

RELATO DE CASO

**MANEJO DE PACIENTE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA NA ODONTOPEDIATRIA: UM RELATO DE CASO**

**MANAGEMENT OF PATIENTS WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER IN
PEDIATRIC DENTISTRY: A CASE REPORT**

Bárbara Miriã da Silva Santos¹; Bruna Dinamarco²; Bruna Vidal Cruzeiro³;

Kate Stephanie de Souza Santos⁴; Mariana Araújo Silva⁵; Sara Ribeiro de Oliveira⁶;

Larissa Corradi Dias⁷

1. Graduanda em Odontologia, Centro Universitário de Belo Horizonte – UNIBH, 2023. Belo Horizonte, MG. barbaramiriass@gmail.com
2. Graduanda em Odontologia, Centro Universitário de Belo Horizonte – UNIBH, 2023. Belo Horizonte, MG. dinamarcobruna1812@gmail.com
3. Graduanda em Odontologia, Centro Universitário de Belo Horizonte – UNIBH, 2023. Belo Horizonte, MG. boocruzeiro@gmail.com
4. Graduanda em Odontologia, Centro Universitário de Belo Horizonte – UNIBH, 2023. Belo Horizonte, MG. katestephaanie@hotmail.com
5. Graduanda em Odontologia, Centro Universitário de Belo Horizonte – UNIBH, 2023. Belo Horizonte, MG. araujosilvamariana@outlook.com.br
6. Graduanda em Odontologia, Centro Universitário de Belo Horizonte – UNIBH, 2023. Belo Horizonte, MG. sara.ribeirooliveira09@gmail.com
7. Professora adjunta do Centro Universitário de Belo Horizonte – UNIBH, 2023. Belo Horizonte, MG. larissa.dias@prof.unibh.br

RESUMO: O presente estudo trata –se de um relato de caso de Manejo de Paciente do Transtorno do Espectro Autista (TEA) na odontopediatria. O TEA é definido como uma síndrome comportamental que pode comprometer o desenvolvimento motor e psiconeurológico, dificultando a cognição, a linguagem e a interação social da criança em diferentes níveis. Esse estudo teve como objetivo relatar um caso de manejo odontológico em paciente autista, que apresentou clinicamente lesões cáries em diversos elementos dentários. Foi utilizado faixa estabilizadora e abridor bucal adaptado para realização do tratamento. Acredita-se que são necessários treinamento e entendimento adequados aos profissionais e estudantes da área da odontologia, para realização do atendimento em crianças com TEA.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo; Odontopediatria; Manejo; Criança; TEA

ABSTRACT: The present study is a case report on Patient Management with Autism Spectrum Disorder (ASD) in pediatric dentistry. ASD is defined as a behavioral syndrome that compromises motor and psychoneurological development, hindering the child's cognition, language and social interaction. This study aimed to report a case of dental management in an autistic patient, who clinically presented carious lesions in several dental elements. A stabilizing band and adapted mouth opener were used to carry out the treatment. It is believed that adequate training

and understanding are necessary for professionals and students in the field of dentistry to provide care to children with ASD.

KEYWORDS: Autism; Pediatric dentistry; Management; Child; ASD

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) trata-se de um grupo de deficiências de neurodesenvolvimento que comprometem a interação social, a comunicação e restrição ou repetição de estereótipos comportamentais (Kholood, *et al.* 2020; Juma, *et al.* 2019). A criança com TEA pode apresentar sensibilidade auditiva e sensorial, atraso ou falta total de desenvolvimento linguístico, dificuldade de interação social e visual, seletividade alimentar e desconforto com a mudança de rotina (Posar A., Visconti P., 2018).

Estima-se, de acordo com os estudos de Pinto *et al.* (2016), que a prevalência mundial do TEA é quatro vezes mais frequente em meninos do que em meninas, não descartando o diagnóstico em meninas, como será relatado neste estudo. A cada 10.000 habitantes, 70 são diagnosticados com autismo. Os sinais desse transtorno possuem expressividade variável e geralmente iniciam-se antes dos três anos de idade. Porém, segundo Silva e Mulick (2009) muitas crianças ainda permanecem com o diagnóstico em aberto até as idades de 6 a 7 anos.

Atualmente o transtorno tem sido mais falado e divulgado, gerando uma melhora na capacitação dos profissionais, resultando então, em uma melhor

detecção de casos que antes não eram diagnosticados ou eram diagnosticados erroneamente (Bandim, 2011).

Segundo Silva e Mulick (2009) não há causas específicas para desencadear o transtorno, visto que sua etiologia até o presente momento não foi possível determinar qualquer aspecto biológico, ambiental ou da interação de ambos que pareça contribuir de forma decisiva para manifestação desse transtorno. O estudo aponta algumas das principais causas para a etiologia do TEA sendo elas: fatores genéticos, neurológicos, ambientais e sociais. De acordo com Mouta e Engler (2016) a comunidade científica defensora do paradigma biológico-genético vê o autismo como uma doença neurológica congênita e defende a ideia de que a sua origem está nas alterações do sistema nervoso central, já a comunidade científica que advoga o paradigma relacional vê o autismo como um problema psicológico desencadeado na infância a partir de uma falha na relação mãe-bebê. A comunidade científica que propôs o paradigma ambiental vê o autismo como uma lesão neurológica causada pela exposição a agentes ambientais no período pré-natal, perinatal ou pós-natal. Uma combinação entre o paradigma genético e o ambiental é a tese mais aceita atualmente pela comunidade científica em geral como causa do autismo, ou seja, um complexo conjunto de fatores ambientais e genéticos que levaria a uma desordem neurológica com consequências para o funcionamento cerebral (Mouta e Engler, 2016).

Segundo a Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) indivíduos que precisam de cuidados especiais podem apresentar maior risco para o desenvolvimento de problemas bucais, como gengivite, periodontite, hipoplasia de esmalte, cárie, aversão oral e problemas comportamentais. Diante das dificuldades de interação e comunicação inerentes à própria condição do paciente, observa-se a falta de cooperação dos mesmos com o tratamento odontológico, por terem dificuldades em interagir com outras pessoas e em compreender e seguir instruções, o que acarreta prejuízos à saúde bucal desses pacientes. (Ribeiro, 2021).

O atendimento odontológico para pacientes com TEA pode ser negligenciado, pois eles muitas vezes enfrentam adversidades relevantes no acesso ao atendimento odontológico devido à dificuldade de localizar um dentista especializado no tratamento, conforme necessário (Vajawat, *et al.* 2012; Stein *et al.*, 2012). A saúde bucal é uma parte importante da saúde em geral. Problemas bucais podem causar dor, sofrimento e limitação funcional que afetam a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo (Ribeiro, 2021).

Visando viabilizar o atendimento odontológico com segurança à pessoa com TEA, bem como ao profissional responsável pelo atendimento odontológico, em alguns casos as técnicas de manejo física são utilizadas, como o uso de faixas estabilizadoras e do abridor bucal adaptado (Guimarães, 2008).

Este estudo de caso tem como objetivo relatar a experiência do atendimento ao paciente com TEA, e a importância do profissional estar preparado para realizar o manejo e condutas adequadas, visando uma melhor qualidade de vida para esses pacientes.

2. METODOLOGIA

Esse estudo é um relato de caso clínico junto a um relato de experiência do atendimento e manejo odontológico a uma criança com TEA, derivado da concessão espontânea para a utilização dos relatórios odontológicos. Com intuito de assegurar o anonimato da paciente, bem como utilizar informações contidas nos documentos, o responsável pela criança autorizou, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, de toda documentação necessária para composição do relato de caso clínico.

3. RELATO DE CASO

Paciente L.O.V., sexo feminino, 3 anos, autista não verbal, leucoderma, natural de Belo Horizonte, deu início ao tratamento odontológico na clínica integrada da saúde do Centro Universitário de Belo Horizonte (Unibh) no dia 30/03/2023. A criança chegou na clínica de Odontopediatria e PCD, demonstrando resistência ao local. A responsável pela criança relatou que a mesma é diagnosticada com autismo grave, sem grau definido, devido sua pouca idade. Apresentava manchas nos dentes e sangramento gengival, sem queixa de sintomatologia dolorosa, além disso, foi também mencionado pela responsável grande dificuldade em realizar a higiene bucal da criança.

Na primeira consulta foi realizada a anamnese com a responsável, onde foi relatado ausência de

comprometimento sistêmico. Nessa mesma consulta, devido à grande resistência da paciente, foi realizado o condicionamento, utilizando técnicas de manejo psicológica e física, onde sob estabilização protetora ativa (Figura 1) foi realizado o exame clínico intra-oral, bem como o exame dente a dente (Quadro 1).

O plano de tratamento traçado para a paciente foi dividido em algumas fases: profilaxia, tratamento restaurador e exodontia, além da adequação do meio e instrução de higiene oral.

Quadro 1 – Exame dente a dente

Dente(s)	Diagnóstico
51, 53, 61, 62, 63, 71, 72, 73, 81, 82, 83	Lesão de mancha branca na vestibular
85	Hígido
52	Lesão cariosa na cervical
54	Extensa lesão cariosa e grande perda coronária
55, 64, 65, 84	Lesão cariosa na oclusal
74	Lesão cariosa na distal

75	Lesão cariosa na mesial
----	-------------------------

Fonte: Própria, 2023.

A educação em saúde bucal foi realizada em todas as consultas com a responsável, a fim de manter a saúde bucal da criança. A mãe foi orientada em relação a importância da higiene bucal adequada três vezes ao dia, a utilização de creme dental com flúor e sobre o papel da sacarose no desenvolvimento da cárie dentária.

Não foi possível a realização de exames radiográficos na paciente e nem de registros fotográficos ao longo dos procedimentos devido às dificuldades enfrentadas.

No dia 13/04 foi realizada a profilaxia e tratamento restaurador atraumático (ART) classe V no elemento 52. O elemento foi restaurado com cimento de ionômero de vidro (CIV) modificado por resina da marca FGM. Esse foi o tratamento de escolha, por não indicar a utilização de motor e anestesia, visto que a paciente apresentou grande sensibilidade sonora e grande resistência ao atendimento, dificultando a condução do tratamento odontológico, sendo necessário a utilização de faixa estabilizadora (Figura 2) e abridor bucal adaptado (Figura 3), para auxiliar na estabilização protetora.

No dia 20/04 foi realizada restauração em resina composta convencional da marca 3M, cor A1 de esmalte, classe V, no elemento 52, isolamento relativo feito com rolete de algodão, utilizando o abridor bucal adaptado e sob estabilização protetora ativa e passiva. Optou-se pela substituição do material restaurador devido à maior adesão química da resina composta,

visto que a restauração em CIV modificado por resina soltou em uma semana.

No dia 27/04 foi realizado ART dos elementos 64 e 65 e restauração em CIV modificado por resina da marca FGM, isolamento relativo feito com rolete de algodão, utilizando o abridor bucal adaptado e sob estabilização protetora com o auxílio de faixa estabilizadora.

No dia 04/05 foi realizada remoção parcial do tecido cariado com instrumento manual e brocas nos elementos 74, face distal, e 75, face mesial, sob anestesia local, utilizando a técnica de bloqueio do nervo alveolar inferior. O anestésico de escolha foi lidocaína 2% + epinefrina da marca DFL, isolamento relativo feito com rolete de algodão e restauração em CIV modificado por resina da marca FGM, sob estabilização protetora ativa com auxílio de faixa estabilizadora.

No dia 12/05 foi realizada restauração com resina composta convencional da marca 3M na distal do elemento 74 e na mesial do elemento 75, isolamento relativo feito com rolete de algodão, utilizando abridor bucal adaptado, sob estabilização protetora e ativa. A tentativa anterior de restaurar com CIV modificado por resina não obteve sucesso, a resistência do ionômero sobre a força mastigatória é menor que a da resina, sendo assim, optou-se pela restauração em resina composta.

No dia 18/05 foi realizada restauração classe I no elemento 75 com resina composta convencional da marca 3M, cor A2, isolamento relativo feito com rolete de algodão, utilizando abridor bucal adaptado, sob estabilização protetora e ativa.

No dia 26/05 foi feita restauração com CIV modificado por resina da marca FGM no elemento 84, isolamento relativo feito com rolete de algodão e aplicação de verniz fluoretado da marca SSWhite em todos os elementos anteriores, utilizando abridor bucal adaptado, sob estabilização protetora e ativa.

No dia 02/06 foi feita restauração com resina flow (Bulk fill) da marca FGM no elemento 55, isolamento relativo feito com rolete de algodão e nova aplicação de verniz fluoretado da marca SSWhite em todos os elementos anteriores, utilizando abridor bucal adaptado, sob estabilização protetora e ativa.

No dia 16/06 foi realizada exodontia de resto radicular do elemento 54 devido à destruição coronária, sob anestesia local, técnica supraperiosteal e o anestésico de escolha foi lidocaína 2% + epinefrina da marca DFL. Foi utilizado abridor bucal adaptado e estabilização protetora e ativa.

Durante todos os procedimentos a Avaliação Comportamental (A.C.) da paciente, baseada na escala de Frankl, foi Tipo I (--), definitivamente negativo.

Figura 1 – Estabilização protetora ativa



Fonte: Livro Odontopediatria – Uma visão contemporânea, 2013.

Figura 2 – Estabilização protetora passiva



Fonte: Revista Dentista y Paciente, Manejo de conducta en odontología pediátrica, 2018.

Figura 3 – Abridor bucal adaptado



Fonte: Dados do Estudo, 2023.

As necessidades odontológicas da paciente em atendimento foram sanadas considerando as limitações do atendimento, sendo a principal limitação inerente, a dificuldade de condicionamento da paciente, fazendo-se necessário em todas as consultas o atendimento a seis mãos, bem como a utilização da faixa estabilizadora associado a estabilização ativa, realizada pela mãe e em alguns casos sendo necessário mais contribuições. Sendo assim, a

6
adequação do meio foi realizada mesmo diante das dificuldades.

Ao longo do tratamento odontológico foi possível observar a melhora da higiene bucal da criança através da diminuição da placa visível. Sendo assim, mesmo diante das limitações e dificuldades encontradas neste atendimento, observamos o sucesso do tratamento odontológico e a importância do papel do cirurgião dentista na manutenção da saúde bucal da pessoa com deficiência.

A paciente continua em atendimento odontológico na clínica de Odontopediatria e PCD do curso de Odontologia do Unibh no segundo semestre de 2023 para dar continuidade no tratamento.

4 . DISCUSSÃO

O presente estudo relata um caso clínico de manejo de paciente com transtorno do espectro autista, seu tratamento e adaptações necessárias.

O espectro autista foi definido pela Sociedade de Autismo da América (ASA) como uma complexa deficiência de desenvolvimento presente desde o nascimento, onde os primeiros sinais aparecem na primeira infância e afetam a capacidade de comunicação e interação com a sociedade (Amaral *et al.*, 2012; Volpato *et al.*, 2013., ASA., 2018). A paciente do presente relato é autista não verbal, apresentava sensibilidade sonora e resistência ao ambiente odontológico.

Na primeira consulta foi realizada uma adaptação do ambiente para atender as necessidades sensoriais da

paciente. O atendimento de crianças autistas deve ser realizado com cautela visto que não é possível prever uma reação (Lopes, 2020).

O comportamento inesperado dos pacientes com TEA aliados com suas características próprias, como a dificuldade de relacionamento e comunicação, agressividade, limitação motora e fonética, ansiedade e estresse (por estar em um ambiente diferente do habitual), são umas das maiores dificuldades que o profissional enfrenta no atendimento odontológico. Essas características complexas do transtorno favorecem para uma má higienização bucal destes pacientes (Katz *et al.*, 2009).

Devido às suas características comportamentais, esses indivíduos são considerados propícios a doenças cariosas e periodontais (Katz *et al.*, 2009). A paciente L.O.V. apresentava lesões cariosas em diversos elementos, devido à dificuldade de higienização bucal relatada pela responsável.

A maioria dos pacientes com TEA, possui um estado de saúde bucal deficiente, requerendo assim um acompanhamento odontológico mais frequente. Além disso, é necessário que o cirurgião dentista e sua equipe sigam um protocolo para que o atendimento seja facilitado e para que o tratamento seja bem aceito pela paciente (Araujo *et al.*, 2021).

Para obter um tratamento de sucesso desses pacientes, no consultório odontológico, é necessária a utilização de técnicas específicas para cada grau de autismo, como a utilização de filmes e cartões de imagem aliados a técnica “falar, mostrar e fazer” para reduzir o estresse no atendimento. Para aqueles que não aderirem a esses métodos, são utilizados os métodos de restrição física (Araujo *et al.*, 2021).

No primeiro atendimento foi necessário realizar a estabilização protetora ativa para que a ficha clínica fosse preenchida corretamente. O estudo de Vidigal *et al.* (2020) relata a utilização da estabilização protetora ativa, realizada pelos pais ou acompanhantes, com a imobilização das mãos e dos joelhos da criança, e pelo cirurgião dentista ao fazer o apoio da cabeça.

Em crianças não colaboradoras faz-se necessário o uso de estabilização protetora, que é definida como o ato de restringir os movimentos do paciente, a fim de reduzir riscos e injúrias, além de visar a obtenção de melhores resultados no decorrer dos atendimentos (Shitsuka *et al.*, 2015). Assim, nos atendimentos seguintes optou-se pela estabilização protetora com faixa estabilizadora, que é a estabilização passiva, dando mais segurança para a paciente, para o dentista e para a realização dos procedimentos. A presença do responsável era mantida durante toda a consulta, para assegurar a completa estabilização da criança.

Como procedimentos de ajuda pode-se citar a utilização de acessórios, sendo o abridor bucal adaptado um dos principais, usado para melhor execução dos procedimentos (Guimarães, 2008). Durante os atendimentos foi utilizado o abridor bucal modificado para manter a boca aberta, facilitando no procedimento e evitando intercorrências tanto para o paciente, quanto para o dentista.

Nos elementos 52, 64, 65, 74 e 75, o tratamento de escolha foi o ART, por ser um tratamento que não tem a necessidade da utilização da caneta de rotação, evitando o desconforto sonoro. É realizada a remoção do tecido cariado amolecido com o auxílio de instrumentos manuais, como curetas e colher de dentina. Segundo Navarro *et al.* (2015) a técnica tem uma melhor aceitação pelas crianças, reduzindo a

ansiedade, medo, desconforto/dor. Existe uma grande possibilidade de que o tratamento minimamente invasivo seja mais facilmente aceito e executado, sem necessidade de usar anestésicos, os quais, geralmente, não são necessários durante o procedimento, mas em casos de lesões mais extensas e desconforto, seria recomendável utilizar.

Para as restaurações (elementos 52, 64, 65, 84) o primeiro material de escolha foi o cimento de ionômero fotopolimerizável, devido a facilidade e praticidade de aplicação, também foi usado o CIV químico (elementos 74 e 75). O CIV é um material que apresenta propriedades excelentes como adesão à estrutura dentária, coeficiente de expansão térmica, liberação de fluoreto e compatibilidade biológica (Boaventura *et al.*, 2012).

Não se obteve sucesso com a utilização do material citado anteriormente (nos elementos 52, 64, 65, 74 e 75), devido à dificuldade de manter o campo operatório seco, causando uma má adesão fazendo com que a restauração soltasse. Diante do insucesso, o segundo material de escolha para realizar as restaurações foi a resina composta convencional, pois apresenta vantagens quanto a indicações, tempo clínico, facilidade de reparo, preservação de estrutura dental hígida e a capacidade deste material em responder às expectativas dos pacientes (Santos, 2018).

Para a restauração do elemento 84, o material de escolha foi a resina Bulk fill por ter um melhor escoamento. Resinas do tipo Bulk fill podem ser utilizadas com êxito em restaurações de dentes decíduos. Possuem melhores propriedades mecânicas, menor contração de polimerização e técnica de fácil execução quando comparada às resinas

8
convencionais, o que ocasiona a diminuição de erros e um menor tempo clínico (Ehlers *et al.*, 2019).

Foi observado clinicamente lesões de mancha branca nos elementos anteriores superiores e inferiores, o tratamento de escolha foi a aplicação em 2 sessões com intervalo de uma semana de verniz fluoretado. A responsável foi orientada a retornar depois de 4 meses para a próxima sessão de aplicação do verniz. Entretanto, Autio-Gold e Courts (2001) demonstraram, em um ensaio clínico, que o grupo que recebeu 2 aplicações de verniz fluoretado, com intervalo de 4 meses obteve melhores resultados quanto à inativação de lesões incipientes na dentição decídua.

O julgamento clínico de manter ou extrair um dente não se baseia apenas em achados clínicos e radiográficos, mas também em fatores relacionados ao paciente (Skupien *et al.*, 2013). A escolha da extração do elemento 54 (resto radicular) se deu pela dificuldade de realizar exame radiográfico, logo o tratamento endodôntico foi descartado.

A sedação com óxido nitroso não foi escolhida pois para permitir que a técnica seja executada de forma adequada, é preciso que haja cooperação do paciente para realização da respiração nasal durante o procedimento, que é levantado como uma possível desvantagem. Além disso, a idade é um fator definitivo. (Malamed, 2010).

A escolha da anestesia geral é uma ótima alternativa, quando outros métodos não forem o suficiente para a realização dos procedimentos odontológicos necessários. A duração média do tratamento odontológico, sob anestesia geral, é de cerca de 6 horas, divididas na preparação (1 hora), no tratamento (2 a 3 horas) e nas duas horas finais para recuperação

do paciente. Na maioria dos casos, o paciente recebe alta no mesmo dia do procedimento, desde que o mesmo esteja em perfeitas condições de saúde bucal e sistêmica (Andrade, 2015).

5. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu discutir o manejo do caso de uma paciente com transtorno do espectro autista (TEA) na odontopediatria.

Por ser um atendimento desafiador e complexo, muitos profissionais não se sentem capacitados para atenderem pacientes com TEA, fazendo com que sejam negligenciados.

Com base no relato de experiência exposto, é fundamental ressaltar a importância do contato do aluno de graduação em odontologia com o atendimento à pessoa com deficiência, considerando então, fundamental a abordagem da odontologia para o PCD dentro dos cursos de graduação em todas as universidades do nosso país.

Portanto conclui-se que existe a necessidade de profissionais capacitados e a vontade de dentistas, mesmo não sendo especialistas, para atender estes pacientes, além da necessidade da colaboração do responsável juntamente com o cirurgião dentista.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, C. O. F., MALACRIDA, V. H., VIDEIRA, F. C. H., PARIZI, A. G. S., de Oliveira, A. & Straioto, F. G. Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para o atendimento odontológico. **Archives of Oral Research**. 2012;8(2):143-51.
- ANDRADE, A.P.P. *et al.* Pacientes portadores de necessidades especiais: abordagem odontológica e anestesia geral **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p. 66-9, jan./jun. 2015
- ARAUJO, F. S.; GAUJAC C.; TRENTO, C. L.; AMARAL, R. C. Pacientes com Transtorno do Espectro Autista e desafio para atendimento odontológico - revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, e496101422317, 2021.
- AUTIO-GOLD, JT; COURTS F. Assessing the effect of fluoride varnish on early enamel carious lesions in the primary dentition. **J AM DENT ASSOC**. 2001 set.; 132(9): 1247-53.
- BANDIM, José Marcelino. Autismo: uma abordagem prática. **2. ed. Recife**: Editora Bagaço, 2011.
- BOAVENTURA, J. M. C.; ROBERTO, A. R.; BECCI, A. C. O.; RIBEIRO, B. C. I.; OLIVEIRA, M. R. B. de; & ANDRADE, M. F. (2012). Importância da biocompatibilidade de novos materiais: revisão para o cimento de ionômero de vidro. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, 24(1), 42-50.
- EHLERS, V., GRAN, K., CALLAWAY, A., AZRAK, B., ERNST CP. One-year clinical performance of flowable bulk fill composite vs conventional compomer restorations in primary molars. **J Adhes Dent**. 2019;21(3):247-54.
- GUIMARÃES, Murilo. Adaptações do ambiente odontológico para o atendimento do paciente com necessidades especiais; **REV. do Curso de Odontologia da UniEVANGÉLICA**, v. 10, n. ,1 jan./jun.2008.
- JUMA, O.S.A.; ESHRAQ, Z.E; ABDULWAHA, M.A.Z.; AESA, A.J; Oral Health Status and Treatment Needs for Children with Special Needs: A Cross- Sectional Study; **Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr**. 19(1):1-10; 2019.
- KATZ, C. R. T.; VIEIRA, A.; MENESES, J. M. L. P.; & COLARES, V. Abordagem psicológica do paciente autista durante o atendimento odontológico. **Odontol. clín.- cient**, v. 8, n. 2, p. 115-121, 2009.
- KHOLOOD, A. S. A.; ALDHALAAN, M. H.; MONEER, Z. *et al.* (2020). Challenges of Autism Spectrum Disorders Families Towards Oral Health Care in Kingdom of Saudi Arabia; **Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr**. 20(1): 1-7, 2020.
- LOPES, C. da S.; SANTOS, K. V. dos; KEGLER, M. T.; ULHÔA, P.. Atendimento odontológico à criança com transtorno do espectro autista - Revisão de literatura. **Research, Society and Development**. v. 11, n. 7, e1011729497, 2022.
- MALAMED, S. F. Sedação na odontologia. Rio de Janeiro: **Elselvier**, 2010.
- MOUTA FADDA, Gisella; ENGLER CURY, Vera O ENIGMA DO AUTISMO: CONTRIBUIÇÕES SOBRE A ETIOLOGIA DO TRANSTORNO; **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 3, jul./set., 2016, pp. 411-423 Universidade Estadual de Maringá Maringá, Brasil.
- NAVARRO, Maria *et al.* Tratamento Restaurador Atraumático: Atualidades e perspectivas. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**. v. 69 n. 3 São Paulo jul./set. 2015.
- PINTO, RNM; TORQUATO, IMB; COLLET, N; REICHERT, APS; SOUZA NETO, VL; SARAIVA, AM. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. **Rev Gaúcha Enferm**. set. 2016.
- POSAR, A.; VISCONTI, P. Sensory abnormalities in children with autism spectrum disorder. **J Pediatr (Rio J)**. 2018;94:342–50.
- RIBEIRO, Adyelle D. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA ODONTOLOGIA. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, 8 (único): 806-817, 2021, ISSN: 2358-7490. DOI: 10.35621/23587490.v8.n1.p806-817.
- SANTOS, A.C.R.; Propriedades físicas das resinas compostas: revisão de literatura. 2018. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2020.
- SHITSUKA, Rabbith *et al.* DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DA ESTABILIZAÇÃO PROTETORA NA ODONTOLOGIA: UM ESTUDO

PILOTO. **RFO, Passo Fundo**. v. 20, n. 1, p. 59-63, jan./abr. 2015.

SILVA, M.; MULICK, J. A; Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 2009, v. 29, n. 1, pp. 116-131. ISSN 1414-9893.

SKUPIEN, J. A.; OPDAM, N.; WINNEN, R.; BRONKHORST, E.; KREULEN, C.; PEREIRA-CENCI T.; HUYSMANS, M. C. (2013). A practice-based study on the survival of restored endodontically treated teeth. **Journal of endodontics**, 39(11), 1335–1340.

SOUSA, G. ADAPTAÇÕES DO AMBIENTE ODONTOLÓGICO PARA O ATENDIMENTO DO PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS. **RCO-REV.** do Curso de Odontologia da UniEVANGÉLICA, v. 10, n. 1, jan./jun. 2008.

STEIN, L.; POLIDO, J.; NAJERA, S.; CERMAK, S. Oral Care Experiences and Challenges in Children, with Autism Spectrum Disorders. **Paediatr Dent**, 34: 387–391; 2012.

VAJAWAT, M.; DEEPIKA, P. C; Comparative evaluation of oral hygiene practices and oral health status in autistic and normal individuals. **J Int Soc Prev Community Dent**, 2, 58–63, 2012.

VIDIGAL, E.A. *et al.* Abordagem Comportamental. In: TRICHES-SCHMITZ, Thaisa Cesária. XIMENES, Marcos. Práticas Clínicas em Odontopediatria. São Paulo: **Quintessence**, cap.1, p.1-15, 2020.

VOLPATO, S.; PREDEBON, A.; DAROLD, F. F.; & GALLON, A. Método educacional para autistas: Reforço alternativo para o tratamento odontológico utilizando sistema de comunicação por figuras. **Ação Odonto**, v. 1, n. 1, p. 85-98, 2013.