

## PROTOCOLOS PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO ADAPTADOS PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

### PROTOCOLS FOR DENTAL CARE ADAPTED FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER: A LITERATURE REVIEW

Vitoria Cristina Ferreira de Andrade<sup>1</sup>

Larissa Dall Pozzo<sup>2</sup>

Eduardo Martello<sup>3</sup>

Gabriela Kestring Klein<sup>4</sup>

Luana Mara da Silva Santos<sup>5</sup>

Paulo Henrique Singer<sup>6</sup>

**RESUMO:** O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por dificuldades na comunicação e interação social, comportamentos repetitivos e hipersensibilidade sensorial, que impõe desafios significativos ao atendimento odontológico pediátrico. O presente trabalho consiste em uma revisão narrativa da literatura científica com o objetivo de analisar os principais protocolos de atendimento odontológico adaptados para crianças com TEA, sistematizando evidências que subsidiem uma prática clínica mais inclusiva, segura e humanizada. Foram analisados 18 artigos publicados entre 1943 e 2024, indexados nas bases PubMed e SciELO nos idiomas inglês e português. A inclusão do período temporal desde 1943 justifica-se pela necessidade de mapear a evolução dos manejos comportamentais desde a primeira descrição histórica do transtorno. Os resultados demonstraram que crianças com TEA apresentam maior vulnerabilidade à doença cárie, ao bruxismo, ao trauma dentário e às doenças periodontais. As principais estratégias identificadas incluem a técnica Falar-Mostrar-Fazer, o reforço positivo, a dessensibilização gradual, as adaptações do ambiente sensorial, a sedação consciente com óxido nítrico e midazolam, e a anestesia geral para casos mais complexos. Conclui-se que a adoção de protocolos estruturados e individualizados por nível de TEA, associada ao envolvimento familiar e à formação continuada dos profissionais, é fundamental para a promoção da saúde bucal e da qualidade de vida de crianças com TEA.

**Palavras-chave:** Transtorno do Espectro Autista. Atendimento odontológico. Manejo comportamental.

<sup>1</sup> Graduanda em odontologia - Centro Universitário Univel.

<sup>2</sup> Graduanda em odontologia - Centro Universitário Univel.

<sup>3</sup> Graduando em odontologia - Centro Universitário Univel.

<sup>4</sup> Graduanda em odontologia - Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

<sup>5</sup> Graduanda em odontologia - Centro Universitário Univel.

<sup>6</sup> Cirurgião dentista - Docente em Centro Universitário Univel.

**ABSTRACT:** Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition characterized by difficulties in communication and social interaction, repetitive behaviors, and sensory hypersensitivity, which poses significant challenges to pediatric dental care. The DSM-5-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) classifies ASD into three severity levels based on the support required, which demands differentiated dental protocols for each clinical profile. This study consists of a narrative review of the scientific literature aiming to analyze the main dental care protocols adapted for children with ASD, systematizing evidence to support a more inclusive, safe, and humanized clinical practice. Eighteen articles published between 1943 and 2024, indexed in the PubMed and SciELO databases in English and Portuguese, were analyzed. The timeframe beginning in 1943 is historically justified to trace the evolution of behavioral management since the initial clinical conceptualization of the disorder. The results demonstrated that children with ASD exhibit greater vulnerability to dental caries, bruxism, dental trauma, and periodontal diseases. The main strategies identified include the Tell-Show-Do technique, positive reinforcement (ABA), gradual desensitization, sensory-adapted dental environments (SADE), conscious sedation with nitrous oxide and midazolam, and general anesthesia for more complex cases. It is concluded that the adoption of structured and individualized protocols by ASD level, combined with family involvement and continuous professional training, is essential for promoting oral health and quality of life for children with ASD.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder. Dental care. Behavioral management.

## INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por dificuldades persistentes na comunicação e interação social, associadas a padrões restritos e repetitivos de comportamento (FERRAZZANO et al., 2020). Estima-se que uma em cada cem crianças no mundo seja afetada pelo TEA, com crescimento progressivo da prevalência nas últimas décadas (COMO et al., 2021; VALDEZ-ZAMBRANO; ROMO-CARDOSO, 2024).

O diagnóstico é fundamentado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição Revisada (DSM-5-TR), que classifica o TEA em três níveis de gravidade conforme o grau de suporte necessário, o que implica diretamente na abordagem odontológica a ser adotada (APA, 2013). No contexto odontológico, a hipersensibilidade sensorial, as dificuldades de comunicação e os comportamentos repetitivos tornam o ambiente do consultório um local de extremo desconforto e ansiedade para essa população (KUHANECK; CHISHOLM, 2012).

Apesar da relevância do tema, observa-se carência de protocolos odontológicos estruturados e diferenciados por nível do espectro. O presente trabalho tem como propósito analisar a literatura científica disponível sobre os protocolos e estratégias de atendimento

odontológico adaptados para crianças com TEA, sistematizando o conhecimento de forma a apoiar práticas clínicas mais acessíveis, seguras e humanizadas.

### 1.1 Objetivos

Objetivo geral: Analisar os principais métodos de manejo odontológico adaptados para crianças com TEA, com ênfase na diferenciação por nível de gravidade do espectro (Nível 1, 2 e 3).

Objetivos específicos: descrever os níveis do TEA segundo o DSM-5-TR e suas implicações odontológicas; mapear os principais obstáculos ao atendimento; avaliar estratégias de adaptação ambiental, comunicação e manejo comportamental; propor protocolos clínicos específicos para cada nível do espectro.

### 1.2 Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases PubMed e SciELO, utilizando os descritores: autism spectrum disorder, dental management, pediatric dentistry, sensory adaptation e behavioral approaches. Foram incluídos 18 artigos revisados por pares e publicados entre os anos de 1943 e 2024. O marco de partida correspondente ao ano de 1943 justifica-se pela importância de incorporar a literatura clássica e os marcos históricos fundamentais do transtorno (ano da primeira descrição clínica realizada por Leo Kanner), servindo como base teórica sólida para contextualizar o progresso dos métodos de manejo. Como critérios de inclusão, selecionaram-se estudos focados diretamente no atendimento, adaptação ambiental e comportamento clínico odontológico infantil no espectro. Foram excluídas publicações duplicadas, material sem revisão por pares ou artigos que não correspondiam estritamente ao objetivo da pesquisa. Em termos de distribuição idiomática, a seleção final compreendeu 17 artigos na língua inglesa e 1 na língua portuguesa.

## REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 TEA: Definição e Níveis de Gravidade

O TEA é definido como uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por déficits na comunicação e interação social e por padrões restritos e repetitivos de comportamento. O início dos sintomas ocorre geralmente antes dos três anos de idade (APA, 2013). A classificação diagnóstica do DSM-5-TR organiza o TEA em três níveis de gravidade,

determinados pelo grau de suporte necessário para as atividades da vida diária, cujas principais características e diferenciações no âmbito odontológico estão sintetizadas no Quadro 1:

Aspecto	Nível 1	Nível 2	Nível 3
Comunicação verbal	Preservada, dificuldade pragmática	Frases simples, ecolalia	Mínima ou ausente
Interação social	Dificuldades perceptíveis	Déficits marcados	Déficits graves
Comportamento	Inflexibilidade em 1+ contextos	Inflexibilidade em múltiplos contextos	Inflexibilidade extrema, crises intensas
Sensibilidade sensorial	Moderada	Acentuada	Severa
Cooperação odontológica	Moderada a boa (com preparo)	Limitada	Mínima ou nula
Manejo típico	Comportamental	Comportamental + farmacológico	Farmacológico (sedação/AG)

**Quadro 1** – Comparativo dos Níveis do TEA e suas implicações no atendimento odontológico - **Fonte:** O autor (2026)

### 2.1.1 Nível 1 – Necessita de suporte

Indivíduos com TEA Nível 1 apresentam dificuldades perceptíveis na comunicação social, embora sem déficits globais na linguagem. Conseguem falar em frases completas e estabelecer comunicação, mas apresentam dificuldade na reciprocidade socioemocional e na manutenção de relacionamentos. Os comportamentos inflexíveis causam interferência significativa no funcionamento em pelo menos um contexto (APA, 2013).

Anteriormente classificados com Síndrome de Asperger ou autismo de alto funcionamento (High-Functioning Autism – HFA), esses indivíduos frequentemente possuem inteligência preservada ou acima da média. No contexto odontológico, tendem a ser mais cooperativos, porém apresentam ansiedade antecipatória elevada, necessidade de previsibilidade e hipersensibilidade sensorial que pode comprometer o atendimento sem as devidas adaptações (APA, 2013).

### 2.1.2 Nível 2 – Necessita de suporte substancial

O TEA Nível 2 caracteriza-se por déficits marcados na comunicação verbal e não verbal. A comunicação verbal é limitada, com frases simples, ecolalia frequente e dificuldades acentuadas de interação social. Os comportamentos inflexíveis e as dificuldades de adaptação a mudanças são evidentes e interferem no funcionamento em múltiplos contextos (APA, 2013).

A hipersensibilidade sensorial é mais intensa, e a adesão a rotinas é rígida. No consultório, a ausência de rotina previsível, os estímulos sensoriais do ambiente e a dificuldade de compreensão de instruções verbais complexas resultam em comportamentos de fuga, agitação e recusa ao tratamento, demandando estratégias comportamentais intensivas e adaptações ambientais (APA, 2013).

### 2.1.3 Nível 3 – Necessita de suporte muito substancial

O TEA Nível 3 representa o comprometimento mais severo do espectro. A comunicação verbal é mínima ou ausente, com uso predominante de comunicação não verbal, gestos rudimentares ou dispositivos de comunicação alternativa e aumentativa (CAA). A inflexibilidade comportamental é extrema, com crises intensas diante de qualquer mudança. Os déficits graves de comunicação e interação comprometem significativamente o funcionamento em todas as esferas da vida (APA, 2013).

No contexto odontológico, esses pacientes apresentam os maiores desafios: dificuldade de compreensão de qualquer instrução, comportamentos autoagressivos, elevada hipersensibilidade sensorial e cooperação mínima ou nula. O manejo frequentemente requer abordagem farmacológica (sedação ou anestesia geral) para a realização de procedimentos clínicos (APA, 2013).

## 2.2 Saúde Bucal em Crianças com TEA

Crianças com TEA apresentam maior vulnerabilidade a diversas condições bucais. A maior prevalência de cárie não tratada, bruxismo (50-70% dos casos versus 15-20% na população geral), trauma dentário e doença periodontal são frequentemente relatados (MARRA *et al.*, 2024; FERRAZZANO *et al.*, 2020). Os principais fatores de risco incluem: hipersensibilidade ao tato e paladar que dificulta a higiene oral; seletividade alimentar com preferência por carboidratos refinados; uso de medicamentos psicotrópicos xerostomizantes (risperidona, aripiprazol, metilfenidato); e dificuldades motoras finas que comprometem a eficácia da escovação

(VALDEZ-ZAMBRANO; ROMO-CARDOSO, 2024; GEORGE *et al.*, 2024).

### 2.3 Barreiras ao Atendimento e Estratégias de Manejo

O consultório odontológico concentra estímulos potencialmente aversivos: iluminação intensa, ruídos de equipamentos rotatórios, odores de materiais e contato tátil na cavidade oral. As estratégias mais evidenciadas na literatura para superação dessas barreiras incluem:

Técnica Falar-Mostrar-Fazer (Tell-Show-Do): adaptada ao TEA, utiliza linguagem simples e recursos visuais na etapa 'falar', exploração sensorial dos instrumentos na etapa 'mostrar', e execução respeitando os limites individuais na etapa 'fazer' (LOO *et al.*, 2009).

Reforço positivo (ABA): oferta sistemática de estímulos agradáveis após comportamentos cooperativos, com reforçadores individualizados. Sistemas visuais de recompensa (cartões de progresso, tabelas de estrelas) são especialmente eficazes para crianças com TEA (NELSON *et al.*, 2015).

Adaptações sensoriais (SADE): o modelo Sensory-Adapted Dental Environment propõe regulação da iluminação, uso de fones de ouvido com música ou ruído branco, temperatura confortável e materiais com odores sutis. Ensaio clínico randomizado de Cermak *et al.* (2015) e Stein Duker *et al.* (2023) demonstraram redução significativa dos indicadores fisiológicos de estresse, constituindo evidência de nível I.

Dessensibilização progressiva: exposição gradual e sistemática aos estímulos do consultório, iniciando no domicílio (escovação com diferentes texturas, massagens orofaciais) e progredindo no consultório de consultas de ambientação até procedimentos clínicos (PILEBRO; BÄCKMAN, 2005).

Sedação e anestesia geral: a sedação consciente com óxido nitroso é indicada para ansiedade moderada, preservando consciência e reflexos protetores. A associação com midazolam oral tem demonstrado resultados favoráveis em procedimentos de maior duração. A anestesia geral é reservada para casos de maior comprometimento comportamental ou tratamento extenso (MANGIONE *et al.*, 2019; PISALCHAIYONG *et al.*, 2005).

## PROTOCOLOS CLÍNICOS POR NÍVEL DO TEA

Com base na síntese das evidências revisadas, propõem-se protocolos clínicos estruturados e diferenciados para o atendimento odontológico de crianças com TEA, organizados por nível de gravidade do espectro. O protocolo geral é composto por quatro etapas:

(1) pré-consulta; (2) primeiro atendimento; (3) consultas subsequentes; (4) acompanhamento. As especificidades de cada nível são apresentadas a seguir.

### 3.1 Protocolo para TEA Nível 1

#### Perfil do paciente

Comunicação verbal preservada, ansiedade antecipatória elevada, hipersensibilidade sensorial moderada, necessidade de previsibilidade e rotina. Cooperação potencialmente boa com adequada preparação as ações recomendadas para este perfil estão detalhadas no Quadro 2:

Etapa	Ações Recomendadas
<b>Pré-consulta</b>	Contato prévio com a família (anamnese detalhada sobre sensibilidades sensoriais, rotinas e preferências). Envio de história social visual descrevendo a consulta passo a passo. Orientação para dessensibilização domiciliar (escovação com diferentes texturas, massagens orofaciais). Agendamento em horário de menor movimento na clínica.
<b>1ª Consulta</b>	Visita de ambientação: sem procedimentos clínicos. Apresentação da equipe e dos equipamentos de forma lúdica. Exploração dos instrumentos pelo paciente. Reforço positivo ao longo de toda a visita. Redução da iluminação do refletor. Uso de óculos escuros se necessário.
<b>Consultas subsequentes</b>	Aplicar SADE: controle de iluminação, fones de ouvido com música preferida, temperatura confortável, materiais com odores suaves. Usar Falar-Mostrar-Fazer adaptado com linguagem objetiva e recursos visuais. Informar verbalmente cada etapa antes de executar. Iniciar por procedimentos mais simples (profilaxia) antes de restaurações. Reforço positivo sistemático. Pausas programadas se necessário.
<b>Prevenção</b>	Verniz fluoretado a cada 6 meses. Selante em molares permanentes. Orientação de higiene bucal com escova adaptada ao perfil sensorial. Aconselhamento dietético individualizado com nutricionista.
<b>Sedação</b>	Geralmente não necessária. Se ansiedade persistir após condicionamento: óxido nítrico pode ser considerado como recurso auxiliar.
<b>Acompanhamento</b>	Revisão a cada 3-6 meses. Registro sistemático das estratégias efetivas para cada paciente. Comunicação constante com família e equipe multiprofissional.

**Quadro 2** – Protocolo de Atendimento Odontológico para TEA Nível 1 - **Fonte:** O autor (2026)

### 3.2 Protocolo para TEA Nível 2

#### Perfil do paciente

Comunicação verbal limitada (frases simples, ecolalia), hipersensibilidade sensorial acentuada, rigidez de rotina, dificuldade de generalização. Cooperação limitada, frequentemente requerendo múltiplas sessões de condicionamento. O detalhamento do manejo clínico para este nível encontra-se estruturado no Quadro 3:

Etapa	Ações Recomendadas
<b>Pré-consulta</b>	Anamnese detalhada com família: rotinas, gatilhos de crise, objetos de conforto, preferências de recompensa. Envio de histórias sociais com imagens reais do consultório. Coordenação com terapeuta ocupacional ou ABA para preparo comportamental. Orientação intensiva de dessensibilização domiciliar por ao menos 2-4 semanas. Preparo de 'kit sensorial' personalizado (item favorito, fone, cobertor sensorial).
<b>1ª e 2ª Consultas</b>	Ambientação exclusiva (2 sessões mínimas): entrada no consultório, exploração livre, assento na cadeira sem inclinação, contato com instrumentos sem uso clínico. Uso de CAA (figuras, aplicativos) para comunicação. Reforço imediato e consistente a cada comportamento cooperativo. Controle total do ambiente sensorial (SADE completo).
<b>Consultas subsequentes</b>	Progressão gradual e estruturada: reclinção da cadeira → espelho → sonda → profilaxia → restaurações. Comunicação via CAA em todas as etapas. Distração dirigida (vídeos favoritos durante procedimentos). Uso de cobertor de peso ou protetor corporal sensorial, se tolerado. Contenção física somente em emergência, com consentimento e por tempo mínimo.
<b>Prevenção</b>	Verniz fluoretado prioritário (aplicação rápida, sem necessidade de expetoração). Selante de fósulas e fissuras. Orientação de higiene: escova elétrica ou de cabeça pequena, pasta com sabor aceito pela criança, rotina visual passo a passo. Controle de xerostomia se em uso de psicotrópicos.
<b>Sedação</b>	Sedação consciente com óxido nitroso indicada quando o condicionamento não for suficiente após 4-6 sessões. Associação com midazolam oral pode ser avaliada para procedimentos mais longos. Monitoramento contínuo dos sinais vitais obrigatório.
<b>Acompanhamento</b>	Revisão a cada 3 meses. Integração com equipe multiprofissional (terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo). Orientação contínua da família para manutenção das rotinas de higiene.

**Quadro 3** – Protocolo de Atendimento Odontológico para TEA Nível 2 - **Fonte:** O autor (2026)

### 3.3 Protocolo para TEA Nível 3

#### Perfil do paciente

Comunicação verbal mínima ou ausente, inflexibilidade comportamental extrema, hipersensibilidade sensorial severa, comportamentos autoagressivos frequentes. Cooperação mínima ou nula. Necessidade de suporte muito substancial em todas as esferas da vida. As condutas propostas para o atendimento de pacientes com este perfil severo estão descritas no Quadro 4:

Etapa	Ações Recomendadas
<b>Pré-consulta</b>	Avaliação multidisciplinar prévia (dentista, médico, terapeuta ocupacional, psicólogo). Anamnese aprofundada com cuidadores: comportamentos de crise, comorbidades, medicações em uso e suas implicações orais. Planejamento integrado do tratamento: quais procedimentos realizar, em quantas sessões ou em sessão única sob AG. Obtenção do consentimento informado detalhado dos responsáveis. Avaliação da necessidade de pré-medicação ansiolítica oral.
<b>Ambientação (se possível)</b>	Tentativas de ambientação com SADE completo: até 2-3 sessões. Uso de CAA de alta tecnologia (pranchas de comunicação, dispositivos eletrônicos). Objetos de conforto do paciente presentes. Se a ambientação não for viável, planejar diretamente a sedação ou AG.
<b>Sedação consciente</b>	Indicada para procedimentos simples em pacientes que tolerem a máscara nasal. Óxido nitroso como agente primário. Pré-sedação com midazolam oral (0,5-0,75 mg/kg) 30-45 min antes pode ser necessária. Monitoramento contínuo: oximetria, pressão arterial, frequência cardíaca. Estrutura de emergência disponível. Registro completo no prontuário.
<b>Anestesia Geral (AG)</b>	Indicada para: tratamento extenso, comportamento extremamente não cooperativo, condições que contraindicam sedação. Planejamento de sessão única com mapeamento completo de todas as necessidades. Decisão compartilhada: dentista, médico anesthesiologista, família. Exames pré-operatórios completos. Realização em ambiente hospitalar. Pós-operatório monitorado. Consentimento informado formal e registrado.
<b>Prevenção domiciliar</b>	Instrução intensiva dos cuidadores: técnica de escovação assistida, uso de dedeira ou gaze, pasta em quantidade mínima. Rotina visual passo a passo plastificada para uso diário. Verniz fluoretado na clínica a cada consulta viável. Dieta: orientação para redução de cariogênicos com apoio de nutricionista.

<b>Acompanhamento</b>	Revisão a cada 2-3 meses para controle de placa e prevenção. Avaliação do manejo domiciliar com cuidadores. Encaminhamento para serviços especializados quando a capacidade técnica do serviço for insuficiente. Registro sistemático de todas as intercorrências e estratégias.
-----------------------	--

**Quadro 4** – Protocolo de Atendimento Odontológico para TEA Nível 3 - **Fonte:** O autor (2026)

Para indivíduos inseridos no Nível 3, o manejo odontológico requer a máxima individualização e paciência, priorizando a estabilização ambiental através da redução drástica de estímulos sonoros e visuais, além da utilização de técnicas de comunicação não verbal altamente previsíveis. Quando as abordagens convencionais de dessensibilização e o reforço positivo se mostram insuficientes para garantir a segurança física do paciente e a qualidade técnica do procedimento, torna-se necessária a consideração de abordagens farmacológicas, tais como a sedação consciente ou, em última instância, a intervenção sob anestesia geral em ambiente hospitalar controlado. Como forma de sintetizar e guiar a conduta clínica diante de toda a complexidade do espectro, as estratégias recomendadas e fortemente recomendadas para cada um dos níveis de gravidade foram consolidadas de maneira comparativa no Quadro 5.

Recurso / Estratégia	Nível 1	Nível 2	Nível 3
História social	✓	✓✓	✓✓
SADE (adaptação ambiental)	✓	✓✓	✓✓
Falar-Mostrar-Fazer	✓✓	✓ (adaptado)	Limitado
Reforço positivo (ABA)	✓✓	✓✓	✓ (quando possível)
CAA (comunicação alternativa)	Opcional	✓✓	✓✓
Dessensibilização progressiva	✓✓	✓✓ (intensiva)	✓ (tentativa)
Distração dirigida (vídeos/música)	✓	✓✓	✓
Sedação com óxido nitroso	Raramente	✓ (se necessário)	✓✓
Midazolam oral	Não indicado	✓ (critério clínico)	✓✓
Anestesia Geral	Não indicado	Casos extremos	✓✓ (frequente)

Verniz fluoretado	✓	✓✓	✓✓
Equipe multiprofissional	✓	✓✓	✓✓

**Quadro 5** – Resumo das estratégias por nível do TEA (✓ = recomendado; ✓✓ = fortemente recomendado) -  
**Fonte:** O autor (2026)

## DISCUSSÃO

A análise da literatura evidencia que o atendimento odontológico de crianças com TEA exige abordagem individualizada e diferenciada por nível de gravidade do espectro. A classificação em Nível 1, 2 e 3 do DSM-5-TR não é apenas um marcador diagnóstico, mas um guia prático para a tomada de decisão clínica em Odontologia.

Para o Nível 1, as estratégias comportamentais como a técnica Falar-Mostrar-Fazer e o reforço positivo, aliadas à dessensibilização gradual e às adaptações sensoriais do consultório (SADE), são suficientes na grande maioria dos casos para garantir um atendimento seguro e de qualidade. A ansiedade antecipatória, característica marcante desse nível, é manejada com sucesso através de histórias sociais e preparação familiar prévia (NELSON *et al.*, 2015; CERMAK *et al.*, 2015).

Para o Nível 2, a intensificação das estratégias comportamentais e o uso de comunicação alternativa e aumentativa tornam-se imprescindíveis. A sedação consciente com óxido nitroso emerge como recurso de suporte quando o condicionamento comportamental não é suficiente após múltiplas sessões. A integração com terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos potencializa os resultados (TONG *et al.*, 2022).

Para o Nível 3, a anestesia geral frequentemente representa a alternativa mais humanizada e segura, permitindo a realização de todos os procedimentos necessários em sessão única e evitando repetidas exposições traumáticas ao ambiente odontológico. A decisão deve ser sempre compartilhada com a família e baseada em avaliação médica rigorosa (MANGIONE *et al.*, 2019; FERRAZZANO *et al.*, 2020).

Do ponto de vista preventivo, o início precoce do acompanhamento odontológico — idealmente no primeiro ano de vida — e a instrução intensiva dos cuidadores para higiene oral domiciliar adaptada são determinantes para a redução da necessidade de procedimentos invasivos em todos os níveis. O controle da xerostomia medicamentosa, com monitoramento do fluxo salivar e aplicações regulares de verniz fluoretado, é especialmente relevante para pacientes em uso de psicotrópicos (GEORGE *et al.*, 2024; SAMI *et al.*, 2024).

A capacitação profissional permanece como um dos maiores desafios da área. Estudos em diferentes países revelam que a maioria dos cirurgiões-dentistas sente-se despreparada para atender pacientes com TEA, atribuindo essa deficiência à escassez de formação específica na graduação (LOO *et al.*, 2009; DELLI *et al.*, 2013). A inserção de conteúdos sobre o TEA e seus níveis nos currículos de Odontologia, aliada à oferta de estágios supervisionados em serviços de atendimento a pacientes especiais, é fundamental para a melhoria da qualidade do cuidado prestado.

No âmbito legal, a Lei nº 12.764/2012 (Lei Berenice Piana) e a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) garantem o direito de crianças com TEA ao acesso igualitário e às acomodações razoáveis nos serviços de saúde. A recusa de atendimento com base no diagnóstico configura discriminação e pode ensejar sanções éticas e jurídicas ao profissional (SHERRIFF *et al.*, 2023; VALDEZ-ZAMBRANO; ROMO-CARDOSO, 2024).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a adoção de protocolos estruturados e individualizados por nível do TEA, associada ao envolvimento ativo das famílias, à formação continuada dos profissionais e à integração multiprofissional, é fundamental para a promoção da saúde bucal e da qualidade de vida de crianças com Transtorno do Espectro Autista. Espera-se que os protocolos propostos contribuam para a construção de uma Odontologia mais inclusiva, humana e comprometida com o bem-estar de todas as crianças.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5®). Arlington: APA, 2013.

CERMAK, S. A. et al. Feasibility of a sensory-adapted dental environment for children with autism. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 69, n. 3, p. 1-10, 2015.

COMO, D. H. et al. The persistence of oral health disparities for African American children with autism spectrum disorder. *Int. J. Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 11, p. 1-14, 2021.

DELLI, K. et al. Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, v. 18, n. 6, p. e862-e868, 2013.

FERRAZZANO, G. F. et al. Autism spectrum disorders and oral health status: review of the literature. *European Journal of Paediatric Dentistry*, v. 21, n. 1, p. 9-12, 2020.

GEORGE, B. et al. Prevalence of dental caries and oral hygiene status in autistic children. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, v. 42, n. 1, p. 45-49, 2024.

KUHANECK, H. M.; CHISHOLM, E. C. Improving dental visits for individuals with autism spectrum disorders. *Special Care in Dentistry*, v. 32, n. 6, p. 229-233, 2012.

LOO, C. Y.; GRAHAM, R. M.; HUGHES, C. V. The caries experience and behavior of dental patients with autism spectrum disorder. *Journal of the American Dental Association*, v. 140, n. 11, p. 1394-1401, 2009.

MANGIONE, F. et al. Retrospective study of extremely low birth weight infants and their dental behavior. *European Archives of Paediatric Dentistry*, v. 20, n. 5, p. 383-390, 2019.

MARRA, P. et al. Retrospective cohort study of dental trauma and treatment needs in children with autism. *Special Care in Dentistry*, v. 44, n. 1, p. 197-204, 2024.

NELSON, T. M. et al. Educational and therapeutic behavioral approaches to providing dental care for patients with autism spectrum disorder. *Special Care in Dentistry*, v. 35, n. 3, p. 105-113, 2015.

PILEBRO, C.; BÄCKMAN, B. Teaching oral hygiene to children with autism. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 15, n. 1, p. 1-9, 2005.

PISALCHAIYONG, T. et al. Comparison of the effectiveness of oral diazepam and midazolam for the sedation of autistic patients during dental treatment. *Pediatric Dentistry*, v. 27, n. 3, p. 198-206, 2005.

SAMI, W. et al. Oral health challenges in children with autism spectrum disorder: a comprehensive literature review. *Journal of Pharmaceutical Research International*, v. 36, n. 5, p. 28-41, 2024.

SHERRIFF, A. et al. Social patterning in access to NHS dental preventive care for children in Scotland. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 51, n. 3, p. 488-497, 2023.

STEIN DUKER, L. I. et al. Optimizing dental health care for children with autism spectrum disorder in the United States. *Journal of the American Dental Association*, v. 154, n. 1, p. 21-31, 2023.

TONG, S. H. et al. Occupational therapists' perceptions of their role in dental care for children with autism spectrum disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 76, n. 2, p. 241-249, 2022.

VALDEZ-ZAMBRANO, V. E.; ROMO-CARDOSO, A. Alternativas de tratamento preventivo em pacientes pediátricos com TEA. *Revista Científica Odontológica*, v. 12, n. 1, p. e189, 2024.