

Manejo ortodôntico em pacientes com transtorno do espectro autista: estudo piloto qualitativo sob a perspectiva profissional

Elizabeth Paucar Toribio¹ , Macarena Garrido Díaz² , Montserrat Casals Soderlund³ .

Resumo: **Introdução.** O transtorno do espectro autista (TEA) caracteriza-se por dificuldades na interação social, padrões repetitivos e sensibilidades sensoriais que limitam o acesso a tratamentos odontológicos convencionais. A hipersensibilidade tátil, auditiva e visual, juntamente com hábitos orais associados, complica o manejo ortodôntico dessa população. **Objetivos.** Descrever as estratégias clínicas e considerações empregadas por especialistas em ortodontia e odontopediatria no manejo de pacientes com TEA, sob sua perspectiva profissional. **Material e Métodos.** Estudo qualitativo realizado no Chile entre janeiro e março de 2025, baseado em entrevistas semiestruturadas com nove profissionais – cinco odontopediatras e quatro ortodontistas – com experiência em TEA. Utilizou-se amostragem intencional e análise de conteúdo até saturação de categorias. **Resultados.** Identificaram-se seis categorias: antes do tratamento; durante a avaliação clínica; durante o tratamento; relação com cuidadores; considerações especiais; e recomendações. **Conclusões.** O sucesso ortodôntico em pacientes com TEA depende de uma abordagem individualizada que considere suas características sensoriais, comportamentais e emocionais. Embora existam estratégias eficazes, a falta de protocolos padronizados ressalta a necessidade de mais pesquisas e desenvolvimento de diretrizes clínicas especializadas.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Ortodontia; Assistência Odontológica para Pessoas com Deficiência.

Manejo ortodôntico en pacientes con trastorno del espectro autista: estudio piloto cualitativo desde la perspectiva profesional

Resumen: **Introducción.** El trastorno del espectro autista (TEA) se caracteriza por dificultades en la interacción social, patrones repetitivos y sensibilidades sensoriales que limitan el acceso a tratamientos odontológicos convencionales. La hipersensibilidad táctil, auditiva y visual, junto con hábitos orales asociados, complican el manejo ortodôntico de esta población. **Objetivos.** Describir las estrategias clínicas y consideraciones empleadas por especialistas en ortodoncia y odontopediatria para el manejo de pacientes con TEA, desde su propia perspectiva profesional. **Material y Métodos.** Estudio cualitativo realizado en Chile entre enero y marzo de 2025, basado en entrevistas semiestruturadas a nueve profesionales, cinco odontopediatras y cuatro ortodontistas, con experiencia en TEA. Se empleó muestreo intencional y análisis de contenido hasta alcanzar saturación de categorías. **Resultados.** Se identificaron seis categorías: antes del tratamiento; durante la evaluación clínica; durante el tratamiento; relación con cuidadores; consideraciones especiales; y recomendaciones. **Conclusiones.** El éxito ortodôntico en pacientes con TEA depende de un abordaje individualizado que considere sus características sensoriales, conductuales y emocionales. Aunque existen estrategias efectivas, la falta de protocolos estandarizados resalta la necesidad de mayor investigación y el desarrollo de guías clínicas especializadas.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista; Ortodoncia; Atención Odontológica para Personas con Discapacidad.

¹Universidad San Sebastián, Santiago de Chile, Chile.

²Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

³Universidad de los Andes, Santiago de Chile, Chile.

Orthodontic management in patients with autism spectrum disorder: a qualitative pilot study from the professional perspective

Abstract: **Introduction.** Autism spectrum disorder (ASD) is characterized by difficulties in social interaction, repetitive patterns, and sensory sensitivities that limit access to conventional dental treatments. Tactile, auditory, and visual hypersensitivity, combined with associated oral habits, complicates orthodontic management in this population. **Objectives.** To describe the clinical strategies and considerations employed by orthodontic and pediatric dentistry specialists for managing patients with ASD, from their professional perspective. **Materials and Methods.** A qualitative study conducted in Chile between January and March 2025, based on semi-structured interviews with nine professionals—five pediatric dentists and four orthodontists—with experience in ASD. Purposive sampling and content analysis were used until category saturation was reached. **Results.** Six categories were identified: pre-treatment; during clinical evaluation; during treatment; relationship with caregivers; special considerations; and recommendations. **Conclusions.** Successful orthodontic treatment in patients with ASD depends on an individualized approach that considers their sensory, behavioral, and emotional characteristics. Although effective strategies exist, the lack of standardized protocols highlights the need for further research and the development of specialized clinical guidelines.

Keywords: Autistic Disorder; Orthodontics; Dental Care for Disabled.

Introdução

O transtorno do espectro autista (TEA), de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-V), é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por uma alteração persistente na reciprocidade social, na interação social e em padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades¹.

As características comportamentais associadas ao TEA incluem dificuldades na interação social, pouco contato visual, aversão ao contato físico, comportamentos repetitivos e alterações na comunicação verbal e não verbal^{2,11}. Essas particularidades podem gerar barreiras significativas para o desenvolvimento de hábitos de higiene bucal, como a escovação dentária, e para o acesso e permanência em tratamentos odontológicos^{3,4}.

Do ponto de vista clínico, os pacientes com TEA podem apresentar alterações do sistema estomatognático, como bruxismo,

respiração bucal, sucção digital e hábitos orais prejudiciais, além de uma prevalência significativamente maior de malocclusão^{5,6,12}. A hipersensibilidade sensorial frequente nesta população diante de estímulos táteis, auditivos, olfativos e visuais constitui um obstáculo adicional para o atendimento odontológico convencional^{7,8,11}.

A literatura indica que o acesso ao atendimento odontológico em pacientes com TEA é limitado, o que gera uma carga psicológica, social e econômica tanto para os pacientes quanto para suas famílias, favorecendo a progressão das malocclusões e tornando-as mais complexas de tratar¹². Em nível global, estima-se que 1 em cada 100 crianças receba um diagnóstico de TEA¹², o que reforça a necessidade urgente de contar com profissionais capacitados e estratégias de abordagem clínica adaptadas^{9,10}.

Neste contexto, alcançar um atendimento ortodôntico bem-sucedido requer a compreensão dos padrões de comportamento do paciente com TEA¹¹.

No entanto, a evidência científica sobre estratégias específicas no âmbito da ortodontia ainda é escassa.

Portanto, o objetivo deste estudo é descrever, sob a perspectiva de profissionais especialistas, as estratégias clínicas e considerações empregadas no manejo ortodôntico de pacientes com TEA. Os achados buscam contribuir para o futuro desenvolvimento de protocolos clínicos e promover a formação contínua dos profissionais.

Objetivo

Explorar as estratégias clínicas e considerações aplicadas no manejo ortodôntico de pacientes com transtorno do espectro autista, sob a perspectiva de profissionais com experiência nesta população.

Materiais e Método

O presente estudo foi realizado em Santiago do Chile, entre janeiro e março de 2025, utilizando uma abordagem qualitativa baseada em entrevistas com perguntas abertas. O objetivo foi explorar as experiências e estratégias clínicas empregadas por profissionais no manejo ortodôntico de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Participaram 9 cirurgiões-dentistas, selecionados por amostragem intencional, todos especialistas em Odontopediatria ou em Ortodontia e Ortopedia Facial,

com experiência clínica no tratamento de pacientes com TEA. A participação foi voluntária, mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. A amostra foi composta por 5 odontopediatras e 4 ortodontistas.

As entrevistas foram realizadas de forma individual e presencial, onde um pesquisador conduzia a entrevista e o outro transcrevia, em ambiente tranquilo e em horários previamente acordados com cada profissional. Cada sessão teve duração aproximada de 20 minutos. As respostas foram gravadas em áudio e transcritas integralmente para posterior análise. Caso surgissem novas perguntas durante o processo de transcrição e análise, contemplou-se a possibilidade de contatar novamente os entrevistados para os esclarecimentos necessários.

A análise dos dados foi efetuada por meio da análise de conteúdo, identificando categorias emergentes a partir do discurso dos participantes. Esta análise foi realizada de forma independente por dois pesquisadores, o que permitiu contrastar e integrar as categorias identificadas. A coleta de dados foi realizada até atingir a saturação.

Resultados

Os achados apresentam-se organizados em categorias temáticas, o que permitiu identificar padrões comuns e contrastes relevantes nas experiências e estratégias clínicas relatadas pelos profissionais entrevistados.

Análise da amostra

A amostra foi composta por 9 profissionais, sendo 5 odontopediatras e 4 ortodontistas, com experiência clínica no tratamento ortodôntico em pacientes com TEA. A informação demográfica da amostra é a seguinte:

Gênero: 9 Mulheres.

Idade: 29-39 anos (2 participantes); 40-49 anos (3 participantes); 50-59 anos (4 participantes).

Anos de experiência: 8-10 anos (2 participantes); 16-21 anos (2 participantes); 27 anos (1 participante).

Duração das entrevistas

As entrevistas tiveram duração aproximada de 20 minutos cada e foram realizadas de forma individual e presencial, com um pesquisador encarregado da entrevista e outro transcrevendo as respostas.

Educação

As respostas obtidas mostram uma ampla diversidade de trajetórias entre os profissionais entrevistados. A maioria dos participantes (seis deles) indicou ter recebido instrução formal relacionada ao espectro autista, seja por meio de cursos, especializações, vivências clínicas durante a pós-graduação ou congressos. No entanto, também se evidenciou que vários profissionais declararam contar apenas com conhecimentos gerais adquiridos durante a graduação, formação

autodidata ou experiência baseada na prática diária. Um caso particular foi o de um profissional que manifestou ter construído seu manejo clínico a partir de sua experiência pessoal como mãe de uma pessoa com TEA, o que contribuiu significativamente para sua competência no atendimento desses pacientes (Tabela 1).

Tabela 1: Treinamento recebido por profissionais para o manejo de pacientes com TEA.

Você recebeu algum treinamento específico no manejo de pacientes com TEA (Transtorno do Espectro Autista)? Qual?

Ele recebeu treinamento formal específico (cursos, diplomas, treinamento clínico de pós-graduação, conferências) (R2, R3, R5, R6, R7, R8)

Conhecimento apenas de nível de graduação, autodidata ou sem treinamento especializado adicional (R1, R2, R4, R6, R7, R9)

Formação a partir da experiência como cuidador familiar direto (R6)

Antes do Tratamento

Os profissionais relatam que a chave para atender pacientes com TEA reside no planejamento prévio a qualquer intervenção. O objetivo é que o dentista não seja percebido como um estranho, mas como um profissional que já compreende o contexto e as necessidades da criança. Para alcançar isso, utilizam-se as seguintes estratégias (Tabela 2):

- Conhecimento do paciente e antecipação: O processo começa com uma conversa com os cuidadores para entender quais elementos geram

Tabela 2: Antes do tratamento

Que instruções prévias você recomenda para pacientes com TEA (Transtorno do Espectro Autista) e seus cuidadores antes da consulta?	Como organizar o agendamento de consultas para pacientes com TEA (Transtorno do Espectro Autista) de forma a garantir um atendimento eficiente sem afetar o fluxo da clínica?	Em média, quanto tempo leva o processo de adaptação do paciente antes da colocação do aparelho?
Entrevista ou coordenação prévia com os cuidadores para obter informações sobre histórico, rotinas e planejamento de cuidados (R2)	Agendamento para o início da manhã ou final da tarde, reduzindo estímulos externos como ruído ou fluxo de pacientes (R2, R3, R7, R9)	Adaptação prolongada: requer entre 3 e 5 sessões ou mais (R3, R7)
Utilização de antecipação verbal ou visual para explicar o que vai acontecer e como o paciente vai se sentir (R3)	Prolongue a duração das consultas, utilizando blocos de 45 a 60 minutos ou horários duplos (R2, R3, R7).	Adaptação variável: depende do paciente e do grau de TEA (R4, R5, R6, R7, R9)
Dessensibilização oral ou preparação sensorial com o apoio de terapeutas ocupacionais (R7)	Evitar tempos de espera prolongados ou contato com outros pacientes, permitindo atendimento imediato e prevenindo superlotação (R2)	Adaptação rápida ou em uma única sessão (R5, R6)
Visitas ou consultas anteriores sem tratamento clínico para avaliação ambiental (R6, R8)	Ajuste o cronograma de acordo com o nível de funcionamento do paciente ou as preferências da família (R2, R4)	Em alguns casos, a adaptação não é alcançada e o tratamento é interrompido (R5)
Permitir que o paciente manuseie ou leve os dispositivos para casa antes do uso clínico (R5)	Não houve alterações no cronograma; o fluxo clínico habitual foi mantido (R1)	
Adaptar todo o ambiente, incluindo a sala de espera e os elementos visuais (R8)		
Permitir objetos de apego, música ou estímulos reguladores durante a consulta (R9)		
Impedir que os cuidadores interrompam a comunicação direta com o paciente (R6)		
Adaptar as indicações de acordo com a gravidade do TEA (R4)		

incômodo na criança e quais são suas rotinas. Com essas informações, utiliza-se a antecipação, explicando com palavras ou apoios visuais as sensações que serão vivenciadas, e organizam-se visitas prévias para que o paciente explore o consultório ao seu próprio ritmo, sem a pressão de ser atendido imediatamente.

- Ambiente e manejo do estresse:

Para favorecer a calma do paciente, permite-se o uso de música ou o acompanhamento de objetos de apego que lhe confirmam segurança. Além disso, organiza-se a agenda de forma que existam intervalos de pelo menos 10 minutos entre as consultas; desta forma, evita-se que o paciente coincida com outras pessoas na sala de espera, o que reduz significativamente a tensão social.

- **Flexibilidade nos tempos e processos de adaptação:** A duração das consultas não é rígida. Alguns pacientes conseguem se adaptar com rapidez, enquanto outros requerem um processo que pode se estender por meses. Por exemplo, antes de instalar qualquer aparatologia, realizam-se sessões de dessensibilização que podem levar de uma a quatro consultas. Se, após essas tentativas, não se alcançar uma adaptação funcional, os profissionais optam por suspender o tratamento para evitar uma experiência negativa para o paciente.
- **Critérios para a escolha da aparatologia:** No momento de decidir o tratamento, costuma-se preferir aparelhos removíveis em vez de ortodontia

fixa, especialmente em casos de TEA severo. Esta preferência responde ao fato de que procedimentos como a colagem de braquetes exigem que o paciente permaneça com a boca aberta por cerca de uma hora, um tempo clínico que se torna muito difícil de tolerar para eles.

Durante a avaliação clínica

Nesta etapa, os profissionais relatam que o foco principal é facilitar a cooperação do paciente por meio de uma comunicação constante e adaptações do ambiente clínico. O objetivo é reduzir a incerteza e manejar os estímulos sensoriais que possam gerar rejeição, utilizando as seguintes estratégias (Tabela 3):

Tabela 3: Durante a avaliação clínica

Como você lida com o comportamento durante a avaliação clínica?	Como lidar com dificuldades sensoriais? Como adaptar os procedimentos de coleta de dados em pacientes com TEA (Transtorno do Espectro Autista)?	Como você adapta sua abordagem clínica ao tratar um paciente com TEA leve em comparação com um paciente com TEA grave?
Utilização da antecipação e da explicação estruturada da sessão (R3, R4, R5, R7)	Antecipação detalhada por meio de explicações, demonstrações ou vídeos prévios (R1)	Modificação dos objetivos terapêuticos em casos graves: a funcionalidade é priorizada em relação à correção ortodôntica completa, e procedimentos como extrações seriadas são escolhidos se o uso de aparelhos não for viável (R3, R5, R9)
Avaliação inicial da funcionalidade comunicativa do paciente, seguimento de comandos, contato visual, interação (R4, R6, R9)	Utilização de objetos sensoriais como brinquedos táteis, Pop -Its ou superfícies ásperas para regulação (R2, R3)	Uso limitado ou evitação de aparelhos fixos em pacientes com baixa cooperação, optando por aparelhos removíveis ou evitando aparelhos quando se espera rejeição (R5, R6, R9)
Aplicação de estratégias sensoriais adaptadas, pressão tátil, música, brinquedos, espelho, controle de ruído (R1, R2, R3, R5, R6, R8, R9)	Adaptação do material de acordo com a tolerância (preferência por silicone, evitar alginato, uso de scanner) (R3, R5, R8, R9)	Encaminhamento para odontopediatria ou outros profissionais quando não for possível obter a cooperação mínima necessária para realizar o tratamento ortodôntico (R4, R6, R7)
Leitura do perfil sensorial individual antes ou durante a consulta, preferências, medos, estímulos desencadeadores (R2, R3, R7, R9)	Gestão do ambiente sensorial: controle de odores, ruídos, música, iluminação e estímulos visuais não essenciais (R2, R7)	Adaptação do plano de acordo com o apoio familiar e o nível de comprometimento dos cuidadores, incluindo reforço em casa e clareza nos objetivos do tratamento (R5, R6)
Eu trabalho com uma equipe clínica estável (profissional + assistente constante) (R1, R6, R9)	Incorporação de membros da família para apoio físico ou contenção durante o procedimento (R2)	Pacientes com TEA leve podem receber tratamentos ortodônticos convencionais, com ajustes mínimos na técnica, ritmo ou duração das sessões (R3, R6, R7, R8).

- Comunicação e antecipação na cadeira: Durante o exame, mantém-se a prática de explicar detalhadamente cada passo antes de executá-lo. Uma técnica comum é o uso do espelho clínico, que permite que o paciente veja fisicamente o que vai acontecer em sua boca, reduzindo o medo do desconhecido.
- Adaptações sensoriais e do ambiente: Para favorecer a calma, permite-se que o paciente segure objetos ou brinquedos reguladores durante o atendimento. Quanto ao manejo de estímulos no consultório, busca-se evitar o uso de sugadores e ajusta-se o volume da música segundo a tolerância de cada criança. Ao identificar previamente quais estímulos específicos afetam o paciente, o espaço é organizado para eliminar qualquer gatilho sensorial que possa incomodá-lo.
- Tomada de modelos de registro: Para obter os modelos de trabalho, os profissionais selecionam materiais e técnicas que o paciente tolere melhor. Relata-se o uso de silicone em vez de alginato, já que o silicone permite um maior controle durante o procedimento. Da mesma forma, destaca-se o uso do scanner intraoral como uma alternativa muito menos invasiva que reduz o desconforto físico ao realizar os registros.
- Critérios de encaminhamento e prioridades de tratamento: Quando o paciente não consegue tolerar os procedimentos apesar das adaptações, a conduta a seguir é o encaminhamento

para centros especializados que contem com ambientes adequados para seu atendimento. Por outro lado, os objetivos clínicos são ajustados conforme o nível de TEA: em casos severos, a prioridade absoluta é a funcionalidade, priorizando ações urgentes como exodontias; enquanto em casos leves, é possível realizar tratamentos de ortodontia convencional com apenas pequenos ajustes.

Durante o tratamento

Os profissionais relatam que a chave para avançar no tratamento é a adaptabilidade progressiva, ajustando o ritmo e os materiais conforme a resposta que o paciente manifesta em cada sessão. Para assegurar a continuidade do processo, aplicam-se as seguintes estratégias (Tabela 4):

- Gestão da carga sensorial e do ambiente: Os profissionais personalizam o espaço clínico eliminando estímulos que resultam incômodos. Isso inclui reduzir os ruídos da clínica para pacientes com sensibilidade auditiva, ou ajustar a intensidade da luz e o uso de óculos protetores para aqueles com aversão lumínica. Além disso, fomenta-se o uso de elementos familiares, como brinquedos reguladores ou o uso do espelho, para que o paciente mantenha a calma ao observar o procedimento.
- Técnicas de colaboração e reforço: Como método de preparação, utiliza-se constantemente a antecipação

Tabela 4: Respostas referentes ao tratamento

Como você adapta seus procedimentos de acordo com as necessidades sensoriais, comportamentais ou cognitivas do paciente?	Quais estratégias de manejo você utiliza para ajudar o paciente com TEA (Transtorno do Espectro Autista) a permanecer calmo e cooperativo durante o tratamento ortodôntico?	Como adaptar a técnica de escovação em pacientes com TEA para garantir uma higiene oral adequada?	Em média, quanto tempo dura uma sessão de tratamento com um paciente com TEA (Transtorno do Espectro Autista)?	Você pode compartilhar um caso em que uma estratégia específica foi fundamental para o sucesso do tratamento?
Adaptação progressiva baseada na observação clínica direta durante as primeiras sessões (R1)	Utilização da antecipação visual e verbal por meio de imagens, vídeos ou demonstrações (R2, R5)	Dessensibilização progressiva antes da escovação completa, começando pelas áreas de maior tolerância e progredindo em direção às costas; dedeiras, esponjas e kits sensoriais são utilizados (R3)	Sessões curtas, com duração média entre 10 e 20 minutos, especialmente em casos de baixa concentração ou alta reatividade (R3, R5).	Utilização de aparelhos de adaptação progressiva antes da instalação de aparelhos fixos, como o Myobrace ou placas macias (R2)
Redução de estímulos sensoriais negativos e uso de recursos específicos, como espelhos, óculos escuros, proteção auditiva, brinquedos táteis ou controle de ruído (R1, R6, R8)	Modelagem e técnica de dizer-mostrar-fazer aplicadas antes do procedimento (R3, R7)	Participação ativa do responsável na técnica e na execução em casa, ensinando diretamente os cuidadores como orientar a escovação ou reforçá-la em casa (R4, R5, R7, R8)	Sessões intermediárias de 30 a 40 minutos, ajustadas à cooperação do paciente (R4, R6, R7)	Aplicação de estratégias sensoriais específicas, como música, cobertor pesado ou texturas táteis personalizadas (R3, R5)
Modelagem e antecipação com demonstrações táteis antes do procedimento (R3)	Presença do representante e uso de objetos de apego ou elementos familiares (R1, R8)	Seleção individualizada do tipo de escova de acordo com a tolerância sensorial, utilizando escovas elétricas, manuais ou de textura macia, dependendo da sensibilidade do paciente (R5, R7, R8).	Sessões prolongadas de até uma hora, em pacientes com maior estabilidade comportamental (R8)	Redução do tempo clínico efetivo e uso de aparelhos removíveis como estratégia de tratamento, combinando sessões curtas e adaptação lenta (R6)
Modificação do ritmo terapêutico, prolongamento do tratamento, utilização de consultas mais longas ou espaçamento dos ajustes clínicos (R5)	Distração sensorial através de telas, fones de ouvido ou brinquedos táteis (R1, R3, R7)	Utilização de estratégias visuais ou cinestésicas, como espelho, fantasma ou imitação, permitindo que a criança observe ou pratique a escovação em um modelo ou cuidador (R3, R6, R7)	Dividir o tratamento em múltiplas sessões, fragmentando os procedimentos para facilitar a tolerância (R3)	Utilização de modelos visuais e macromodelos para explicar procedimentos clínicos, promovendo a compreensão do tratamento (R7)
Decisão de tratamento ajustada ao nível cognitivo e funcional do paciente, evitando procedimentos invasivos em casos de baixa cooperação (R6, R9)	Controle do ambiente clínico: redução de estímulos auditivos, visuais e vocais (R1, R6)	Condicionar o início do tratamento ortodôntico à higiene adequada, exigindo melhorias na higiene como pré-requisito para o uso de aparelhos (R5)		Sucesso baseado na paciência, calma e conexão empática com o paciente, através de acompanhamento afetivo e linguagem clara (R1)
	Reforço positivo explícito orientado para objetivos clínicos visíveis (R5)			
	Comunicação direta e manuseio prévio de instrumentos clínicos (R4)			

visual e verbal, apoiando-se em fotos ou vídeos do procedimento antes de cada passo. Da mesma forma, implementa-se o reforço positivo, seja por meio de elogios verbais ou pequenos prêmios, para incentivar e reconhecer a colaboração do paciente durante o atendimento.

- Ferramentas clínicas e hábitos de higiene: Nas fases iniciais de adaptação, relata-se uma preferência pelo uso de aparelhos miofuncionais, devido ao fato de serem mais suaves e permitirem uma transição progressiva para tratamentos mais complexos. Em relação à higiene bucal, opta-se por escovas de cerdas macias e técnicas adaptadas à tolerância de cada criança, enfatizando que a participação dos cuidadores na supervisão da escovação é essencial para o sucesso do tratamento.
- Manejo do tempo e sucesso terapêutico: A duração das sessões é decidida sob um critério de segurança comportamental. Os profissionais mencionam que, se a criança estiver inquieta, preferem não estender a sessão além dos 20 minutos; no entanto, se o paciente estiver tranquilo, o atendimento pode prolongar-se entre 30 e 40 minutos. Conclui-se que o uso de sessões curtas, junto com música tranquila, bichos de pelúcia e a escolha de aparelhos removíveis, são os fatores que permitem completar com sucesso os objetivos propostos.

Relação com os responsáveis

Os profissionais concordam que a participação e o compromisso do cuidador

são determinantes para o sucesso da intervenção. Destaca-se que o processo é muito mais fluido quando o responsável está bem informado sobre a condição de seu filho, pois isso lhe permite antecipar quais estímulos ou situações a criança poderá tolerar durante a consulta. Sob este modelo de trabalho conjunto, aplicam-se as seguintes estratégias (Tabela 5):

Tabela 5: Respostas referentes aos representantes

Que estratégias você utiliza para envolver os cuidadores na preparação e gestão do tratamento?	Como você lida com as expectativas dos familiares em relação ao tempo e aos resultados do tratamento?
Antecipação verbal e explicação direta ao cuidador sobre o que será feito em cada sessão (R1, R7)	Ajustar as expectativas de acordo com o diagnóstico e o nível de funcionalidade do paciente (R1)
Presença ativa do cuidador durante a sessão como apoio emocional ou físico (R1)	Honestidade desde a primeira consulta e planejamento de tratamento claro (R2, R7)
Utilização de evidências clínicas e demonstrações visuais para aumentar o envolvimento (R3, R5)	Reconhecimento de que o ritmo terapêutico é determinado pelo paciente (R3)
Fornecimento de recursos terapêuticos para trabalho em casa e sugestão de incorporá-los como um jogo (R3)	Comunicação direta versus expectativas irrealistas (R4)
Ensino compartilhado ou invertido para facilitar o entendimento mútuo entre paciente e cuidador (R8)	Promover a autonomia do paciente nas decisões clínicas (R5)
Reforço positivo para o cuidador e comunicação sem culpa (R5)	Explicação específica dos objetivos, tempos estimados, riscos e possíveis atrasos (R7)
Responsabilidade compartilhada explícita no monitoramento clínico do tratamento (R6, R9)	Apresentação progressiva do tratamento de acordo com o estado emocional do paciente (R8)
Canais formais de comunicação e instruções escritas (R7)	Estratégia de superestimar o tempo no início para evitar frustração posterior (R9)

- Comunicação e instrução familiar: Para assegurar que a família esteja preparada, utilizam-se estratégias de antecipação verbal, onde se explica detalhadamente o que ocorrerá em cada sessão. Além disso, entregam-se instruções por escrito e facilita-se um canal de contato direto para que os cuidadores possam sanar dúvidas de forma oportuna.
- Participação: A presença do cuidador é utilizada como um suporte emocional e físico fundamental. Os profissionais incentivam que os pais participem ativamente, seja acompanhando a criança ou utilizando espelhos e demonstrações clínicas para observar o procedimento. Esta transparência permite que entendam melhor o tratamento e o comportamento de seu filho no ambiente odontológico.
- Corresponsabilidade: Promove-se um modelo de esforço compartilhado onde o tratamento se estende além da clínica. Uma estratégia mencionada é a entrega de placas terapêuticas para que os pais as utilizem em casa como parte de dinâmicas de jogo, facilitando a familiarização da criança com os aparelhos em um ambiente seguro.
- Manejo de expectativas e autonomia do paciente: A relação com a família baseia-se na sinceridade desde o primeiro encontro, estabelecendo expectativas reais sobre os resultados e prazos do tratamento. Finalmente, os profissionais enfatizam que, além da opinião dos pais, é essencial considerar o desejo e a vontade do paciente antes de avançar com

qualquer intervenção, especialmente quando a criança já manifesta clareza sobre suas preferências.

Considerações

Os profissionais relatam uma série de considerações técnicas baseadas na resposta comportamental do paciente com TEA, destacando que o sucesso terapêutico transcende o resultado técnico e é medido pela adesão alcançada. As principais observações estão detalhadas a seguir (Tabela 6):

- Sedação: Existe um consenso sobre as experiências desfavoráveis com o uso de óxido nitroso. Os profissionais indicam que este gás pode gerar perda de controle corporal no paciente, provocando angústia ou até mesmo um efeito paradoxal de hiperatividade. Devido a estes resultados, prefere-se optar pela sedação profunda ou anestesia geral para procedimentos invasivos, especialmente quando existe um alto risco ou uma sensibilidade sensorial elevada que impeça o manejo convencional.
- Critérios de Sucesso e Adesão: O sucesso do tratamento não é avaliado exclusivamente pelo cumprimento dos objetivos clínicos finais. Os profissionais destacam que um processo é bem-sucedido quando se alcança a cooperação ativa dos pais e o paciente demonstra uma adesão positiva ao tratamento, permitindo avanços constantes, ainda que não se completem a totalidade das metas técnicas inicialmente propostas.

Tabela 6: Respostas relacionadas às Considerações

Em que situações você considera necessária a sedação consciente e como avalia seu impacto no tratamento?	Quais critérios você utiliza para avaliar o sucesso do tratamento ortodôntico em pacientes com TEA, além dos resultados técnicos?	Em um paciente com dentes permanentes, você prefere o uso de alinhadores em vez de aparelhos ortodônticos, por exemplo ?	Você prefere usar eletrodomésticos removíveis antes de começar a usar eletrodomésticos fixos?	Você pode compartilhar um caso em que uma estratégia específica foi fundamental para o sucesso do tratamento?
A sedação só é indicada em procedimentos cirúrgicos ou extrações com baixa tolerância (R1, R6, R9).	Aumento da confiança, autonomia e comunicação do paciente. (R1).	Alinhadores como uma opção favorável em pacientes estruturados e responsáveis. (R6).	Utilização de aparelhos removíveis como fase de adaptação antes do tratamento fixo. (R3, R6, R7, R8).	Utilização de aparelhos macios (Myobrace) ou adaptação progressiva antes do tratamento definitivo. (R2, R5).
Sedação como estratégia inicial para reduzir o medo nas primeiras experiências clínicas (R2)	Avaliação do progresso parcial ou de pequenas conquistas clínicas. (R3).	Os braquetes são preferidos devido à menor dependência da colaboração do paciente. (R7).	Preferência pela terapia miofuncional como alternativa. (R5).	Implementação de estratégias sensoriais específicas (música, cobertor, textura, ambiente). (R3, R5).
Experiências clínicas negativas com óxido nítrico em pacientes com TEA. (R3, R4, R5)	Permanência e tolerância dos aparelhos na boca. (R4).	A escolha entre alinhadores e aparelhos ortodônticos deve ser baseada na avaliação clínica individual. (R9).	Encaminhamento a um odontopediatra quando o paciente não tolera os procedimentos iniciais. (R1, R4).	Utilização de recursos visuais ou simbólicos como mediação.(R8).
Preferência por sedação profunda ou anestesia geral em vez de sedação consciente (R3, R4, R5)	A adesão ao tratamento e a assistência contínua como medida de sucesso. (R5, R8).	Consideração do alto custo como fator limitante para alinhadores. (R9)	Indicação para aparelhos removíveis de acordo com a idade ou estágio dentário. (R6).	Redução do tempo clínico e sessões mais curtas como estratégia de tolerância. (R6).
A eficácia do óxido nítrico depende do perfil sensorial e do tipo de paciente (R6, R8)	Melhora na percepção da saúde geral. Mudanças positivas na higiene oral, na função respiratória ou na compreensão da saúde pelo paciente ou sua família (R7).		Evite usar aparelhos removíveis; opte por aparelhos fixos ou alinhadores diretamente. (R9).	Sucesso baseado em vínculo empático, calma e contato físico.(R1).

- **Uso de Alinhadores e Braquetes:** A escolha do sistema ortodôntico depende do perfil comportamental do paciente. Alguns profissionais consideram que os alinhadores podem ser adequados para pacientes muito estruturados e conscientes de seu processo; no entanto, outros preferem o uso de braquetes pelo fato de não dependerem da vontade do usuário para permanecer na boca, evitando que o paciente os remova.
- **Aparatologia de Transição:** A maioria dos entrevistados concorda com a utilidade dos aparelhos removíveis

ou miofuncionais como uma fase de adaptação prévia à aparatologia fixa. Estes dispositivos permitem que o paciente inicie um processo de habituação progressiva em seu lar, facilitando uma transição menos estressante para intervenções mais complexas.

Recomendações e Experiência

A seção final do estudo reúne sugestões pedagógicas e experiências significativas dos profissionais, que enfatizam a necessidade de fortalecer a formação

acadêmica e as ferramentas de apoio visual para melhorar a qualidade do atendimento. As principais recomendações resumem-se a seguir (Tabela 7):

- **Formação:** Existe uma demanda clara por maior instrução formal, como cursos de especialização ou aperfeiçoamento que ofereçam ferramentas para o manejo destes pacientes. Especificamente, ressalta-se a falta de formação voltada à ortodontia em pacientes com necessidades especiais.
- **Recursos:** O uso de apoios visuais é identificado como uma estratégia de alta eficácia. Recomenda-se a criação de vídeos antecipatórios personalizados e o uso de pictogramas, especialmente para pacientes não verbais, pois permitem comunicar as etapas do tratamento de forma clara. Da mesma forma, o uso do espelho clínico é descrito como uma ferramenta fundamental para que a criança compreenda visualmente o que ocorre durante o procedimento.
- **Métodos de Adaptação Comportamental:** Destaca-se a eficácia do método "falar-mostrar-fazer", combinado com uma linguagem simples e direta, para garantir a cooperação do paciente. Esta técnica permite que a criança processe a informação antes de cada intervenção clínica.
- **Colaboração com o Ambiente Familiar:** Reforça-se a ideia de que os cuidadores são os principais aliados do dentista. O conhecimento deles sobre os gostos e

Tabela 7: Respostas relacionadas a recomendações e experiência

Que recursos educacionais você recomendaria a outros profissionais para melhorar o manejo de pacientes com TEA (Transtorno do Espectro Autista)?	Poderia compartilhar alguma situação ou caso específico que considere relevante ou digno de nota no atendimento a pacientes com TEA (Transtorno do Espectro Autista)?
Cursos formais, diplomas e treinamento específico em TEA (Níveis 1, 3, 6, 8 e 9).	Os casos de sucesso foram alcançados por meio de paciência, força de vontade e adaptação gradual. A maioria dos tratamentos foi concluída com sucesso, mesmo em pacientes com TEA grave, graças à abordagem clínica e à consistência do profissional (R1, R2).
Utilização de vídeos antecipatórios e personalizados. (R2, R5).	Aplicação de estratégias estruturadas antecipadamente e reforço positivo. Pacientes anteriormente rejeitados conseguiram progredir seguindo sequências claras, passo a passo, com recompensas e expectativas pré-estabelecidas (R3, R7).
Utilização de pictogramas, guias visuais e modelos educacionais. (R2, R5, R8, R9).	Reconhecimento precoce do nível de colaboração e ajuste do plano clínico. (R4).
Utilização do espelho clínico como ferramenta de ensino. Permite explicar achados e procedimentos em tempo real com linguagem acessível (R6).	A importância de não forçar o paciente e reformular os objetivos clínicos. O cuidado é suspenso diante de sinais de frustração, reformulando o objetivo sem comprometer a relação terapêutica (R5).
Aplicação de técnicas como 'dizer-mostrar-fazer' e linguagem simples. (R6, R9).	Preste atenção à linguagem e à apresentação do profissional como base do relacionamento. Evitar jargões técnicos, apresentar-se pelo nome e manter a consistência entre as sessões são essenciais para construir confiança (R6, R7).
Participação do cuidador como mediador terapêutico. (R2).	O cuidador desempenha um papel fundamental como guia ou mediador clínico. Em pacientes não verbais, os cuidadores atuam como intérpretes do comportamento, facilitando o desenvolvimento da sessão (R8).
	Casos em que a sequência terapêutica criativa permitiu progressos bem-sucedidos. A adaptação progressiva através de etapas, como o uso de dispositivos de parada antes do aparelho definitivo, permitiu progressos mesmo em pacientes resistentes (R9).

sensibilidades da criança é o melhor guia para que o profissional possa ajustar seu atendimento e personalizar a abordagem com sucesso.

Discussão

Educação

Os resultados do estudo revelam uma variabilidade significativa na formação de profissionais que trabalham com indivíduos com TEA, refletindo uma falta de padronização na preparação acadêmica para lidar com essa condição. Essa deficiência também foi identificada na literatura recente, que reconhece que muitos profissionais desconhecem as estratégias não farmacológicas disponíveis para promover a cooperação, limitando assim as opções clínicas para pacientes com baixa cooperação (Capurro et al., 14).

Embora os participantes tenham relatado diferentes níveis de preparo, desde cursos formais até aprendizado autodirigido e experiência clínica, todos expressaram sentir-se competentes para tratar pacientes com TEA. Essa percepção baseia-se em uma combinação de conhecimento acadêmico, prática clínica e, em um caso, experiência pessoal como cuidador, demonstrando que a experiência individual também pode enriquecer a abordagem terapêutica.

Essas descobertas reforçam a necessidade de reconhecer o valor tanto da formação acadêmica quanto da

experiência contextual no planejamento de programas educacionais em ortodontia e ortopedia dentofacial. Diante do aumento contínuo nos diagnósticos de TEA (Transtorno do Espectro Autista), é essencial incorporar conteúdo específico sobre neurodiversidade nos cursos de graduação e promover oportunidades de educação continuada.

Tanto este estudo como o de Yulany et al.¹⁵ concordam que a gestão eficaz desta população requer profissionais treinados, protocolos personalizados e uma abordagem multidisciplinar. Embora as suas necessidades dentárias possam ser semelhantes às de outras crianças, a abordagem deve ser adaptada e baseada em evidências para garantir um cuidado abrangente e respeitoso.

Antes do tratamento:

Os resultados demonstram uma abordagem clínica sensível e adaptativa por parte dos profissionais, baseada na experiência direta com pacientes com TEA. Um dos elementos mais relevantes para promover a cooperação e reduzir a ansiedade é o preparo prévio, juntamente com a gestão flexível do tempo e a organização detalhada do ambiente clínico. Essas estratégias, também descritas por Yulany et al.¹⁵ e Meuffels et al.¹⁶, incluem o controle da estimulação sensorial e a adequação da sala de tratamento como medidas que promovem uma consulta bem-sucedida.

Não foi identificado um protocolo único, mas sim um conjunto de ferramentas que os profissionais combinam e ajustam

de acordo com o perfil funcional do paciente e o contexto familiar. Esse modelo flexível é compatível com a variabilidade do espectro do autismo e reforça a necessidade de abordagens individualizadas focadas na relação terapêutica.

A antecipação é considerada uma ferramenta fundamental para estruturar a primeira e as consultas subsequentes, por meio de entrevistas com os cuidadores, questionários sensoriais e o uso de recursos visuais e verbais, como pictogramas, vídeos ou explicações sequenciais. Essas estratégias permitem compreender rotinas, interesses e sensibilidades, otimizando o tempo clínico e reduzindo interrupções. Estudos como os de Di Giorgio et al.¹³, Capurro et al.¹⁴ e Meuffels et al.¹⁶ concordam que esse planejamento prévio é fundamental para reduzir a incerteza e construir confiança.

Além disso, foi identificada a eficácia de práticas como visitas introdutórias à sala de tratamento, uso de objetos de conforto, música suave e manuseio prévio de instrumentos. Essas medidas fazem parte de uma abordagem sensorial progressiva, que busca ajustar as estratégias de acordo com a resposta individual do paciente. Como sugerem Di Giorgio et al.¹³, sessões breves, repetitivas e não invasivas podem servir como ponto de partida para tratamentos mais complexos.

Por fim, os profissionais adaptam a logística do tratamento, priorizando horários fora do pico, estendendo as consultas quando necessário e reduzindo o contato com outros pacientes. Essa organização visa minimizar a sobrecarga

sensorial e emocional. Como observado por Di Giorgio et al.¹³, Capurro et al.¹⁴ e Yulany et al.¹⁵, o tempo clínico deve ser ajustado ao ritmo do paciente, garantindo sua estabilidade emocional e a continuidade terapêutica a longo prazo.

Durante a avaliação clínica:

Durante a avaliação clínica, os profissionais aplicam diversas estratégias adaptadas ao perfil sensorial e funcional de cada paciente, com o objetivo de facilitar a cooperação e reduzir a ansiedade. A antecipação verbal detalhada, juntamente com o uso de espelhos e demonstrações visuais, permite que cada procedimento seja explicado de forma clara e previsível. Essas ferramentas estão em consonância com as descobertas de Yulany et al.¹⁵ e Meuffels et al.¹⁶, que enfatizam que os recursos visuais ajudam as crianças com TEA a compreender o que vai acontecer, como, com quem e por quanto tempo.

Ajustes sensoriais, como o uso de objetos reguladores, música personalizada, controle de ruído e seleção cuidadosa de instrumentos, também são empregados para reduzir a sobrecarga sensorial. Essa necessidade de adaptação ambiental tem sido amplamente documentada na literatura, dada a alta sensibilidade dessa população a estímulos externos e sua preferência por ambientes previsíveis¹⁶.

Em relação à coleta de dados, os profissionais tendem a modificar as técnicas convencionais de acordo com a tolerância do paciente. O silicone é preferido ao alginato devido à sua textura e, em muitos casos, um scanner intraoral é utilizado como uma alternativa eficaz e

não invasiva. Em situações em que não se obtém a mínima cooperação, o paciente é encaminhado para adaptação prévia. Capurro et al.¹⁴ apoiam essa prática, destacando o valor do scanner como uma ferramenta que reduz as respostas negativas.

Por fim, observa-se uma clara diferença de abordagem dependendo da gravidade do TEA. Em pacientes com TEA leve, podem ser implementados tratamentos ortodônticos convencionais com ajustes mínimos, desde que haja comprometimento familiar contínuo. Em contrapartida, em casos graves, os objetivos terapêuticos são redefinidos, priorizando a funcionalidade em detrimento dos resultados estéticos, e intervenções menos complexas, como extrações seriadas, são utilizadas. Essa decisão clínica, conforme indicado por Di Giorgio et al.¹³ e Capurro et al.¹⁴, deve ser baseada na capacidade real do paciente de manter uma cooperação consistente ao longo do tratamento.

Durante o tratamento clínico:

A abordagem clínica a pacientes com TEA (Transtorno do Espectro Autista) caracteriza-se pela adaptação constante baseada na observação direta, na antecipação sensorial e na flexibilidade técnica. A redução de estímulos perturbadores e a criação de um ambiente clínico mais acessível por meio de recursos como música, bichos de pelúcia ou auxílios visuais contribuem significativamente para o conforto emocional e a cooperação do paciente.

A comunicação clara e empática é outro pilar fundamental. Como apontam Yulany et al.¹⁵, estratégias como tom de voz suave, instruções breves, reforço positivo e o método "diga-mostre-faça" promovem a colaboração e permitem procedimentos clínicos mais bem-sucedidos. Esses achados são consistentes com os resultados do presente estudo, que destaca a importância da linguagem direta e do reforço positivo.

A cooperação é construída ao longo do tempo, com consistência e uma relação clínica sustentada que inclui ativamente o cuidador e se adapta às necessidades sensoriais do paciente. Casos bem-sucedidos demonstraram que a chave não é a rapidez do tratamento, mas a capacidade da equipe de se ajustar a cada sessão, mesmo que isso signifique consultas mais curtas ou uma fase de adaptação mais longa. Estudos como os de Di Giorgio et al.¹³, Capurro et al.¹⁴ e Meuffels et al.¹⁶ apoiam essa abordagem, observando que manter o mesmo profissional de saúde responsável pelo tratamento pode fazer a diferença na continuidade e na confiança do paciente.

Em vez de seguir protocolos rígidos, os profissionais estão optando por uma abordagem individualizada, que vai desde a escolha de equipamentos menos invasivos até a modificação do ritmo e do conteúdo das sessões com base na resposta clínica. Esse modelo representa uma mudança em relação à prática tradicional, priorizando a adaptação gradual e o bem-estar emocional como fundamento da eficácia terapêutica.

Finalmente, a variabilidade na duração da sessão, que varia de menos de 20 minutos a uma hora, demonstra que o tempo clínico não deve ser medido em termos de eficiência, mas sim de acordo com a tolerância e a estabilidade do paciente. Como concluem Di Giorgio et al.¹³ e Capurro et al.¹⁴, é o tratamento que deve se adaptar ao paciente, e não o contrário.

Relação com representantes:

A relação com os cuidadores não se limita a fornecer informações; ela é um componente fundamental para o sucesso terapêutico, pois influencia diretamente a adesão e a continuidade do tratamento. Antecipação, uso de recursos visuais, linguagem clara e treinamento compartilhado são estratégias essenciais para estabelecer uma aliança sólida entre a equipe clínica e a família. O cuidador desempenha um papel ativo: ele não apenas oferece apoio, mas também participa da tomada de decisões, regula o comportamento e, em muitos casos, realiza parte do tratamento em casa.

Este vínculo é fortalecido através de comunicação empática e contínua, como observado por Di Giorgio et al.¹³ e Capurro et al.¹⁴, que enfatizam que o envolvimento do cuidador é crucial para manter rotinas de higiene, reforçar instruções e sustentar o vínculo terapêutico, especialmente em pacientes com dificuldades comportamentais.

Por outro lado, os profissionais alertam que fatores como expectativas irrealistas, superproteção ou negação do diagnóstico podem interferir na

evolução clínica. Portanto, é essencial estabelecer uma comunicação aberta desde o início, planejar metas realistas e respeitar o ritmo do paciente. A escolha do tratamento deve considerar o nível de comprometimento familiar a médio e longo prazo, visto que a falta de apoio contínuo está associada a menor adesão e resultados mais limitados.

Considerações:

A maioria das mulheres entrevistadas relatou experiências negativas com o óxido nítrico, apresentando reações paradoxais e dificuldades no controle clínico atribuíveis à hipersensibilidade sensorial. Este achado coloca em questão a sua eficácia nesta população e apoia a utilização de alternativas como a sedação profunda ou a anestesia geral, reservadas exclusivamente para procedimentos mais complexos, como também observado por Yulany et al.¹⁵, que propõem estas técnicas apenas como último recurso após o insucesso das estratégias não invasivas.

Além do resultado técnico, os profissionais valorizam o sucesso terapêutico com base na adesão ao tratamento, na qualidade da comunicação e na adaptação gradual aos aparelhos. Essa abordagem está alinhada com a de Di Giorgio et al.¹³, que observaram melhores níveis de colaboração quando o tratamento era baseado em um relacionamento clínico sustentado, mesmo que o resultado ortodôntico final não estivesse completo.

Em relação ao tipo de aparelho, existe consenso em iniciar com aparelhos removíveis ou miofuncionais como fase

de adaptação, o que é especialmente útil para avaliar a tolerância e gerar confiança antes de passar para aparelhos fixos. Enquanto alguns preferem alinhadores para pacientes altamente colaborativos, outros optam por aparelhos fixos devido à sua menor dependência da adesão ao tratamento. Essa estratégia progressiva também é apoiada por Di Giorgio et al.¹³ e Capurro et al.¹⁴, que relatam bons resultados ao ajustar o tipo de aparelho ao perfil do paciente.

Recomendações:

As experiências clínicas analisadas mostram que o sucesso terapêutico em pacientes com TEA não depende apenas do tipo de equipamento ou protocolo utilizado, mas principalmente da capacidade do profissional de interpretar o nível de colaboração do paciente, adaptar os objetivos clínicos à sua resposta comportamental e manter uma comunicação eficaz com o paciente e seu cuidador.

Os casos de sucesso foram alcançados por meio do uso de estratégias antecipatórias, respeito aos limites sensoriais individuais e flexibilidade para ajustar cada procedimento de acordo com a tolerância diária do paciente. Nesse contexto, a conexão empática, a comunicação e a criatividade clínica se consolidam como pilares fundamentais no manejo ortodôntico dessa população.

Literatura

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Weil TN, Bagramian RA, Inglehart MR. Treating patients with autism spectrum disorder--SCDA members' attitudes and behavior. *Spec Care Dentist*. 2011 Jan-Feb;31(1):8-17. doi: 10.1111/j.1754-4505.2010.00173.x. Epub 2010 Dec 28. PMID: 21235609.

Conclusão

Este estudo demonstrou que o tratamento ortodôntico em pacientes com TEA deve ser adaptado às necessidades específicas de cada indivíduo, considerando suas características sensoriais, comportamentais e emocionais. Estratégias e considerações-chave foram identificadas, sendo a flexibilidade e a antecipação as principais ferramentas para promover a cooperação e o sucesso do tratamento. A diversidade de abordagens relatadas pelos profissionais sugere a ausência de protocolos padronizados na área, ressaltando a necessidade de futuras pesquisas clínicas para unificar os critérios. Isso é crucial para o desenvolvimento de uma estrutura que oriente o atendimento especializado, garantindo intervenções baseadas em evidências e respaldadas por consenso profissional.

Conflitos de interesse:

Os autores declaram não haver conflitos de interesse em relação à publicação deste artigo.

Financiamento

Este estudo não recebeu apoio financeiro.

3. Lai B, Milano M, Roberts MW, Hooper SR. Unmet dental needs and barriers to dental care among children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 2012 Jul;42(7):1294-303. doi: 10.1007/s10803-011-1362-2. PMID: 21909827.
4. Stein LI, Polido JC, Mailloux Z, Coleman GG, Cermak SA. Oral care and sensory sensitivities in children with autism spectrum disorders. *Spec Care Dentist.* 2011 May-Jun;31(3):102-10. doi: 10.1111/j.1754-4505.2011.00187.x. PMID: 21592164.
5. Al-Sehaibany FS. Occurrence of oral habits among preschool children with autism spectrum disorder. *Pak J Med Sci.* 2017 Sep-Oct;33(5):1156-1160. doi: 10.12669/pjms.335.13554. PMID: 29142556; PMCID: PMC5673725.
6. Du RY, Yiu CKY, King NM. Oral Health Behaviours of Preschool Children with Autism Spectrum Disorders and Their Barriers to Dental Care. *J Autism Dev Disord.* 2019 Feb;49(2):453-459. doi: 10.1007/s10803-018-3708-5. PMID: 30136115.
7. Mansoor D, Al Halabi M, Khamis AH, Kowash M. Oral health challenges facing Dubai children with autism spectrum disorder at home and in accessing oral health care. *Eur J Paediatr Dent.* 2018 Jun;19(2):127-133. doi: 10.23804/ejpd.2018.19.02.06. PMID: 29790776.
8. McKinney CM, Nelson T, Scott JM, Heaton LJ, Vaughn MG, Lewis CW. Predictors of unmet dental need in children with autism spectrum disorder: results from a national sample. *Acad Pediatr.* 2014 Nov-Dec;14(6):624-31. doi: 10.1016/j.acap.2014.06.023. Epub 2014 Oct 30. PMID: 25439161; PMCID: PMC4367192.9. Gandhi RP, Klein U. Autism spectrum disorders: an update on oral health management. *J Evid Based Dent Pract.* 2014 Jun;14 Suppl:115-26. doi: 10.1016/j.jebdp.2014.03.002. Epub 2014 Mar 27. PMID: 24929596.
9. Sarnat H, Samuel E, Ashkenazi-Alfasi N, Peretz B. Oral Health Characteristics of Preschool Children with Autistic Syndrome Disorder. *J Clin Pediatr Dent.* 2016 Winter;40(1):21-5. doi: 10.17796/1053-4628-40.1.21. PMID: 26696102.
10. 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 Nov 1;18(6):e862-8. doi: 10.4317/medoral.19084. PMID: 23986012; PMCID: PMC3854078.
11. Farzanegan F, Shadmehri SA, Shooshtari Z, et al. Evaluating malocclusion patterns in children with autism spectrum disorder using the index of complexity, outcome and need: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2024;24:759. doi: 10.1186/s12903-024-04524-y.
12. Di Giorgio G, Corridore D, Corvino IC, Zumbo G, Pranno N, Voza I, Polimeni A, Bossù M. Orthodontic treatment in pediatric patients with autism spectrum disorder: compliance and satisfaction: pilot study. *Appl Sci.* 2023;13:9189. doi: 10.3390/app13169189.
13. Capurro C, Telini G, Canevello C, Laffi N. A new way to approach ASD children in Dentistry. *Eur J Paediatr Dent.* 2024 Mar 1;25(1):12-19. doi: 10.23804/ejpd.2024.1884. Epub 2024 Feb 1. PMID: 38353520.
14. Yulany Suleiman SY, Caleza Jimenez C, Ribas Pérez D. Efectividad de las técnicas para el abordaje clínico odontológico del niño con trastorno del espectro autista: revisión sistemática. *Rev Odontol Pediatr.* 2021;29:44-60. <https://www.revistaodontologiapediatrica.es/articles/H0026/show>
15. Meuffels SA, Kuijpers-Jagtman AM, Tjoa STH, Carvajal Monroy PL. Orthodontic aligner therapy outcomes in children with autism spectrum disorder. *Int J Paediatr Dent.* 2025 Mar;35(2):456-467. doi: 10.1111/ipd.13257. Epub 2024 Aug 6. PMID: 39107913; PMCID: PMC11788516.

Recibido 17/07/25

Aceptado 15/03/26

Correspondencia: Elizabeth Paucar Toribio, correo: elizabethpt156@gmail.com