3 (severo). A gravidade do TEA afeta a comunicação e os comportamentos, exigindo níveis variados de suporte para a realização de atividades sociais, sendo que os casos mais graves necessitam de mais assistência por parte dos responsáveis, conforme a figura 1 (Sant'Anna *et al.*, 2017; Amaral *et al.*, 2018).

Figura 1- Características comportamentais do TEA

Leve	Moderado	Severo
Pouco contato visual.	Pouco ou nenhum contato visual.	Nenhum contato visual.
Interação social e conversas aquém do esperado para a idade.	Podem ser verbais ou não.	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal.
Não aceitar a imposição de regras.	Resistência ao toque.	Inflexibilidade de comportamento.
Inflexibilidade para modificar alguma coisa que faça parte da rotina.	Movimentos flapping	Grandes movimentos de flapping
Sensibilidade auditiva	Sensibilidade auditiva.	Grande sensibilidade auditiva.

Fonte: Barros *et al.* (2023).

Devido à sua condição, a criança com autismo requer cuidados especializados, o que implica que os pais ou responsáveis necessitam de uma equipe multidisciplinar para



oferecer suporte adequado e garantir a saúde e o bem-estar do filho. Essa equipe pode incluir um neurologista, um psiquiatra, um psicólogo, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um psicopedagogo ou educador, e também um cirurgião-dentista. A falta de colaboração entre a Medicina e a Odontologia pode levar ao agravamento da saúde bucal dessas crianças, uma vez que os pais, sobrecarregados com os cuidados exigidos pelo filho com necessidades especiais, frequentemente enfrentam dificuldades para manter a higiene bucal adequada (Sant'Anna *et al.*, 2017).

Para atender adequadamente pacientes infantis com transtorno do espectro autista, o cirurgião-dentista deve adotar abordagens que envolvam métodos subjetivos e estratégias de interação, com o objetivo de captar a atenção da criança durante o tratamento odontológico. É crucial que o profissional compreenda profundamente a condição desses pacientes e respeite suas limitações, garantindo assim que o atendimento seja o mais eficaz possível (Amaral *et al.*, 2012).

O tratamento odontológico de pacientes com transtorno do espectro autista (TEA) pode ser desafiador tanto para os pais e cuidadores quanto para os profissionais de saúde. Para os pais e cuidadores, uma das principais dificuldades é realizar a limpeza dos dentes das crianças em casa. Além disso, muitos enfrentam a dificuldade de encontrar dentistas especializados em atender crianças com autismo, pois nem todos os profissionais estão preparados para tratar pacientes com necessidades especiais e há uma escassez de centros especializados para esse tipo de atendimento (Sant'Anna *et al.*, 2017).

Conforme indicado pela literatura, alguns dos desafios enfrentados incluem dificuldades na abordagem, comportamentos repetitivos e restritivos, além da resistência em seguir comandos (Fonseca *et al.*, 2010).

Sendo assim, ao longo deste trabalho discutiremos pontos relevantes para responder ao questionamento central da pesquisa que se trata de: Quais as principais técnicas e manejo na odontopediatria para atendimento de pacientes com TEA e contribuição geral dos pais para a eficiência do tratamento?

É corriqueiro que pacientes com transtorno de espectro autista constituam um grupo considerado de alto risco para o desenvolvimento de doenças bucais por suas limitações. Entretanto, busca-se a melhor forma de abordagem e manejo específico para que tanto os pais/responsáveis, como os profissionais tenham êxito em auxiliar na saúde bucal e bem-estar de pacientes com transtorno de espectro autista.

Este trabalho tem como objetivo geral descrever e abordar as principais técnicas de manejo no atendimento odontológico de pacientes infantis com transtorno do espectro autista, identificar e caracterizar técnicas de condicionamento e o manejo adequado durante o atendimento odontológico do paciente TEA, comparar e idealizar a melhor técnica/manejo a ser inserida para cada paciente diante das suas necessidades, esclarecer e demonstrar a importância da comunicação adequada do profissional diante do paciente TEA.

O atual trabalho retrata uma revisão de literatura, realizada através da pesquisa de artigos científicos em bases científicas, como a Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico, National Center for Biotechnology Information (PubMed), entre outros.

Para o andamento deste estudo, foram utilizados artigos relacionados ao manejo comportamental infantil do paciente TEA na odontopediatria, técnicas de condicionamento, autismo na odontopediatria, diagnóstico e tratamento, análise do comportamento aplicada (ABA), condições bucais do paciente TEA, TEACCH, técnicas de condicionamento e manejo para atendimento do paciente TEA e suas intervenções. Abrangendo diversos artigos e pesquisas para cimentar o desenvolvimento da justificativa teórica do atual trabalho. O recorte temporal adotado abrangeu publicações de 2000 a 2024.



2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O conceito do espectro autista (TEA)

O transtorno do espectro autista (TEA), chamado pelo termo autismo, foi introduzido pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler em 1910, referindo-se ao "pensamento autista", que descrevia uma forma de raciocínio observada em pacientes com esquizofrenia. Anos mais tarde, Leo Kanner adotou o termo ao diagnosticar Donald Triplett, o primeiro paciente reconhecido com autismo. Por sua vez, Hans Asperger também usou a terminologia, mas suas pesquisas levaram mais tempo para serem divulgadas, uma vez que estavam escritas em alemão. Assim, esses estudos representam os marcos iniciais na compreensão do transtorno (Dos Reis Louzada *et al.*, 2024).

O transtorno do espectro autista (TEA) é um transtorno de desenvolvimento que se manifesta por dificuldades na comunicação, nos relacionamentos interpessoais e por alterações auditivas e visuais. Após a confirmação do diagnóstico, o TEA é uma condição que acompanha o indivíduo ao longo de toda a sua vida (Kessamiguiemon *et al.*, 2017). O TEA é uma condição pervasiva e permanente, o que significa que não há cura. Assim, o indivíduo autista viverá com os déficits associados a esse transtorno ao longo de sua vida. Pessoas com autismo podem apresentar características como dificuldades na reciprocidade social e emocional, na comunicação não verbal e na capacidade de iniciar, manter e compreender relacionamentos (Brito *et al.*, 2016).

No que diz respeito à etiologia, as evidências científicas indicam que o transtorno do espectro autista (TEA) não tem uma causa única. Em vez disso, sua ocorrência provavelmente resulta da interação entre fatores genéticos e ambientais. A literatura sugere que fatores ambientais podem elevar o risco de desenvolvimento do TEA em indivíduos geneticamente predispostos. Entre esses fatores, estão a exposição a agentes químicos, o uso de ácido valpróico durante a gestação, prematuridade, deficiência de vitamina D, baixo peso ao nascer, idade avançada dos pais e infecções maternas durante a gravidez (Modabbernia; Velthorst; Reichenberg, 2017).

Apesar dos significativos avanços científicos nas últimas décadas, ainda não há um marcador biológico ou testes laboratoriais que possam confirmar o diagnóstico de autismo. Assim como em muitos outros transtornos psiquiátricos, o diagnóstico é realizado por meio da observação clínica, comportamental e mental do paciente. O diagnóstico é baseado em três áreas principais: 1) interação social recíproca - crianças autistas frequentemente evitam o contato físico e visual; 2) comunicação verbal e não verbal - essas crianças enfrentam grandes dificuldades na comunicação, com limitações na linguagem, expressão e gestos. Elas também têm dificuldade em interpretar ordens, além de compreender duplo sentido, humor, sarcasmo e ironia; 3) repertório de interesses e atividades - elas tendem a se interessar por objetos que apresentam movimentos circulares e contínuos e costumam se engajar em atividades repetitivas (Araújo, 2014).

2.2 Características dos pacientes TEA

A literatura indica que as características do transtorno do espectro autista (TEA) podem contribuir para uma higiene bucal inadequada, já que esses pacientes frequentemente enfrentam dificuldades em seguir rotinas de escovação e uso do fio dental. Problemas motores e sensibilidade tátil, bem como a aversão ao contato físico, podem tornar a escovação uma experiência desagradável ou difícil (Alshatrat *et al.*, 2022). Como resultado, o acúmulo de placa bacteriana leva a uma maior predisposição das crianças com



transtorno do espectro autista (TEA) para o desenvolvimento de doenças bucais, como cáries e gengivite. Portanto, a prevenção e o diagnóstico precoce são essenciais para permitir a realização de procedimentos menos invasivos, reduzindo assim o estresse durante o atendimento clínico (Hage *et al.*, 2020).

Em relação à complexidade clínica intraoral, observa-se um elevado índice de biofilme dental, que é característico desses pacientes. Eles frequentemente apresentam cáries e maloclusões, que estão associados a alterações na coordenação motora, dificuldade em colaborar durante a higiene bucal, uso frequente de medicamentos e hábitos parafuncionais (Xavier *et al.*, 2021).

Evidências recentes sugerem que o bruxismo pode ser mais frequente em indivíduos com transtorno do espectro autista (TEA), levando a desgaste excessivo dos dentes, dores na articulação temporomandibular e outros problemas relacionados (Naama, 2022). Além disso, há relatos de um aumento no risco de hipossalivação devido ao uso contínuo de medicamentos, bem como de erosão dentária devido à seletividade alimentar (Barros *et al.*, 2023).

Pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) apresentam diversas manias e hábitos prejudiciais relacionados à boca, como respiração bucal, morder roupas, colocar os dedos na boca, xilofagia, onicofagia, chupar ou morder objetos, além de comportamentos autolesivos, como bater o rosto ou a cabeça e desenvolver úlceras traumáticas. Isso ressalta a importância de realizar um exame clínico e radiológico detalhado para avaliar os efeitos dessas práticas e analisar as informações coletadas na entrevista com os pais ou cuidadores (Sant'Anna *et al.*, 2020).

Como resultado de hábitos prejudiciais, a má oclusão é mais comum, afetando funções essenciais do sistema estomatognático, como fonação, deglutição e mastigação. Além disso, problemas como bruxismo, que está associado a níveis elevados de ansiedade e estresse, também se manifestam. Pacientes autistas frequentemente apresentam traumatismos dentários devido à hiperatividade. Eles têm um risco maior de problemas bucais, em parte pela dificuldade em compreender ou participar de sua higiene oral diária e em colaborar com programas de prevenção, especialmente quando estão sob tratamento com medicamentos para ansiedade, distúrbios comportamentais, esquizofrenia, episódios maníacos e epilepsia, entre outros. Esses medicamentos podem causar efeitos colaterais que, em relação ao índice de cáries, afetam a produção de saliva, levando à boca seca ou xerostomia, o que aumenta o risco de cáries e problemas gengivais, como hiperplasia (Silva *et al.*, 2019).

Pacientes com TEA podem apresentar diversas características que dificultam a colaboração durante as consultas ao cirurgião-dentista. O primeiro contato de pacientes com TEA costuma ser tardio. Os responsáveis, diante das dificuldades para realizar a higiene bucal em casa e lidando com a falta de cooperação da criança, frequentemente demoram a levar o paciente ao consultório. Como é necessário tempo para estabelecer a confiança do paciente, é comum que não se alcance sucesso na primeira consulta. Portanto, o dentista deve primeiro trabalhar na adaptação do paciente e realizar uma anamnese detalhada com os responsáveis. Além disso, é fundamental informar os pais e cuidadores sobre a importância da higiene bucal e ensiná-los as técnicas necessárias para que possam aplicar em casa (França *et al.*, 2017; Oliveira, 2018).

Para criar uma conexão com o paciente, o profissional deve tentar estabelecer e manter contato visual com a criança autista, elogiando-a assim que esse contato for conseguido, pois tais pacientes se sentem incentivados quando são estimulados. Além disso, como os pacientes autistas frequentemente têm uma grande afinidade com a música,



utilizar música durante a escovação pode tornar o processo mais agradável para a criança e ajudar a formar o hábito da higiene bucal (Amaral *et al.*, 2012).

2.3 Atendimento odontológico no paciente TEA

O atendimento a pacientes TEA representa um desafio na odontologia, em parte devido ao desconhecimento da condição por parte dos profissionais e à complexidade do quadro clínico, que envolve comportamentos específicos. É essencial que os dentistas compreendam as características biológicas, psicológicas e sociais desses pacientes, assim como seu sistema estomatognático, para desenvolver uma abordagem comportamental adequada a cada um deles durante as consultas. Além disso, existem várias barreiras ao acesso à saúde bucal, como a falta de percepção sobre a doença e suas necessidades de tratamento, além da ansiedade e medo que podem dificultar a colaboração do paciente. Essa realidade exige que os profissionais estejam bem preparados, possuindo conhecimento técnico e uma compreensão dos aspectos psicológicos que lhes permitam estabelecer uma empatia eficaz com os pacientes autistas, facilitando assim a prestação de serviços odontológicos (Sant'Anna *et al.*, 2017).

O manejo de comportamentos indesejados na odontopediatria geralmente é analisado com base na identificação do comportamento, em vez de se restringir apenas à faixa etária. Portanto, é essencial compreender os diferentes tipos de comportamento infantil para aplicar adequadamente as técnicas de controle (Fernandes *et al.*, 2016).

Na primeira consulta, o cirurgião-dentista pode realizar um processo experimental com o paciente, observando suas reações em relação à decoração do consultório, à intensidade da luz e ao uso de musicoterapia. É fundamental realizar uma anamnese completa, investigando condições médicas, uso de medicamentos, preferências do paciente, tipos de comunicação e experiências anteriores com condicionamento e sedação. O tempo de espera para o atendimento não deve ultrapassar 15 minutos e, quando iniciado, deve ser breve e bem organizado. Os pais desempenham um papel crucial nesse processo, ajudando a promover a conscientização e o conforto do paciente (Sant'Anna *et al.*, 2020).

Pacientes com TEA costumam apresentar reações intensificadas a estímulos sensoriais, como sons, luzes, cheiros, movimentos e sensações corporais, o que pode dificultar a atuação dos profissionais. Sons emitidos pelos aparelhos odontológicos e o gosto desagradável de certos medicamentos, por exemplo, podem provocar sensações de medo, rejeição ou desconfiança. Para minimizar essas reações, é recomendado que o ambiente do consultório seja silencioso, com pouca ornamentação e iluminação ajustável. Além disso, uma música suave ao fundo pode contribuir positivamente para o conforto do paciente (Brasil, 2019).

A participação dos pais durante o atendimento odontológico pode variar conforme o comportamento de cada responsável. Isso porque a forma como os pais se comportam durante o tratamento influencia diretamente a reação da criança: pais ansiosos tendem a transmitir medo e insegurança, enquanto aqueles que demonstram confiança e firmeza contribuem positivamente para o andamento da sessão. Em casos de crianças com menos de 3 anos, é recomendável que os pais permaneçam na sala, desde que saibam colaborar adequadamente com o dentista (Ferreira; Aragão; Colares, 2009).

Na Odontopediatria, existem abordagens psicológicas que também podem ser aplicadas a pacientes com TEA. Entre essas abordagens estão: falar-mostrar-fazer, distração, dessensibilização, controle de voz, reforço positivo/recompensa e modelação. Embora esses métodos sejam mais desafiadores de serem implementados com pacientes com TEA, sua aplicação ainda é recomendada. Além disso, há métodos específicos para o



atendimento a pacientes com TEA, como o TEACCH, desenvolvido na Universidade da Carolina do Norte pelo Dr. Schoppler e sua equipe. O TEACCH, que se traduz como Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Distúrbios Correlacionados à Comunicação, visa criar sistemas organizados, com base na crença de que crianças se desenvolvem melhor em ambientes estruturados (Amaral *et al.*, 2012).

Para alcançar um tratamento de sucesso desses pacientes, no consultório odontológico, é fundamental a utilização de técnicas específicas para cada grau de autismo, atendendo as particularidades de cada um (Amaral *et al.*, 2011; Gonçalves, 2016; Zink *et al.*, 2016).

2.4 Técnicas e manejo

O cirurgião-dentista deve estar familiarizado com as técnicas e estratégias necessárias para compreender e lidar com comportamentos negativos que podem surgir durante o atendimento em odontopediatria. Há diversas abordagens disponíveis para gerenciar o comportamento infantil, incluindo técnicas farmacológicas e não farmacológicas, visando controlar o paciente durante o atendimento (Silva *et al.*, 2016).

A comunicação no consultório odontológico com pacientes com TEA precisa ser adaptada de forma individual, levando em conta os comportamentos específicos de cada caso, o tipo de tratamento e as técnicas a serem utilizadas. Essa personalização contribui para que a consulta ocorra de maneira tranquila e sem traumas, tanto para o paciente quanto para o profissional, sempre visando alcançar os melhores resultados possíveis (Bulhões *et al.*, 2023).

2.4.1. Distração

O método de distração consiste em desviar a atenção da criança durante procedimentos que podem ser desconfortáveis. Os profissionais incentivam o foco em estímulos positivos e agradáveis, ajudando a afastar a atenção das situações que geram ansiedade, medo ou dor (Barros e Goes, 2017). Esse processo envolve alterar o foco da atenção, promover a participação emocional do paciente e proporcionar uma quantidade adequada de atenção (Greeshma *et al.*, 2021).

O uso de técnicas de distração pode ser uma estratégia eficaz para reduzir a ansiedade e o medo em crianças durante atendimentos odontológicos. Essas técnicas são consideradas seguras, não havendo contraindicações para sua aplicação em consultas com crianças e adolescentes (Robertson *et al.*, 2019).

2.4.2 Controle de voz

Essa técnica é caracterizada pela modulação controlada do tom e do volume de voz, com o objetivo de orientar o comportamento da criança, atraindo sua atenção e promovendo um estado de calma. É essencial evitar frases que possam causar medo ou que façam a criança se sentir ameaçada. Além disso, pode ser complementada com a comunicação não verbal, incluindo expressões faciais, contato visual e a postura do profissional (Vidigal *et al.*, 2020).

Portanto, a mensagem deve ser transmitida de forma clara, evitando o uso de palavras severas ou a imposição de regras rígidas, pois isso pode prejudicar a relação entre o dentista, o paciente e os responsáveis. Essa abordagem pode aumentar o medo e a ansiedade da criança, resultando em menor disposição para cooperar durante o tratamento (Albuquerque *et al.*, 2020).



2.4.3 Modelagem

A técnica de modelagem consiste em usar uma experiência positiva no ambiente odontológico como referência, ou como o próprio nome indica, como modelo para crianças que estão tendo seu primeiro contato com o atendimento odontológico ou que tenham vivenciado uma situação negativa nesse contexto (Silva *et al.*, 2016).

A modelagem se baseia na compreensão de que uma parte significativa do desenvolvimento ou aprendizado de uma criança ocorre por meio da observação e imitação. Essa forma de aprendizagem é indireta, envolvendo a influência de outras pessoas, como pais, responsáveis, professores, colegas, irmãos ou até mesmo a mídia (Roberts *et al.*, 2010).

Os objetivos dessa abordagem são possibilitar que a criança desenvolva novos comportamentos, supere o medo e incentive sua atenção e colaboração. É fundamental demonstrar empatia e entender os sentimentos da criança durante o processo (Sant'Anna *et al.*, 2020).

2.4.4 Reforço positivo

O reforço positivo é uma técnica que se baseia em recompensar o paciente por comportamentos desejáveis, incentivando, assim, a repetição desses comportamentos em futuras consultas. As recompensas podem ser de natureza social, como expressões faciais, manifestações de afeto e elogios, ou de natureza não social, como brinquedos e prêmios (Silva *et al.*, 2016).

Com o tempo, a criança autista começará a entender esse padrão e desenvolverá autonomia na atividade. Os pais e/ou o dentista devem mostrar à criança o passo a passo da escovação, e ela repetirá o processo conforme foi demonstrado. Esse modelo utiliza a rotina da própria criança para desenvolver as atividades. Além da demonstração feita pelo adulto, também é útil usar imagens e quadros que ilustram a sequência da escovação, indicando as etapas a serem seguidas e sempre os incentivando a cada dia (Amaral *et al.*, 2012).

2.4.5 Dessensibilização

Essa técnica envolve induzir o paciente a um estado de calma e tranquilidade, seguido pela apresentação gradual de instrumentos e sons que podem causar medo. Dessa forma, antes do procedimento, ele se familiariza com esses objetos (Cameron; Widmer, 2012).

Na dessensibilização, é importante avaliar o nível de complexidade dos procedimentos ao elaborar o plano de tratamento. Inicialmente, devem ser realizados procedimentos menos invasivos, que têm menor potencial para causar medo e ansiedade, antes de avançar para procedimentos mais complexos e invasivos. O objetivo principal dessa abordagem é estabelecer um vínculo de segurança e confiança entre o paciente e o profissional (Bezerra *et al.*, 2023).

2.4.6 Falar-mostrar-fazer

A técnica conhecida como "falar-mostrar-fazer" foi introduzida em 1959 por Addelston, que integrou diversos conceitos da teoria da aprendizagem (Matos *et al.*, 2018). Essa abordagem visa, principalmente, estimular a compreensão do paciente pediátrico sobre o procedimento odontológico a ser realizado, dividindo-se em três etapas: a explicação do que será feito, seguida por uma demonstração utilizando recursos táteis, visuais e auditivos, permitindo que a criança observe, toque e brinque com os instrumentos.



Apenas após essas etapas é que o procedimento é efetivamente realizado, conforme explicado anteriormente (Rocha *et al.*, 2021; Oliveira, 2014).

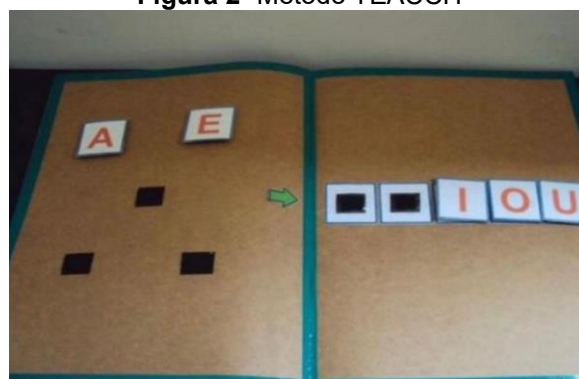
Assim, a técnica se fundamenta em explicações verbais e não verbais, com o objetivo de gerar compreensão e cooperação por parte da criança. O principal benefício dessa abordagem é incluir a criança como um participante ativo no processo, o que fortalece a relação entre paciente e profissional e, em muitos casos, reduz significativamente a resistência ao tratamento (Brandenburg; Marinho-Casanova, 2013).

2.4.7 TEACCH

O método TEACCH e suas estratégias de abordagem comunicativa têm como objetivo facilitar a convivência social, oferecendo uma comunicação alternativa e/ou aumentativa. Isso é feito por meio de rotinas e orientações que promovem a interação socioeducacional (Leon, 2016).

O TEACCH na odontologia foca na organização do ambiente cotidiano do paciente. O cirurgião-dentista, em colaboração com os pais, demonstra e explica os passos de higienização ao paciente com TEA, incentivando-o a repetir essas ações em casa. Com o tempo, a criança começará a entender esse padrão e desenvolverá independência nessa atividade. Recursos visuais, sonoros e corporais podem ser utilizados como ferramentas auxiliares para ajudar o paciente a compreender a atividade e a sequência necessária para realizá-la, conforme ilustra a figura 2 (Orellana *et al.*, 2014).

Figura 2- Método TEACCH



Fonte: Fonseca; Ciola (2014).

Esse modelo é baseado na rotina da criança para orientar suas atividades. Além da demonstração feita por um adulto, podem ser utilizadas imagens que ilustram a sequência da escovação, indicando as etapas a serem seguidas (Da Costa *et al.*, 2017).

A utilização da estratégia TEACCH, por meio de roteiros pedagógicos visuais, é fundamental no processo de dessensibilização do paciente com TEA em relação ao atendimento odontológico. Essa abordagem proporciona previsibilidade ao paciente, o que contribui para que ele demonstre um comportamento apropriado e colaborativo durante as consultas odontológicas (Moreira *et al.*, 2019).

2.4.8 ABA

O método ou terapia ABA significa Análise do Comportamento Aplicado, o mesmo visa modificar comportamentos inadequados, sendo fundamental a participação ativa dos pais e da criança para alcançar resultados positivos. Na Odontologia, esse método ajuda o dentista a perseverar no tratamento e a promover um comportamento adequado da criança



durante as consultas. Nesse método, são utilizados estímulos como recompensas e reforços para promover comportamentos desejáveis, ajudando a atingir os objetivos esperados e a promover uma evolução favorável durante o tratamento odontológico, conforme ilustra a figura 3 (Da Silva Medeiros *et al.*, 2021).

Figura 3- Método ABA



Fonte: Silva *et al.*, (2021).

A cada consulta, é introduzido algo novo ao paciente com o objetivo de conquistar sua confiança durante o manejo. Incluindo também a utilização de recompensas durante o tratamento odontológico (Hidalgo; Sousa, 2022).

A ABA também se distingue pela realização de coletas de dados em diferentes fases do processo: antes, durante e após a intervenção. O monitoramento dessas informações permite avaliar o desenvolvimento individual da criança e orienta a tomada de decisões quanto aos programas de intervenção, bem como na escolha das estratégias mais eficazes para favorecer a aquisição das habilidades que cada criança necessita (Camargo & Rispoli, 2013).

2.4.9 PECS

O Método PECS (Sistema de Comunicação por Troca de Imagens) também pode ser utilizado no consultório odontológico para facilitar a comunicação de pacientes autistas.

Esse sistema consiste em várias imagens que representam o que a criança deseja. Para se comunicar, as crianças trocam essas figuras. Essa abordagem fundamenta-se nos princípios da Análise Comportamental Aplicada (ABA) e visa identificar os interesses da criança, ao mesmo tempo em que ensina outras atividades (Da Costa *et al.*, 2017).

2.5 SON-RISE

O Programa Son-Rise surgiu na década de 1970, criado por um casal após o diagnóstico de autismo severo de seu filho. A abordagem baseia-se na interação da criança com outras pessoas, promovendo a troca de experiências e a assimilação de informações. Com a participação ativa dos pais, o método é aplicado de forma intensiva, buscando estabelecer uma relação de confiança com a criança (Guedes, 2016).

A principal dificuldade enfrentada por uma pessoa com autismo é manter a interação social e desenvolver vínculos com outras pessoas. Com base nisso, o método Son-Rise tem como objetivo estimular a motivação do autista para se interessar pelo outro e por suas ações. Esse método busca incentivar a participação ativa da criança em interações sociais por meio de atividades prazerosas, espontâneas e envolventes (Locatelli *et al.*, 2016).



Ao adaptar esse método para a odontologia, o dentista deve procurar transformar o atendimento em uma experiência agradável, que chame a atenção e estimule o interesse da criança com autismo. As ações devem ser conduzidas de maneira lúdica, contando com a participação dos pais, que têm um papel importante em incentivar e apoiar a criança durante o processo (Sant'Anna *et al.*, 2017).

2.5.1 Abordagens mais avançadas no atendimento do paciente TEA

Quando as técnicas básicas não são suficientes para proporcionar um atendimento eficaz, pode-se recorrer a alternativas mais avançadas, como estabilização protetora, sedação ou anestesia geral. Nesses casos, o profissional deve estar atento às condições sistêmicas do paciente para prevenir possíveis eventos adversos (Mangione *et al.*, 2020).

2.5.2 Estabilização protetora

A estabilização protetora envolve a limitação dos movimentos da criança, com o devido consentimento dos pais, para prevenir ações indesejadas e inseguras durante o procedimento, que poderiam causar lesões ao paciente ou à equipe. Esse método pode ser aplicado de forma ativa pelo dentista, pela equipe ou pelos pais, ou de forma passiva com o uso de dispositivos de estabilização (American Academy of Pediatric Dentistry, 2022). É fundamental entender o conceito de estabilização protetora, que se refere à contenção física como uma prática. No entanto, há poucos estudos sobre essa técnica, pois ela não é frequentemente escolhida pelos profissionais (Klatchoian *et al.*, 2014).

Os pais ou responsáveis pela criança devem, em conjunto com o profissional, decidir qual tipo de estabilização será utilizada e, além disso, devem fornecer autorização por escrito para a aplicação dessa técnica, assinando o termo de consentimento (Vidigal *et al.*, 2020).

2.6 Sedação consciente com óxido nitroso

A sedação por inalação de óxido nitroso/oxigênio é um artifício de manejo de comportamento seguro e efetivo no atendimento odontopediátrico. Esta técnica consiste da inalação do óxido nitroso (N_2O) associado ao oxigênio, através de um equipamento específico (fluxômetro) e de uma máscara nasal, que disponibiliza de maneira contínua um percentual de N_2O na mistura com o oxigênio, variável entre 10% a 70%, dependendo da resposta clínica de cada paciente (Silva *et al.*, 2015).

O óxido nitroso (N_2O), popularmente conhecido como gás do riso, é um gás incolor com odor levemente adocicado e baixa solubilidade no sangue. Ele se difunde rapidamente pelas membranas alveolares, permitindo que suas concentrações nos alvéolos e no cérebro aumentem em questão de segundos. A saturação inicial do sangue e do cérebro com N_2O ocorre entre 3 e 5 minutos após o início da inalação, resultado da rápida substituição do nitrogênio (N_2) pelo óxido nitroso nos alvéolos e na corrente sanguínea (Picianni *et al.*, 2014).

A máscara nasal empregada na inalação de gás precisa ser flexível e proporcionar uma adaptação confortável e eficaz ao rosto do paciente, considerando as características individuais de cada um, a fim de prevenir eventuais vazamentos. Essa máscara deve conter dois orifícios, permitindo tanto a entrada quanto a saída do ar durante a respiração e a expiração (Fanganiello, 2004). Para que o efeito terapêutico seja atingido, é necessário que o dentista oriente o paciente a respirar exclusivamente pelo nariz, o que favorece a absorção adequada do medicamento nos alvéolos pulmonares (Galeotti *et al.*, 2016; Huang, 2016).



As mangueiras conectoras têm a função de conduzir os gases até o equipamento misturador. Elas seguem um padrão de cores conforme o tipo de gás: azul para o óxido nitroso (N_2O) e verde para o oxigênio (O_2). Além disso, possuem conexões com diâmetros distintos, o que evita trocas ou conexões incorretas entre os gases (Falqueiro, 2005).

Para que o óxido nitroso seja utilizado de forma segura, é necessário realizar uma anamnese completa junto aos pais ou responsáveis do paciente. Esse levantamento inclui a coleta de informações sobre o histórico médico e odontológico, além de dados físicos como peso e altura da criança. Também é essencial obter a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando formalmente o uso da técnica (Galeotti *et al.*, 2016).

Diversos profissionais utilizam o óxido nitroso (N_2O) no atendimento de pacientes com transtorno do espectro autista. Essa substância é indicada para situações de alterações comportamentais leves e, quando combinada com técnicas de manejo convencionais, como distração, falar-mostrar-fazer e reforço positivo, proporciona um efeito benéfico para a realização dos procedimentos (Gandhi; Klein, 2014).

2.6.1 Indicações/contraindicações

É indicado para crianças que apresentam falta de cooperação, indivíduos com hipertensão controlada, pessoas com determinadas doenças neuromusculares, como o Parkinson, e pacientes que, devido à ansiedade, têm histórico frequente de vômitos ou desmaios. Também pode ser recomendado para aqueles que demonstram dificuldade em suportar procedimentos mais longos (Galeotti, 2016).

A sedação com óxido nitroso (N_2O) apresenta diversas vantagens, entre elas o início rápido de seus efeitos logo após a administração. A quantidade de gás fornecida pela máscara pode ser ajustada com facilidade pelo profissional, permitindo controlar tanto a duração quanto a dosagem da sedação de forma precisa, o que também contribui para uma recuperação mais eficiente. Quando é administrado oxigênio puro (100%) pela máscara nasal ao final do procedimento, os efeitos da sedação costumam desaparecer entre três a cinco minutos. No entanto, caso seja utilizado apenas o oxigênio ambiente, o tempo de recuperação tende a ser mais prolongado (Patel, 2010).

Essa técnica tem se consolidado e conquistado cada vez mais espaço na Odontologia. No entanto, é fundamental que o profissional esteja devidamente capacitado e habilitado, conforme as normas e legislações da profissão, para garantir a aplicação correta e alcançar os resultados esperados. Todos os medicamentos e equipamentos de emergência devem estar com a validade em dia e disponíveis para uso imediato. Em caso de qualquer intercorrência relacionada ao uso do N_2O , é essencial que o oxigênio seja administrado rapidamente, exigindo fácil acesso aos equipamentos de suporte (Brunick, 2013).

As contraindicações ao uso do gás estão associadas a condições como infecções respiratórias, obstrução das vias aéreas superiores, respiração predominantemente bucal, desvio de septo nasal, doenças pulmonares e dificuldades de cooperação por parte do paciente, tanto no uso da máscara quanto no processo respiratório. Também não é recomendado para indivíduos com hipertrofia das amígdalas, fissura palatina ou transtornos psiquiátricos, como paranoia, esquizofrenia e psicose. Além disso, pacientes com doenças pulmonares, cardíacas ou anemia grave devem evitar esse tipo de sedação, já que o risco envolvido supera os possíveis benefícios. Nesses casos, a perda de consciência provocada pela sedação pode ser mal tolerada pelo organismo (Correa, 2017).



2.6.2 Sedação com benzodiazepínicos

De acordo com o comportamento da criança durante o atendimento odontológico, é possível recorrer a métodos eficazes, como o uso de benzodiazepínicos, que auxiliam na redução da ansiedade e do medo em relação ao tratamento. A sedação com esse tipo de medicamento é indicada por sua capacidade de diminuir a excitabilidade do paciente, sendo classificada em três níveis: leve, moderada e profunda (Muller, 2018).

Na odontologia, os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais frequentemente empregados nesse tipo de procedimento, principalmente por oferecerem diversas vantagens em comparação a outros ansiolíticos. Entre esses benefícios, destacam-se a ampla margem de segurança, o custo acessível, a facilidade na administração e a capacidade de diminuir a ansiedade do paciente sem causar perda de consciência. Além disso, esses fármacos apresentam poucos efeitos colaterais, especialmente no que diz respeito ao sistema cardiovascular e respiratório (Picciani *et al.*, 2019).

O mecanismo de ação ocorre através da ligação do fármaco a receptores específicos no sistema nervoso central, o que leva à diminuição da atividade dos impulsos excitatórios. Como consequência, o paciente experimenta efeitos como sedação, controle da ansiedade, relaxamento da musculatura esquelética, amnésia anterógrada, além da diminuição do fluxo salivar e do reflexo do vômito (Gallagher *et al.*, 2016).

O midazolam tem sido amplamente utilizado na odontopediatria por suas propriedades ansiolíticas, sedativas, hipnóticas e amnésicas, sendo um representante da classe dos benzodiazepínicos. Uma de suas vantagens é a ausência de metabólitos ativos, o que contribui para um início de ação eficaz e uma sedação com profundidade adequada. Esse medicamento pode ser administrado por diversas vias, incluindo intravenosa, intramuscular, submucosa, oral e intranasal. A aplicação intranasal em forma de spray tem se mostrado uma alternativa eficiente para promover sedação e controlar a ansiedade em crianças não cooperativas, alcançando níveis moderados de sedação. Contudo, essa via pode provocar efeitos indesejáveis, como gosto amargo, sensação de ardência ou desconforto nasal (Alsaheerd *et al.*, 2016).

Embora o midazolam possa ser administrado por diferentes vias, é frequente sua associação com outros sedativos, como a cetamina ou o propofol. Essa combinação permite reduzir a quantidade total de cada medicamento, o que contribui para a diminuição dos possíveis efeitos colaterais. Além disso, essa estratégia favorece um início mais rápido da sedação e pode resultar em um tempo de recuperação mais breve para o paciente (Corcuera *et al.*, 2016).

O midazolam é um fármaco que possui efeitos ansiolíticos, relaxantes musculares, anticonvulsivantes e sedativos. Em comparação ao diazepam e a outros benzodiazepínicos, suas principais vantagens são o tempo de ação mais curto, além de apresentar rápida absorção e eliminação, especialmente pelo trato gastrointestinal. No entanto, seu uso é contraindicado em pacientes com hipersensibilidade ao medicamento ou que apresentem glaucoma agudo (Duque e Abreu e Lima, 2005).

As concentrações plasmáticas mais elevadas do medicamento alprazolam ocorrem entre 1 e 2 horas após sua administração, e seus efeitos podem perdurar por um período de 12 a 15 horas (Gaujac, 2009). Foi avaliada a eficácia desse benzodiazepínico em comparação a um fitoterápico em pacientes com níveis moderados a elevados de ansiedade antes da extração dos terceiros molares inferiores. Os resultados indicaram que o medicamento oferece um controle eficaz da ansiedade cerca de 60 minutos após sua administração (Péder e Jacobucci, 2018).



O diazepam atinge seu efeito máximo entre 45 e 60 minutos após a ingestão, com duração de ação variando entre 4 e 6 horas. No entanto, pode permanecer no organismo por um período de 20 a 50 horas. Quando administrado em doses baixas, pode não ser suficientemente eficaz no controle do medo e da ansiedade (Ebenezer *et al.*, 2013).

Os benzodiazepínicos são considerados medicamentos de ação prolongada, porém com efeitos clínicos de curta duração, geralmente desaparecendo em duas a três horas. No entanto, dependendo da dose administrada, pode ocorrer sonolência por um período mais extenso (Cogo *et al.*, 2006).

2.7 Anestesia geral

Com o objetivo de tornar mais fácil o manejo do comportamento de pacientes com autismo, a literatura especializada divide as técnicas utilizadas em dois grupos: básicas e avançadas. As estratégias básicas incluem métodos como a comunicação, a distração, o uso de recompensas e a presença dos cuidadores. Já entre as técnicas avançadas estão o emprego de óxido nitroso, sedação intravenosa, imobilização protetora (ou contenção física) e anestesia geral (Pérez; Raposo, 2015).

Quando a utilização da anestesia geral se faz necessária, é essencial realizar uma avaliação pré-operatória das condições físicas do paciente, conforme os critérios estabelecidos pela Sociedade Americana de Anestesiologistas. Dessa forma, a escolha do método de contenção química deve ser feita exclusivamente pelo médico anestesista, já que pacientes com necessidades especiais apresentam um risco anestésico mais elevado, o que pode resultar em complicações graves para a saúde (Andrade; Eleutério, 2015). Por esse motivo, ao se concluir que a anestesia geral é necessária, é imprescindível obter o consentimento dos cuidadores do paciente autista antes de sua aplicação (Alaniz, 2018). Durante o tratamento, é necessário realizar a intubação do paciente e, apesar do monitoramento dos sinais vitais da criança, o procedimento apresenta riscos, exigindo, portanto, uma aplicação criteriosa. Por isso, é essencial contar com a atuação de uma equipe multidisciplinar composta por um cirurgião-dentista, um médico anestesista e um enfermeiro (Sant'Anna *et al.*, 2017).

Dessa forma, é responsabilidade do profissional de saúde avaliar cuidadosamente a real necessidade do uso da anestesia geral, considerando que, apesar de seus possíveis efeitos negativos, ela também contribui para a redução de riscos tanto para o paciente quanto para o profissional, além de possibilitar a realização adequada dos diversos procedimentos odontológicos necessários. Ademais, a realização de múltiplos procedimentos em um curto período permite solucionar possíveis problemas bucais e melhorar significativamente a saúde bucal do paciente (Schardosim *et al.*, 2015).

Os procedimentos odontológicos realizados sob anestesia geral são uma alternativa terapêutica para muitas crianças, pois podem oferecer um atendimento odontológico abrangente e de alta qualidade quando o tratamento convencional não é viável. Pacientes com TEA sob a anestesia geral conseguem vir a evitar traumas psicológicos, diminuir riscos e trazer mais tranquilidade durante o procedimento tanto para o profissional quanto para o paciente. Conseguindo otimizar tempo e trazendo resultados satisfatórios. (Silva *et al.*, 2015).

É fundamental que os pais recebam uma explicação detalhada sobre o plano de indução da anestesia. Recomenda-se que crianças autistas se recuperem da anestesia em um ambiente isolado, com iluminação suave e pouco movimento. A presença dos pais no quarto assim que possível, até mesmo antes da criança despertar, pode ajudar a reduzir a ansiedade e prevenir comportamentos indesejados. (Vlassakova; Emmanouil, 2016).



Com base nesse conhecimento, podem ser empregadas ferramentas para aprimorar a comunicação com o paciente, incluindo recursos verbais, não verbais e sensoriais, entre outros. A seleção de um método ou procedimento terapêutico deve ser fundamentada em informações claras sobre seus princípios, a gravidade do transtorno, a técnica a ser aplicada e as expectativas de resultados. É essencial orientar e informar as famílias sobre as alternativas disponíveis, suas vantagens e limitações (Santana *et al.*, 2020).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nesta Revisão de Literatura, é possível concluir que a criança com diagnóstico de TEA necessita do acompanhamento de uma equipe multidisciplinar. O atendimento do paciente autista é considerado muito complexo, o mesmo, demanda muita dedicação, paciência e conhecimento do cirurgião-dentista. Na área da Odontologia, diversas abordagens mencionadas na literatura podem ser aplicadas, como ABA, TEACCH e PECS. Além disso, o dentista deve priorizar ações preventivas e orientar pais, responsáveis e cuidadores sobre as técnicas corretas de escovação. Também se destaca a importância de que as Universidades preparem adequadamente os estudantes de Odontologia para atender pacientes com necessidades especiais, especialmente crianças com autismo, considerando que muitos desses profissionais atuarão na Atenção Primária à Saúde.

É importante destacar que as primeiras opções para o controle da ansiedade e do comportamento infantil devem ser as técnicas de dessensibilização e manejo comportamental. No entanto, se essas abordagens não resultarem em um atendimento eficaz, o profissional pode considerar o uso de métodos de sedação consciente, desde que tenha a qualificação necessária para realizar o procedimento, ou ainda recomendar um tratamento em conjunto com um profissional qualificado.

Por fim, é essencial que o cirurgião-dentista mantenha uma postura proativa, buscando constantemente atualização e novos conhecimentos sobre o atendimento odontológico voltado a crianças com TEA. Essa atitude contribui para a realização de procedimentos mais eficazes, seguros e livres de traumas.

REFERÊNCIAS

- ALANIZ, A. Tratamiento estomatológico multidisciplinario de un paciente con trastorno de espectro autista: reporte de un caso. *OACTIVA*, v. 2, n. 1, p. 43-50, 2018.
- ALBUQUERQUE, C. M. A. *et al.* Principais técnicas de controle de comportamento em odontopediatria. *Arq. Odontol.*, v. 46, n. 2, p. 110-115, 2020.
- ALSARHEED, M. A. Intranasal sedatives in pediatric dentistry. *Saudi Med. J.*, v. 37, n. 9, p. 948-956, 2016.
- ALSHATRAT, S. M. *et al.* Effect of immersive virtual reality on pain in different dental procedures in children: a pilot study. *Int. J. Paediatr. Dent.*, v. 32, n. 2, p. 264-272, 2022. DOI: 10.1111/ipd.12851.



- AMARAL, C. E. M. *et al.* Apoio matricial em saúde mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 801-812, 2018.
- AMARAL, C. O. F. *et al.* Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para o atendimento odontológico. *Arch Oral Res.*, v. 8, n. 2, p. 143-151, 2012.
- AMARAL, L. D.; PORTILHO, J. A. C.; MENDES, S. C. T. Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na saúde bucal coletiva. *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 3, p. 105-114, 2011.
- ANDRADE, A. P. P.; ELEUTÉIO, A. S. L. Pacientes portadores de necessidades especiais: abordagem odontológica e anestesia geral. *Rev. Bras. Odontol.*, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1-2, p. 66-69, 2015.
- ARAÚJO, S. A nova classificação americana para os transtornos mentais – DSM-5. *Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.*, v. 16, n. 1, São Paulo, abr. 2014.
- ASSUMPÇÃO, F. B. JUNIOR; PIMENTEL, A. C. M. Autismo infantil. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 22, n. 2, 2000.
- BARROS, M. L. T. Q.; GOES, A. R. O. Ansiedade e dor na consulta de odontopediatria: da compreensão à intervenção. In: MORAES, A. A. B.; GUSTAVO, S. R. *Psicologia da saúde em odontologia: saúde e comportamento*. Curitiba: Juruá, 2017. p. 207-238.
- BARROS, R. E. *et al.* Atendimento odontológico em crianças com transtorno do espectro autista. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, v. 3, n. 1, 2023.
- BEZERRA, R. C.; ASSIS, J. A.; SANTOS, P. U. O atendimento odontológico a crianças com transtorno do espectro autista: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n. 3, p. 13155-13171, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-371>.
- BRANDENBURG, O. J.; MARINHO-CASANOVA, M. A. A relação mãe-criança durante o atendimento odontológico: contribuições da análise do comportamento. *Estudos de Psicologia*, v. 30, n. 4, p. 629-664, 2013.
- BRASIL. Guia de atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. PROCURAR
- BRITO, A. R.; VASCONCELOS, M. M. Conversando sobre autismo: reconhecimento precoce e possibilidades terapêuticas. In: CAMINHA, V. L.; HUGUENIN, J. Y.; ASSIS, L. M.; ALVES, P. P. *Autismo: vivências e caminhos*. São Paulo: Blucher, 2016.
- BRUNICK, A.; CLARK, M. S. Nitrous oxide and oxygen sedation: an update. *Dent. Assist.*, v. 82, n. 4, p. 14-19, 2013.



BULHÕES, A. V. S.; ABREU, C. C. G. Técnicas de manejo na odontopediatria em pacientes com transtorno espectro autista: revisão de literatura. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 9, n. 10, p. 336-345, 2023.

CAMARGO, S. P. H.; RISPOLI, M. Análise do comportamento aplicada como intervenção para o autismo: definição, características e pressupostos filosóficos. 2013.

CAMERON, A.; WIDMER, R. Manual de odontopediatria. 2. ed., 2012.

COGO, K. *et al.* Sedação consciente com benzodiazepínicos em odontologia. Revista Odontologia da UNICID, v. 18, n. 2, p. 181-188, maio-ago. 2006.

CORCUERA-FLORES, J. R. *et al.* Current methods of sedation in dental patients: a systematic review of the literature. Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal., v. 21, n. 5, p. e579-e586, 2016.

CORREA, M. S. N. P. Odontopediatria na primeira infância: controle da ansiedade em odontopediatria. São Paulo: Livraria Florence, 2017.

DA COSTA SANT'ANNA, L. F.; BARBOSA, C. C. N.; BRUM, S. C. Atenção à saúde bucal do paciente autista. Revista Pró-UniverSUS, v. 8, n. 1, 2017.

DA COSTA, V. V. P. *et al.* The effect of cannabidiol in the treatment of behavioral symptoms in children and adolescents with autism: an integrative review. Concilium, v. 24, n. 9, p. 364-377, 2024

DA SILVA MEDEIROS, D. *et al.* As contribuições da análise do comportamento (ABA) para a aprendizagem de pessoas com autismo: uma revisão da literatura. Estudos lat, v. 6, n. 1, 2021.

DOS REIS LOUZADA, J. B. *et al.* Autismo através dos séculos: uma análise histórica do desenvolvimento deste transtorno e seu impacto na sociedade. Revista Tópicos, v. 2, n. 11, p. 1-13, 2024.

DUQUE, C.; ABREU E LIMA, F. C. B. Midazolam – uma nova alternativa para sedação em odontopediatria. Revista Odontologia Ciência PUC-RS, v. 20, n. 48, p. 177-186, 2005.

EBENEZER, V. *et al.* Conscious sedation after administration of drugs in dentistry. Internat Journal Pharm Bio and Scien, v. 4, n. 2, p. 168-172, 2013. FALQUEIRO, J. M. Analgesia inalatória por óxido nitroso/oxigênio. São Paulo: Santos Editora, 2005.

FANGANIELLO MNG. Analgesia Inalatória por Óxido Nitroso e Oxigênio. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 2004.

FERNANDES, L. *et al.* Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na odontopediatria. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo, v. 28, n. 2, p. 135-177, 2016.



FERREIRA, J. M. S.; ARAGÃO, A. K. R.; COLARES, V. Técnicas de controle do comportamento do paciente infantil: revisão de literatura. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.*, João Pessoa, v. 9, n. 2, p. 247-251, maio/ago. 2009.

FONSECA, A. L. A. *et al.* Análise qualitativa das percepções de cirurgiões-dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.*, v. 20, n. 2, p. 208-216, 2010.

FONSECA, M. E.; CIOLA, J. C. *Vejo e aprendo: fundamentos do programa TEACCH. O ensino estruturado para pessoas com autismo.* 1. ed. Book Toy, 2014.

FRANÇA, M. T. B. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): ampliando o entendimento. *Jornal de Psicanálise*, v. 45, n. 82, p. 191-207, 2017.

GALEOTTI A, *et al.* Inhalation Conscious Sedation with Nitrous Oxide and Oxygen as Alternative to General Anesthesia in Precooperative, Fearful, and Disabled Pediatric Dental Patients: A large Survey on 688 working sessions. *BioMed Research International*. 2016.

GALLAGHER, C. Benzodiazepines: sedation and agitation. *Dental Update*, v. 43, n. 1, p. 83-89, 2016.

GANDHI, R. P.; KLEIN, U. Autism spectrum disorders: an update on oral health management. *The Journal of Evidence-Based Dental Practice*, v. 14, supl., p. 115-126, 2014.

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

GREESHMA, S. G. *et al.* Comparative evaluation of the efficacy of virtual reality distraction, audio distraction and tell-show-do techniques in reducing the anxiety level of pediatric dental patients: an in vivo study. *Int. J. Clin. Pediatr. Dent.*, v. 14, n. 2, p. 173-178, 2021.

GUEDES, L. *Palestra especial do Congresso Nacional Online Maternidade Inteligente (CONAOMI)*, 2016.

Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019

HAGE, S. R. V. *et al.* Oral hygiene and habits of children with autism spectrum disorders and their families. *J. Clin. Exp. Dent.*, v. 12, n. 8, p. e719-724, 2020.

HIDALGO, L. D.; SOUZA, J. A. Abordagem de crianças autistas em odontopediatria: uma revisão de literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 2022.



HUANG C, JOHNSON N. Nitrous Oxide, From the Operating Room to the Emergency Department. Current emergency and hospital medicine reports. 2016 4; pp. 11-18.

KESSAMIGUIEMON, V. G. G.; OLIVEIRA, K. D. C.; BRUM, S. C. TEA – atendimento odontológico: relato de caso. Revista Pró-UniverSUS, 2017.

KLATCHOIAN, D. A. *et al.* Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. In: Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria. 2. ed. São Paulo: Santos, Associação Brasileira de Odontopediatria, 2014. cap. 5.

LEON, V. C. de. Práticas baseadas em experiências de aplicação do TEACCH® nos transtornos do espectro do autismo. São Paulo: Memnon, 2016.

LOCATELLI, P. B.; SANTOS, M. F. R. Autismo: propostas de intervenção. Revista Transformar, v. 8, n. 8, p. 203-220, 2016.

MANGIONE, F. *et al.* Autistic patients: a retrospective study on their dental needs and the behavioural approach. Clin. Oral Investig., v. 24, n. 5, p. 1677-1685, 2020. DOI: 10.1007/s00784-019-03023-7.

MODABBERNIA, A.; VELTHORST, E.; REICHENBERG, A. Environmental risk factors for autism: an evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. Mol. Autism, v. 8, n. 13, 2017. DOI: 10.1186/s13229-017-0121-4.

MOREIRA, F. C. L. *et al.* Uso do TEACCH como coadjuvante ao atendimento odontológico em paciente com autismo: relato de caso clínico. Scientific Investigation in Dentistry, v. 24, n. 1, p. 38-46, 2019.

MULLER, M. T. I. *et al.* Eficácia e segurança da sedação consciente com óxido nitroso no tratamento pediátrico odontológico: uma revisão de estudos clínicos. JOI, v. 7, n. 1, p. 1-24, 2018.

NAAMA, L. Prevalência do bruxismo em crianças com TEA (Transtorno do Espectro Autista): uma revisão de literatura. Revista Coopex, v. 13, n. 1, p. 1-9, 2022.

OLIVEIRA, C. C. O. Atividades lúdicas na odontopediatria: uma breve revisão literária. Revista Brasileira de Odontologia, v. 71, n. 1, p. 103-107, 2014.

OLIVEIRA, J. E. L. C. de *et al.* Cuidados de enfermagem à criança portadora de transtorno do espectro autista: uma revisão integrativa. 2018.

ORELLANA, L.; MARTINEZ, S. S.; SILVESTRE, F. Training adults and children with an autism spectrum disorder to be compliant with a clinical dental assessment using a TEACCH-based approach. J. Autism Dev. Disord., v. 44, n. 4, p. 776-785, 2014. Disponível em: <https://www.canalautismo.com.br/artigos/a-importancia-do-modelo-teacch-para-o-desenvolvimentoda-crianca-com-tea/>.



PATEL, S. Is nitrous oxide a safe agent to use in conscious sedation for dentistry? SAAD Dig., v. 26, p. 23-26, 2010.

PÉDER, S. N. S.; JACOBUECCI, G. F. Avaliação da ação da *Valeriana officinalis* e do alprazolam para sedação consciente de pacientes ansiosos submetidos à exodontia de terceiros molares inferiores – estudo prospectivo, duplo cego, boca dividida e randomizado. Rev. Univ. Est. Mar., v. 19, n. 3, p. 860-864, 2018.

PÉREZ JIMÉNEZ, E.; RAPOSO CORREA, S. Manejo odontológico del paciente autista: manifestaciones orales. REDOE, 2015.

PICCIANI, B. L. S. *et al.* Contribution of benzodiazepines in dental care of patients with special needs. J. Clin. Exp. Dent., v. 11, n. 12, p. e1170-1174, 2019.

PICCIANI, B. L. S. *et al.* Sedação inalatória com óxido nitroso/oxigênio: uma opção eficaz para pacientes odontofóbicos. Revista Brasileira de Odontologia, v. 71, n. 1, 2014.

QUEIROZ, F. F. D. S. N. *et al.* Definição de habilidades-alvo para a classificação de brincadeiras voltadas às crianças com transtorno do espectro do autismo. New Trends in Qualitative Research, v. 3, p. 664-677, 2020.

ROBERTS, L. W. Estigma, esperança e desafio na psiquiatria: perspectivas de estagiários de cinco países em quatro continentes. Psiquiatria Acadêmica, v. 34, 2010.

ROBERTSON, M.; ARAUJO, M.; INNES, N. Anxiety and fear management in paediatric dentistry using distraction techniques. Evid. Based Dent., v. 20, n. 2, p. 50-51, 2019. DOI: 10.1038/s41432-019-0020.

ROCHA, R. C. *et al.* Cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos: perspectivas da enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 55, p. e03774, 2021.

SANT'ANNA, L. F. C. *et al.* Atenção à saúde bucal do paciente autista. Revista Pró-UniverSUS, v. 8, n. 1, p. 67-74, jan./jun. 2017.

SANTANA, L. M. *et al.* Pacientes autistas: manobras e técnicas para condicionamento no atendimento odontológico. Revista Extensão & Sociedade, p. 155-165, 2020.

SCHARDOSIM, L. R.; COSTA, J. R. S.; AZEVEDO, M. S. Abordagem odontológica de pacientes com necessidades especiais em um centro de referência no sul do Brasil. RVAcBO, v. 4, n. 2, 2015.

SILVA, C. C. *et al.* Conscious sedation vs general anesthesia in pediatric dentistry – a review. MedicalExpress [online], v. 2, n. 1, 2015.

SILVA, L. F. P. *et al.* Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na odontopediatria. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo, v. 28, n. 2, p. 135-142, maio 2016.



SILVA, M. J. L. *et al.* Pacientes com transtorno do espectro autista: conduta clínica na odontologia. *Rev. Uningá*, v. 56, supl. 5, p. 122-129, 2019.

SILVA, V. S.; ALMEIDA, R. C. A importância e os desafios do método ABA para a inclusão de crianças autistas na rede regular de ensino. *Revista Educação Pública*, v. 21, n. 12, 2021.

VELARDE, M.; CÁRDENAS, A. Trastornos del espectro autista y trastornos por déficit de atención con hiperactividad: desafíos en el diagnóstico y tratamiento. *Medicina (B Aires)*, v. 82, supl. 3, p. 67-70, 2022.

VIDIGAL, E. A. *et al.* Abordagem comportamental. In: TRICHES-SCHMITZ, T. C.; XIMENES, M. *Práticas clínicas em odontopediatria*. São Paulo: Quintessence, 2020. p. 1-15.

VLASSAKOVA, B. G.; EMMANOUIL, D. E. Considerações perioperatórias em crianças com transtorno do espectro autista. *Current Opinion in Anaesthesiology*, v. 29, p. 359-366, 2016.

WEIGELT, S.; KOLDEWYN, K.; KANWISHER, N. Face identity recognition in autism spectrum disorders: a review of behavioral studies. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, v. 36, p. 1060-1084, 2012.

XAVIER, H. S. *et al.* Experiência de cárie em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista e fatores associados. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 2, p. 781-7829, 2021.

ZINK, A. G. *et al.* Use of a Picture Exchange Communication System for preventive procedures in individuals with autism spectrum disorder: pilot study. *Special Care in Dentistry*, v. 36, n. 5, p. 254-259, 2016.