

## Abordagem do paciente com TEA na clínica odontológica

Raíssa de Oliveira LEITE<sup>1</sup>, Marcelo de Moraes CURADO<sup>2</sup>, Letícia Diniz Santos VIEIRA<sup>3</sup>

### Resumo

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) engloba de um grupamento de problemas do desenvolvimento neurológico de acordo com um grupo principal de fatores definidores que incluem o convívio social afetado, a comunicação e os modelos comportamentais específicos ou constantes. Um dos primeiros sinais observados no diagnóstico do TEA é a incapacidade de produzir a atenção conjunta, que consiste na ausência de interesse pelo meio ao seu redor e a incapacidade da criança de se comunicar, através do diálogo, suas ações e contato visual. O objetivo deste trabalho, por meio de uma revisão de literatura, foi abordar o contexto do atendimento odontológico para pacientes com TEA, bem como colaborar na capacitação profissional através de uma abordagem humana, ética e de condutas individualizadas de manejo e adaptação profissional. O manejo odontológico adequado para uma criança com TEA requer uma individualização e uma compreensão aprofundada do perfil comportamental do TEA, englobando diversas técnicas como: PECS, ABA, TEACCH, dizer-mostrar-fazer, distração, dessensibilização, controle de voz e modelação. Conclui-se que o papel da educação continuada de profissionais da odontologia e pais é essencial para superar as dificuldades encontradas pela criança com TEA durante a consulta odontológica.

**Palavras-chave:** Cárie Dentária. Prevenção Primária. Diagnóstico Precoce.

<sup>1</sup>Estudante do curso de Odontologia do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC

<sup>2</sup>Mestre e especialista em Ortodontia – São Leopoldo Mandic.

<sup>3</sup>Especialista, Mestre e Doutora em Odontopediatria e Especialista em Ortodontia.

**Submetido:** 06/12/2018 - **Aceito:** 17/12/2018

**Como citar este artigo:** Leite RO, Curado MM, Vieira LDS. Abordagem do paciente com TEA na clínica odontológica. R Odontol Planal Cent. 2018 Jul-Dez;8(2):15-21.

- Os autores declaram não terem interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

**Autor para Correspondência:** Raíssa de Oliveira Leite  
Endereço: Quadra 14 Casa 56 Setor Oeste Gama-DF, Brasil  
CEP: 72425-140  
Telefones: + 55 (61) 99847-9081  
email: leithraissa@gmail.com

Categoria: Revisão de Literatura  
Área: Odontopediatria

### Introdução

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) engloba um grupamento de problemas do desenvolvimento neurológico de acordo com um grupo principal de fatores definidores que incluem o convívio social afetado, a comunicação e os modelos comportamentais específicos ou constantes. O espectro compreende em Transtorno Autista (TA), Transtorno de Asperger (SA) e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outra

Especificação (TID-SOE) que diferem no número e na gravidade dos recursos diagnósticos<sup>1</sup>. Tem seu início até o fim dos três anos de vida, através de uma predominância quatro vezes maior no gênero masculino do que no feminino, em contraparte, meninas tendem a ser mais gravemente afetadas e a ter uma relação superior no comprometimento mental<sup>2</sup>.

Um dos primeiros sinais observados no diagnóstico do TEA é a incapacidade de produzir a atenção conjunta, que consiste na ausência de interesse pelo meio ao seu redor e a incapacidade da criança de se comunicar, através do diálogo, suas ações e contato visual. É aceitável que dentro do TEA a ausência de explicações a manifestações e a imperícia de criar relacionamentos pessoais possam ofuscar as técnicas profissionais de higiene oral. Concepção sensorial lesada também tem sido bem referida na literatura para pacientes com TEA<sup>2,3</sup>. Portanto, o mau desempenho na compreensão da ingestão de motivações por parte do transtorno, pode ocasionar resultados irregulares aos sinais visuais, auditivos, táteis, olfativos e gustativos<sup>3</sup>.

O presente trabalho teve como objetivo, por meio de uma revisão de

literatura baseado em evidências científicas, abordar o contexto do atendimento odontológico para pacientes com TEA, bem como colaborar na capacitação profissional através de uma abordagem humana, ética e de condutas individualizadas de manejo e adaptação profissional. Essa revisão bibliográfica foi feita entre artigos publicados no período de 2009 a 2017, nas bases de dados BVS, Scielo e MEDLINE.

## Revisão da Literatura

### *Etiologia, diagnóstico e classificação do TEA*

A origem do TEA é apontada como uma anormalidade em partes do cérebro, mas não há uma conclusão definida<sup>2</sup>. O TEA consiste em uma desordem complexa, caracterizada por alterações do comportamento relacionadas a limitações motoras, convívio social e linguagem. Já a sua etiologia é incerta, onde os pesquisadores buscam evidências e chegam a uma multicausalidade<sup>1,2,4</sup>.

O TEA está associado então a fatores neurológicos e biológicos, ou seja, os problemas estão associados a uma anomalia anatômica ou fisiológica do sistema nervoso central, e também a interação entre múltiplos genes<sup>5</sup>.

Segundo a OMS (2010)<sup>6</sup>, o diagnóstico do TEA é clínico e deve ser feito dentre os critérios do CID 10, através de uma anamnese completa e a análise da criança por especialistas, pais e cuidadores, mediante observação clínica dos comportamentos. As principais características são: alterações de comunicação verbal e não verbal, na relação social e comportamentos restritos e repetitivos<sup>1,7</sup>.

O reconhecimento antecipado dos sinais do TEA é provável, pois vários desses indícios podem ser observados antes dos três anos de idade o que é de suma importância porque permite uma intervenção antecipada<sup>7</sup>.

Entre as principais características identificadas nos pacientes com TEA, a alteração na comunicação verbal e não verbal são uma destas, sendo observado atraso ou falta de linguagem, ausência de contato visual, expressão dos sentimentos ou gestos<sup>1,2</sup>.

Os pacientes diagnosticados com TEA têm prejuízos na sua relação social, preferindo atividades mais solitárias, buscando seus próprios interesses, pois apresenta dificuldade para compartilhar seus sentimentos. Os comportamentos limitados e recorrentes que estes pacientes apresentam como bater palmas ou balançar as mãos, bater os pés, proporcionam um bem-estar ou simplesmente pela intenção às repetições, que é uma condição do TEA<sup>1,7,8</sup>.

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5<sup>9</sup> foi publicada em maio de 2013, contendo mudanças expressivas nos parâmetros de diagnósticos de autismo e aderindo, finalmente, o termo TEA como nível de diagnóstico.

Houve uma inclusão por parte do DSM-5, englobando algumas categorias dos TID (Transtornos Invasivos Do Desenvolvimento) do DSM-4 na condição de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Foram elas: Transtorno Autista, Transtorno de Asperger e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. Conforme o DSM-5, esses transtornos não terão mais legitimidade em termos de condições diagnósticas distintas. Assim sendo, passarão a ser analisados no mesmo espectro do TEA<sup>9</sup>.

O TEA apresenta classificações segundo o grau de severidade e está relacionado ao Quociente de Inteligência (QI). As variações podem ser desde retardo mental severo (abaixo de 70), QI normal que apresenta um comprometimento leve, ou acima da média que é o autismo de alto funcionamento<sup>2</sup>.

O Transtorno Autista (TA) se define por um quadro clínico em que prevalecem prejuízos na interação social, nos comportamentos não verbais (como contato visual, postura e expressão facial) e na conversação, podendo existir atraso ou mesmo falta da linguagem<sup>10</sup>.

Pode haver, também, repetição de palavras e uso de linguagem padronizada. As pessoas com o TA apresentam dificuldades na implantação da convivência social, preferindo atividades mais solitárias<sup>2</sup>.

Também apresentam dificuldades sociais para partilhar interesses, começar ou manter interações sociais; possuem

dificuldades em entender expressões faciais de sentimentos e afetos. Comportamentos estereotipados são vistos (como bater palmas ou movimentar os braços como que batendo asas), as preferências são específicas e há dificuldade em modificar rotinas, dentre outras alterações<sup>2,7,10</sup>.

O Transtorno de Asperger (SA) é denominado como um problema que acarreta de suaves a graves malefícios na relação social, restrição de interesses e ações, adesão aparentemente inflexível a hábitos e práticas, alteração da entonação da fala e comportamentos seguidos e repetitivos<sup>11</sup>.

Uma diferença clínica que existe entre o SA e o TA é que, nesse último, normalmente têm sido designados atrasos de desenvolvimento da fala e faltas importantes nas habilidades cognitivas e de autocuidado, diferentemente do que surge em pessoas com SA<sup>5,11</sup>.

Em relação ao Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (TID-SOE), o quadro clínico deste é caracterizado por prejuízos severos na interação social e na comunicação verbal e não verbal e por comportamentos estereotipados, apresenta início tardio após 36 meses<sup>8</sup>.

São indivíduos, sobretudo indiferentes e tímidos em seu envolvimento social, crianças que demonstram dificuldades sociais como consequência de uma exclusividade em seus relacionamentos, sendo eles parciais, importantes problemas na coordenação dos afetos, especificamente ansiedade e raiva e os distúrbios intelectuais na regulação das imagens e dos pensamentos<sup>7,8</sup>.

#### *Atendimento odontológico para pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)*

O TEA normalmente expressa uma barreira ao atendimento odontológico e ao cirurgião-dentista, enquanto as técnicas de manejo têm valor na mudança de comportamentos nocivos, o uso do sistema de recompensas traz dificuldades quando a recompensa prometida não é mais possível<sup>12</sup>.

Visto que o consultório odontológico, expressa um lugar de estímulo de ansiedade com luzes fluorescentes fortes, equipamentos

que geram ruídos agudos como a caneta de alta rotação, além de materiais de textura, gosto e aroma desconhecidos, esse incômodo emocional causado pelo ambiente ao redor pode ser minimizado pela adequação sensorial do ambiente clínico<sup>1</sup>.

É importante reconhecer que identificando e minimizando estes fatores provocadores do comportamento negativo, a criança com TEA poderá transformar-se num agente cooperador no processo de assistência odontológica. O profissional pode aplicar o método de avaliação comportamental funcional durante uma consulta anterior dos pais, deve-se organizar todo um preparo indo à residência da criança com TEA mostrando alguns instrumentos que serão utilizados na consulta posterior à visita. Utilizar-se de frases como “sente-se nesta cadeira”, “deixe-me ver seus dentinhos”, apresentando à criança fotografias personalizadas do consultório onde ela irá ser atendida<sup>1</sup>.

As condições relaxantes de luz, música rítmica e pressão intensa no consultório reduzem os efeitos adversos dos pacientes e acresceu a participação positiva na higienização profilática dentária. A participação dos pais pode ser solicitada onde estes podem levar para a consulta: videoclipe ou CD de músicas favoritas da criança, descritos por autores<sup>1,3,13</sup>.

A duração da consulta odontológica e a sensibilização sensorial devem ser mínimas. Por fim, mesmo enquanto o procedimento está em funcionamento, profissionais especialistas e assistentes odontológicos devem estar firmemente concentrados na identificação de fatores que estimulam efeitos desviantes de conduta<sup>13,14</sup>.

O TEA deve ser observado pelo cirurgião-dentista para prevenção e tratamento das doenças orais como em qualquer outro paciente, tendo em vista que o paciente com TEA apresenta problemas bucais comuns – cárie, elevado índice de placa, gengivite, maloclusões – resultantes de dieta cariogênica, má higienização bucal, hábitos parafuncionais e utilização de medicamentos, sendo imprescindível a técnica odontológica curativa e preventiva. Portanto, se faz relevante a elaboração de um plano de higienização e educação sobre saúde bucal para a família do paciente com TEA<sup>2,12</sup>.

A realização de um tratamento odontológico abrangente pode ser necessária sob anestesia geral em 30% dos casos<sup>12</sup>. As técnicas sedativas foram ineficazes devido aos tipos anormais de resultado. No caso de grandes necessidades odontológicas e o emprego de técnicas de modificação do comportamento não são bem-sucedidas, para que os cuidados sejam executados de maneira eficiente, utiliza-se da anestesia geral na sala de cirurgia para gerar um ambiente controlado sem sérios problemas envolvendo pacientes com TEA<sup>2,12</sup>.

### *Capacitação profissional e tratamento multiprofissional*

O conhecimento e a visão significativa dos tipos comportamentais básicos são claros para atender com êxito uma criança com TEA no consultório odontológico. Um dos primeiros sinais do TEA é a incapacidade de desenvolver a atenção uniforme, que significa, literalmente, o desinteresse e a falta curiosidade pelo espaço e a incapacidade da criança de dividir informações utilizando linguagem verbal, gestos e contato visual<sup>13</sup>.

Embora as informações disponíveis sugiram uma ligação entre a socialização e os mecanismos sensoriais em indivíduos com TEA, o processo cronológico dos eventos ainda não foi explicitamente estabelecido. Mais importante ainda, o profissional de odontologia durante o exame deve ter em mente que indivíduos com TEA exibem grande variação em habilidades, inteligência e desempenho, direcionando sua abordagem terapêutica de acordo com as características que cada criança apresenta<sup>1,7</sup>.

É importante ressaltar a necessidade de uma equipe multidisciplinar no atendimento do TEA, para que haja uma

abordagem humanizada e capacitada, pressupondo a terapêutica. No tratamento médico, a inclusão de pediatras, psiquiatras, neurologistas e, no tratamento não médico, que seriam os profissionais de odontologia, fonoaudiologia, pedagogia, terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia e orientação familiar<sup>2</sup>.

Existem métodos que tem um foco no atendimento a pacientes com TEA. TEACCH (Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Distúrbios Correlacionados à Comunicação) é um método voltado para organização do paciente do seu ambiente cotidiano, onde se organiza sua rotina através de agendas, painéis e quadros. Pode-se utilizar de estímulos visuais, corporais e sonoros também, buscando orientar cada paciente de forma que possa compreender cada espaço e sua função, atividades em sequência onde as crianças possam compreender sua ordem em cada uma delas<sup>2,15</sup>.

Outro método que é utilizado para estabelecer uma comunicação entre paciente e profissional é o PECS (Sistema de Comunicação por Figuras) que auxilia o TEA através da comunicação por figuras a perceber e escolher o que quer mais rápido<sup>2,15</sup>.

Além destes dois métodos já citados existe também o ABA (Análise Aplicada ao Comportamento), que direciona o paciente com TEA a desenvolver habilidades que ainda não adquiriu através de fases que ele vai superando. A recompensa ou reforço de comportamentos desejados e adequados são estimulados e tem muita relevância, conforme seu desenvolvimento é estimulado seus comportamentos inadequados vão sendo minimizados, modificando assim seu comportamento e contribuindo para a evolução positiva do seu tratamento<sup>2</sup> (Tabela 1).

TABELA 1 – Métodos para o atendimento a pacientes com TEA.

Métodos	Tipo de abordagem
TEACCH	Adaptação do ambiente e dos materiais <sup>2</sup> Comunicação alternativa <sup>2</sup> Uso de estímulos visuais <sup>2</sup> .
PECS	Comunicação por figuras <sup>2</sup> Forma funcional de expressar suas necessidades, escolhas e vontades <sup>2</sup> .
ABA	Objetivo atuar em prol do desenvolvimento do TEA <sup>2</sup> . Uso de técnicas para ampliar a capacidade cognitiva, motora, de linguagem e de integração social <sup>2</sup> . Ensino de habilidades que estimulem atitudes positivas <sup>2</sup> .

Fonte – Elaborada pelos autores

## Conduitas individualizadas de manejo

Existem modelos de abordagens psicológicas usadas em Odontopediatria, que também podem ser empregadas para os pacientes com TEA, sendo eles: dizer-mostrar-fazer (Tell-show-do), distração, dessensibilização, controle de voz, reforço positivo ou recompensa, e modelação.

Contudo, esses recursos são mais complicados de serem aplicados em pacientes com TEA, mas devem ser estimulados. Também é possível usar a linguagem corporal, de maneira que o profissional, por meio de suas expressões faciais, consiga transmitir para a criança sua satisfação pelo bom comportamento, ou não <sup>1,2</sup> (Tabela 2).

TABELA 2 – Técnicas de condicionamento em Odontopediatria.

Técnicas	Tipo de abordagem
Tell-show-do	Consiste em apresentar aos poucos à criança alguns elementos do consultório odontológico, explicando verbalmente, demonstrando o passo a passo até a sua utilização, em uma linguagem que ela entenda <sup>1,2</sup> .
Controle de voz	Muito eficaz para interceptar condutas inapropriadas assim que começam a ocorrer <sup>1,2</sup> .
Reforço positivo	Visa a recompensa após o tratamento à criança que colabora satisfatoriamente ou que, mesmo tendo chorado, permitiu o tratamento <sup>1,2</sup> .
Distração	Desvio da atenção do paciente daquilo que possa ser percebido como um procedimento desagradável <sup>1,2</sup> .
Linguagem corporal	A postura corporal deve ser considerada na condução psicológica do comportamento da criança <sup>1,2</sup> .
Dessensibilização	Consiste em fazer o paciente sentir-se confortável e calmo, diminuindo a tensão, ao permitir que a criança fique em estado de relaxamento, realizando gradualmente os procedimentos odontológicos <sup>1,2</sup> .
Modelação	Nesta técnica, a criança com medo e/ou ansiosa observa o tratamento de uma criança colaboradora, para ela entender qual o comportamento adequado no atendimento odontológico <sup>1,2</sup> .

Fonte – Elaborada pelos autores

A aplicação do conceito de pedagogia visual ou o uso combinado de modelagem, reforço e adaptação sensorial também podem permitir que pacientes com TEA passem por exames odontológicos. Para uma criança com habilidades receptivas restritas e falta de concentração conjunta, o uso de declarações de recompensa pode não trazer os benefícios estimados durante o tratamento odontológico <sup>3,13,15</sup>.

Crianças com TEA mais jovens podem responder melhor a certas técnicas de manejo, como reforço positivo. Deste modo, a influência da idade da criança nas práticas sociais pode ser crítica no tratamento do comportamento do paciente com TEA<sup>2</sup>.

### Estabilização protetora

A estabilização protetora compreende na limitação da liberdade de movimentos da criança, mediante a autorização e o consentimento dos pais, com a finalidade de controlar ou eliminar manobras que possam ser nocivos para o tratamento odontológico, visando reduzir o risco de lesões tanto na equipe odontológica quanto no paciente, facilitando assim a execução dos procedimentos dentários com segurança e de forma eficiente<sup>16,17</sup>.

## Discussão

É consenso na literatura que a etiologia do TEA é multifatorial<sup>1,2,4</sup>. Há uma associação de fatores, podendo ser neurológicos, ocorrendo alguma anormalidade no sistema nervoso central, e também a fatores genéticos, devido à interação gênica<sup>1,4,5,10</sup>.

O diagnóstico do TEA é realizado clinicamente, em concordância com os parâmetros descritos no CID 10 (OMS, 2010), observando as alterações de comportamento, sendo elas a de comunicação verbal e não verbal, na relação social e comportamentos restritos e repetitivos<sup>1,7</sup>.

O DSM-5 definiu o termo TEA como nível de diagnóstico, incluindo as categorias dos TID na condição de TEA<sup>9</sup>. O grande grupo TEA apresenta tais características, como alterações constantes na relação e interação social em múltiplos contextos, comportamento social anormal onde há falta de interesses, emoções ou afeto, atividades restritas, comportamento estereotipado e repetitivo, comunicação verbal e não verbal limitada<sup>8,9</sup>. São subdivididos em três níveis de acordo com a severidade, estando relacionado ao QI variando de leve a grave, inúmeros autores referendam esse diagnóstico<sup>2,9,17</sup>.

Os prejuízos no quadro clínico do TA,

consiste em repetições de palavras e uma padronização da linguagem, além de apresentarem dificuldades sociais, atraso na fala, contato visual, postura e expressões faciais prejudicados e, comportamentos repetitivos são vistos, como bater palmas ou movimentar os braços, referendados em diversos estudos<sup>2,7,10</sup>.

Existem vários métodos básicos de orientação comportamental que são propostos com o objetivo de adaptar o comportamento de pacientes com TEA, como o TEACCH, o PECS e o ABA, além das técnicas utilizadas na Odontopediatria como a técnica dizer-mostrar-fazer, distração, linguagem corporal e comandos curtos e objetivos, referenciados em artigos<sup>1-3,13</sup>.

Para uma criança que tem certas restrições nas habilidades receptivas e falta de concentração conjunta, não é recomendável utilizar o uso de declarações de recompensa, este processo pode não trazer os benefícios esperados durante um tratamento odontológico, para isso deve-se aplicar o conceito de pedagogia visual ou o uso combinado de modelagem, reforço e adaptação sensorial, estes métodos podem contribuir para um exame odontológico satisfatório, discutido em estudos<sup>3,13</sup>.

Quando todas as demais técnicas não forem capazes de minimizar o comportamento negativo do paciente com TEA, e houver necessidade de diagnóstico ou tratamento urgente e prolongado, ou até mesmo para o paciente não reagir com ações involuntárias e impulsivas, deve-se utilizar esta técnica de estabilização protetora, com o objetivo de preservar a segurança da equipe médica, do paciente e de seus responsáveis no decorrer do atendimento. Todavia não é recomendada quando o paciente não pode ser contido de forma segura devido a condições físicas ou médicas ou quando o paciente carrega consigo um trauma psicológico e físico oriundo de atendimentos anteriores onde lhe trouxe experiências traumáticas, como mostrados em estudos<sup>16,17</sup>.

Para alguns autores a estabilização protetora em crianças com TEA é capaz de apresentar um efeito tranquilizante pela sensação de pressão que resulta da sua utilização. Porém nem todos os pacientes reagem de maneira similar a este tipo de controle, é necessário levar em consideração

que podem piorar o comportamento em futuras consultas<sup>16,17</sup>.

Se porventura esta técnica não está indicada ou não for aceita pelos responsáveis tem-se a possibilidade de realizar uma sedação consciente, estabelecendo uma explicação detalhada e embasada junto ao consentimento informado, objetivando diminuir consideravelmente as preocupações dos pais ou responsáveis, gerando assim uma confiança no trabalho a ser desenvolvido pelos profissionais, a sedação consciente ou anestesia geral será realizada em último caso, sendo esta praticada num ambiente hospitalar ou ambulatório, referenciados em diversos estudos<sup>3,6,17</sup>.

Portanto, com a finalidade de auxiliar o cirurgião dentista e, este tenha uma orientação mais didática sobre o assunto, fica proposto um folder de orientação com ênfase no diagnóstico do TEA, nos principais sinais além das técnicas mencionadas anteriormente.

## Conclusão

O manejo odontológico adequado para uma criança com TEA requer uma individualização e uma compreensão aprofundada do perfil comportamental do TEA, englobando diversas técnicas como: PECS, ABA, TEACCH, dizer-mostrar-fazer, distração, dessensibilização, controle de voz e modelação. Conclui-se que o papel da educação continuada de profissionais da odontologia e pais é essencial para superar as dificuldades encontradas pela criança com TEA durante a consulta odontológica.

## Approach of the TEA patient in the dental clinic

### Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) addresses a grouping of neurodevelopmental problems according to a major group of defining factors that include social interaction, communication, and specific or constant behavioral patterns. One of the first signs observed in the diagnosis of ASD is the inability to produce joint attention, which consists of the absence of interest in the surroundings and the child's inability to communicate through his or her actions and visual contact. The objective of this work, through a literature review based on scientific evidence, aims to address the context of dental care for patients with ASD, as well as collaborate in professional training through a human approach, ethics and individualized management and adaptation behaviors professional. Appropriate dental management for a child with ASD requires an individualized and in-depth understanding of the behavioral profile of ASD, encompassing several techniques such as: PECS, ABA, TEACHH, tell-show-do, distraction, desensitization, voice control, positive reinforcement or reward, and modeling. It is concluded that the role of continuing education of dental professionals and parents is essential to overcome the difficulties encountered by the child with ASD during the dental consultation.

**Descriptors:** Dental Caries. Primary Prevention. Early Diagnosis.

### Referências

- Delli K, Reichart PA, Bornstein MM, Livas C. Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: Concerns, behavioural approaches and recommendations. *Med Oral, Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(6):e862-8.
- Amaral COF, Malacrida VH, Videira FCH, Parizi AGS, de Oliveira A, Straioto FG. Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para o atendimento odontológico. *Archiv Oral Res*. 2012;2(8):143-51.
- Elmore JL, Bruhn AM, Bobzien JL. Interventions for the Reduction of Dental Anxiety and Corresponding Behavioral Deficits in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Dental Hyg*. 2016;90(2):111-20.
- Moraes ÍAP, Massetti T, Crocetta TB, da Silva TD, de Menezes LDC, de Mello Monteiro CB, et al. Motor learning characterization in people with autism spectrum disorder. *Dement Neuropsychol*. 2017;11(3):276-86.
- Gomes PTM, Lima LHL, Bueno MKG, Araújo LA, Souza NM. Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. *J Pediatr*. 2015;91:111-21.
- Organização Mundial de Saúde - Brasil. Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não transmissíveis e Saúde Mental. Folha informativa - Transtornos do espectro autista. 2017 Abril; Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=comcontentview=articleid=5651:folha-informativa-transtornos-do-espectro-autistaltemid=839>.
- Miranda Seize M, Borsa JC. Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. *Psico-USF*. 2017;22(1):161-76.
- Orsati FT, Mecca T, Schwartzman JS, Macedo EC. Percepção de faces em crianças e adolescentes com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento. *Paidéia*. 2009;19:349-56.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5a EDIÇÃO DSM-5. 2013;p. 1 - 992. [acesso em 05 de setembro de 2018] Disponível em: <https://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagnóstico-eEstatístico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>.
- Bialer M. Um Estudo Descritivo do Funcionamento Psíquico de uma Autista. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2017;37(4):1025-36.
- Rosman NP, Bergia BM. Childhood Disintegrative Disorder: Distinction From Autistic Disorder and Predictors of Outcome. *J Child Neurol*. 2013;28(12):1587-98.
- Jaber MA. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. *J Appl Oral Sci*. 2011;19(3):2012-17.
- Berkovits L, Eisenhower A, Blacher J. Emotion Regulation in Young Children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord*. 2017;47(1):68-79. [acesso em 10 de agosto de 2018] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27838805>
- Chawarska K, Macari S, Shic F. Context modulates attention to social scenes in toddlers with autism. *J Child Psychol Psych*. 2012;53(8):903-13.
- Wibisono WL, Suharsini M, Wiguna T, Sudiroatmodjo B, Budiardjo SB, Auerkari EI. Perception of dental visit pictures in children with autism spectrum disorder and their caretakers: A qualitative study. *J Internat Soc Prevent Commun Dent*. 2016;6(4):359-65.
- Kim YS, Leventhal BL, Koh Y-J, Fombonne E. Treating Children with Autism Spectrum Disorders: A Toolkit for Dental Providers. *Am J Psych*. 2011;168(9):904-12.
- Gandhi RP, Klein U. Autism spectrum disorders: an update on oral health management. *J Evid Base Dent Pract*. 2014;14(s):115-26.