



**BAHIANA**  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**CAMILA MARCELINO DIAS SANTOS**

**MANEJO DE PACIENTES COM TRANSTORNO DO  
ESPECTRO AUTISTA EM ODONTOLOGIA  
MANAGEMENT OF PATIENTS WITH AUTISTIC  
SPECTRUM DISORDER IN DENTISTRY**

SALVADOR  
2019.1

**CAMILA MARCELINO DIAS SANTOS**

**MANEJO DE PACIENTES COM TRANSTORNO DO  
ESPECTRO AUTISTA EM ODONTOLOGIA  
MANAGEMENT OF PATIENTS WITH AUTISTIC  
SPECTRUM DISORDER IN DENTISTRY**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista. Orientador: Profa. Me. Norma Lucia Luz Sampaio.

SALVADOR

2019.1

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por dar-me força nesta conquista.

Aos meus pais e namorado, pelo apoio e incentivo para vencer mais esta etapa.

Aos meus irmãos Rodrigo e Rafael, pela confiança transmitida.

A minha orientadora, Profa. Me. Norma, pelos ensinamentos passados, pela compreensão e pela brilhante orientação.

As professoras Érica e Viviane, pelas sugestões e correções.

Aos amigos Ian, Girlande, Kalilyan, Katharyna e Fabiana, pelo convívio de vários anos, pelas palavras carinhosas de incentivo e ajuda na correção deste trabalho.

A Rone e Priscila, pela ajuda nas edições antes das impressões.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e a todos colegas e professores.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu êxito profissional.

## SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

**1. INTRODUÇÃO 7**

**2. METODOLOGIA 9**

**3. REVISÃO DE LITERATURA 10**

3.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA 10

3.2 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO E

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA 12

**4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 17**

**REFERÊNCIAS**

**ANEXOS**

## RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) envolve uma variedade de distúrbios da socialização, com início prematuro e curso crônico, que possuem um impacto variável. Características frequentes nesses pacientes são a dificuldade em manter contato visual, carecem da capacidade em variar de expressão para estabelecer um contato social, bem como a incapacidade para compreender sutilezas comunicativas, como decifrar intenções faciais e os sentidos implícitos num gesto ou num modo de olhar. Seu diagnóstico é clínico, com tratamento específico para cada caso. A condição bucal do paciente com TEA é de altos índices de placa dental, explicados pelas dificuldades na realização de higiene bucal, aumentando também os índices de cárie e doença periodontal. O atendimento odontológico desses pacientes é um dos maiores desafios para os cirurgiões dentistas, devido às suas manifestações clínicas complexas e variadas. O objetivo deste estudo é mostrar opções de manejo odontológico para atendimento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista através de uma revisão de literatura, realizada entre os anos de 2011 e 2017, com um artigo clássico de 1943 e dois livros dos anos de 1996 e 2012. Essa busca foi feita nas bases de dados bibliográficos Google Acadêmico, SCIELO, PUBMED e BIREME.

**PALAVRAS-CHAVES:** "tratamento autístico, saúde bucal, assistência odontológica".

## **ABSTRACT**

Autistic Spectrum Disorder (ASD) involves a variety of socialization disorders, with early onset and chronic course, which have a variable impact. Frequent features in these patients are the difficulty in maintaining eye contact, lack the ability to vary in expression to establish social contact, as well as the inability to understand communicative subtleties, such as deciphering facial intentions and the senses implicit in a gesture or way of looking. Its diagnosis is clinical, with specific treatment for each case. The oral condition of the patient with ASD is of high dental plaque index, explained by the difficulties in performing oral hygiene, also increasing the rates of caries and periodontal disease. The dental care of these patients is one of the greatest challenges for dental surgeons due to their complex and varied clinical manifestations. The objective of this study is to show dental management options for patients with Autism Spectrum Disorder through a review of the literature conducted between 2011 and 2017, with a classic article from 1943 and two books from the years 1996 and 2012. This search was done in the bibliographic databases Google Scholar, SCIELO, PUBMED and BIREME.

**KEYWORDS:** "autistic treatment, oral health, dental care".

## 1. INTRODUÇÃO

Transtorno do Espectro Autista (TEA) envolve um conjunto muito diverso de distúrbios da socialização, com início precoce e curso crônico, que possuem um impacto variável em muitas áreas do desenvolvimento. (1)

Ainda com causa desconhecida, o TEA possui características peculiares. Segundo Brito e Vasconcelos (2) os pacientes com TEA tendem evitar contato visual direto, carecem da capacidade de variar de expressão para estabelecer um contato social e não têm habilidade para compreender as sutilezas comunicativas como decifrar intenções faciais e os sentidos implícitos num gesto ou num modo de olhar.

Deste modo, as crianças com TEA apresentam atraso no desenvolvimento antes dos 3 anos, bem como, prejuízos nas áreas social, comunicativa e comportamental. A grande maioria desses pacientes tem dificuldade com a fala, sendo comum a repetição de palavras e inversão de pronomes, podendo apresentar também alterações comportamentais como: autolesão, agressão, auto estimulação, apego a rotinas e preocupação com partes de objetos inanimados. (3)

Quanto ao diagnóstico para o Transtorno do Espectro Autista, a observação comportamental da criança é a mais utilizada. Constantino e Charman (4) dizem que o diagnóstico é clínico e baseado principalmente na presença de distúrbios de interação social, interesses restritos, padrões estereotipados do comportamento e distúrbios de comunicação. Apesar da evolução farmacológica, ainda não existe nenhuma medicação específica ou tratamento para a cura do TEA. Contudo, ainda que não haja modificação comportamental total, o auxílio farmacológico atenua sintomas específicos exacerbados, sendo então utilizados fármacos estabilizadores de humor, anticonvulsivantes, antipsicóticos, antidepressivos, entre outros. Vale ressaltar que muitos pacientes não precisam desses medicamentos. É importante o estímulo precoce desses pacientes para que haja uma atenuação de sintomas futuros. (2)

Orellana *et al* (5) dizem que os pacientes com TEA são os indivíduos com necessidades especiais que representam o maior desafio para os dentistas, devido às suas manifestações clínicas complexas e variadas.

São encontrados nos pacientes com TEA altos índices de biofilme, explicados pelas dificuldades na realização de higiene bucal, por apresentarem alterações de coordenação e pouca cooperação para realização das tarefas.(4)

A literatura mostra técnicas que facilitam a gestão do comportamento de pacientes com autismo durante a consulta odontológica como técnicas básicas de odontopediatria, sedação com óxido nitroso, estabilização e anestesia geral. (6,7)

O objetivo deste estudo é mostrar opções de manejo odontológico para atendimento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista através de uma revisão de literatura.



## **2. METODOLOGIA**

Foi realizada uma busca bibliográfica de referências entre os anos de 2011 e 2017, com um artigo clássico de 1943 e dois livros dos anos de 1996 e 2012. Sendo excluídos artigos publicados antes de 2011 e que não fossem contribuir para a escrita do trabalho. Essa busca foi feita na bases de dados bibliográficos Google Acadêmico, SCIELO, PUBMED e BIREME. Utilizaram-se as seguintes palavras chaves para busca em artigos científicos, livros e referências pertinentes da área: "tratamento autístico, saúde bucal, assistência odontológica" "autistic treatment, oral health, dental care".

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O Transtorno do Espectro Autista é uma síndrome marcada por um conjunto de alterações sociais. Brito e Vasconcelos (2) mostram que o TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento que se caracteriza por comprometimento na comunicação social, juntamente com um repertório restrito e repetitivo de comportamentos, interesses e atividades. Duart *et al* (1) afirmam que o TEA engloba um conjunto variado de distúrbios da socialização.

A literatura mostra que não existe causa específica para o autismo. Amaral *et al* (8) dizem que um forte indício da multicausalidade do TEA é o fato de existirem autistas tão diferentes entre si. O TEA abrange desde o autismo clássico, com retardo mental, à síndrome de Asperger, uma forma mais leve muitas vezes associada a um Q.I. muito acima da média. De acordo com o DSM-V, o TEA possui suas intensidades: leve, moderado, severo. Suas intensidades são separadas pela intensidade dos sintomas, se o paciente fala ou não, seu grau de compreensão na comunicação social, intensidade de suas estereotipias, suas manias e repetições. (9)

A primeira descoberta clínica do TEA foi feita pelo psiquiatra infantil dos EUA, Leo Kanner. No ano de 1943, Leo Kanner descreveu onze crianças que tinham em comum um padrão diferente de comportamento, com características peculiares. Kanner considerou que essas características definiam uma síndrome específica, diferente das já descobertas e denominou de “autismo infantil precoce”. (10,11)

O paciente autista possui características muito peculiares. Kearney (3) afirma que o não estabelecimento de contato visual, repetição de palavras, inversão de pronomes, atraso na linguagem e comportamento estereotipado são características comuns em pacientes com TEA. Amaral *et al* (8) relata que a automutilação também é muito frequente nesses pacientes, com o objetivo de chamar a atenção dos pais ou cuidadores. Esses pacientes devem ser muito bem observados e tratados individualmente, de acordo com suas necessidades.

A lei nº 12.764 (ou Lei Berenice Piana), decretada pelo Conselho Nacional, foi sancionada pela presidente Dilma Rousseff em 27/12/2017, criando a política nacional de proteção dos direitos da pessoa com TEA, considerando-os indivíduos com deficiência para todos os efeitos legais.(2)

O diagnóstico do TEA é clínico. Duart *et al* (1) dizem que para melhor caracterizar o quadro, devem ser usados os seguintes especificadores: presença ou ausência de deficiência intelectual; presença ou ausência de comprometimento de linguagem; associação com condição médica ou genética ou com fator ambiental; associação com outra desordem do desenvolvimento, mental ou comportamental. Brito e Vasconcelos (2) afirmam que nos últimos anos, surgiram dois novos instrumentos para definir o diagnóstico de autismo: o Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) e o Autism Diagnostic Observation Schedule-General (ADOS-G). Esses instrumentos são entrevistas semi estruturadas, com perguntas a respeito do comportamento do paciente. Backes *et al* (12) mostram que o ADI-R é considerado padrão ouro para o diagnóstico do TEA. Entretanto, Zanon *et al* (13) dizem que a escassez de instrumentos validados para o rastreamento e diagnóstico do TEA, é um grande limitador para os profissionais e pesquisadores da área. O profissional deve ser bem capacitado para realizar o diagnóstico do autismo.

O autismo não tem cura, seu tratamento é específico para cada caso. Amaral *et al* (8) trazem o método de Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Distúrbios Correlacionados à Comunicação (TEACCH) que é muito eficaz, sendo baseado na organização do espaço físico, por meio de rotinas organizadas em quadros, painéis e agendas. Outro método mostrado por Amaral *et al* (8) é o ABA (Análise aplicada ao comprometimento), que busca ensinar habilidades que o paciente autista não possui, ministrada por etapas. Brito e Vasconcelos (2) relatam que muitos pacientes não necessitam de medicação, mas em alguns casos são utilizadas drogas com ação em sintomas específicos, como os estabilizadores de humor, anticonvulsivantes, antipsicóticos, antidepressivos, entre outras. Ainda não existe cura ou

tratamento para os sintomas centrais do autismo, apenas para sintomas secundários.

### 3.2 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO E TRASTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O atendimento odontológico de pacientes autistas em consultório é um grande desafio para o cirurgião dentista. Orellana *et al* (5) mostram que 60-90% dos pacientes com TEA têm um perfil sensorial incomum, incluindo disfunção no registro de sensibilidade oral. Menezes *et al* (7) afirmam que o tratamento odontológico desses pacientes a nível ambulatorial é possível, desde que seja realizada uma adequada abordagem por um profissional devidamente capacitado, que faça um bom condicionamento prévio e atendimento individualizado. Amaral *et al* (8) alegam que os medicamentos comumente utilizados pelos pacientes autistas possuem diversos efeitos colaterais e muitos desses possuem manifestações orais, por isso é imprescindível que o cirurgião dentista domine o conhecimento dessas implicações. O cirurgião dentista deve fazer uma anamnese bem detalhada, conhecendo bem seu paciente para realizar um atendimento adequado.

Os pacientes com TEA possuem algumas dificuldades em atividades comuns do cotidiano, como a higiene bucal. Orellana *et al* (5) relatam que a maioria dos pacientes com autismo necessitam de auxílio na escovação dentária. A instrução de higiene oral deve ser bem aplicada nesses pacientes.

Heneche *et al* (14) em um estudo transversal prospectivo realizado com 30 crianças entre 7 e 14 anos, essas sendo divididas em quatro grupos, de acordo com o tipo de necessidades especiais da criança: 10 com síndrome de Down, 4 com paralisia cerebral, 8 com autismo e 8 com deficiência auditiva, onde foi explorado o índice de cárie dentária na dentição permanente para estabelecer prevalência e comparações entre valores de acordo com o tipo de criança com necessidades especiais, chegaram a conclusão de que crianças com síndrome de Down, paralisia cerebral ou autismo têm um nível epidemiológico de cárie considerado alto.

As pessoas com TEA devem ser estimuladas a fazer sua higiene oral de forma criativa. Stein *et al* (15) relatam que o dentista deve usar estratégias para estimular o paciente com TEA a ter autocuidado oral, como por exemplo, deve-se começar com uma massagem oral, usando uma toalha macia nos dentes antes da escova, permitindo que a criança escove o rosto e os lábios, para depois tentar escovar os dentes com a escova, diminuindo a rejeição pelo momento da escovação. Stein *et al* (15) também apresentam o uso de escovas elétricas e cremes dentais saborizados, como estratégias que podem ser usadas para diminuir a rejeição no momento da escovação. O estímulo do autocuidado oral é indispensável para o sucesso do tratamento odontológico nesses casos.

Primeiramente os pacientes com transtorno autista devem ser muito bem condicionados para realizar uma boa higiene oral. Amaral *et al* (8) explicam que a principal emoção do paciente com TEA ao chegar no consultório é o medo, por isso o ambiente deve ser tranquilo e acolhedor. Menezes *et al* (7) afirmam que o indivíduo com TEA deve ir ao cirurgião dentista o mais cedo possível, acostumando-se com o ambiente e evitando tratamentos curativos posteriores, que causam maiores desconfortos. Isong *et al* (16) relatam que muitas crianças com TEA têm uma forte preferência por estímulos visuais, particularmente a mídia de tela eletrônica. Amaral *et al* (8) e Marulanda *et al* (6) também dizem que as formas de abordagens psicológicas do paciente com TEA são as mesmas da odontopediatria, como por exemplo: dizer-mostrar-fazer, distração, dessensibilização, controle de voz, reforço positivo ou recompensa, modelação e linguagem corporal. O atendimento odontológico do paciente autista deve ser o mínimo estressante possível.

Deve-se ter atenção a detalhes no atendimento destes pacientes. Amaral *et al* (8) mostraram que é crucial a diminuição de estímulos sensoriais estressantes, a comunicação tem que ser clara e objetiva, uma rotina de atendimento deve ser estabelecida, bem como evitar a espera na recepção e a pronúncia de palavras que provoquem medo. Os pacientes com TEA são muito apegados a rotinas, por isso alguns detalhes são importantes no

momento de seu atendimento, como, evitar mudanças de objetos no consultório e marcar consulta no mesmo dia e horário.

A manutenção odontológica do paciente autista é indispensável. Gonçalves *et al* (17) afirmam que a participação dos cuidadores é essencial na manutenção da saúde bucal dos pacientes autistas, não se concentrando apenas no tratamento odontológico curativo, e principalmente preventivo, mesmo com as dificuldades advindas da rejeição do contato físico nesses pacientes. Amaral *et al* (8) dizem que os métodos de estabilização física podem ser usados com o objetivo de proteger e dar segurança para a criança dos materiais cortantes que podem causar injúria ao paciente em caso de movimentos rápidos e inesperados. Os responsáveis devem estar totalmente cientes a respeito do uso das técnicas de estabilização, para que não seja confundida com maus tratos.

O atendimento dos pacientes com TEA deve ser feito de forma lúdica e podem ser criadas situações de aprendizagem no momento do atendimento. Amaral *et al* (8) e Cruz *et al* (18) mostraram o programa Son Rise®, que é composto por atividades adaptadas lúdicas e focadas na diversão para serem motivadoras e apropriadas ao paciente, mesmo que seja um adulto. Zink (19) diz que, quando o paciente com TEA está motivado para interagir com o profissional, este poderá criar situações de aprendizagem, conhecendo, entendendo e aceitando o tratamento odontológico. A confiança é imprescindível e o profissional não deve nunca quebrar esse vínculo. Não se deve ter medo de ousar, mas sim confiar, estudar a técnica e aplicá-la com amor e carinho; podendo ser utilizados aplausos, bolinhas de sabão e/ou outras tentativas até encontrar o que realmente o paciente goste, em busca do contato visual, pois esse será o caminho de comunicação para o paciente perceber que o profissional existe e aceitar ele em seu mundo. Marulanda *et al* (6) e Zink (19) dizem que técnicas podem ser usadas para informar ao paciente o que será feito, podendo ser usadas figuras para apresentação dos instrumentos do consultório e depois mostrar o objeto propriamente dito. O profissional deve conhecer bem seu paciente, procurando maneiras de agradá-lo e criando uma relação de confiança, deixando ele totalmente

informado sobre o que está sendo feito em sua boca, tornando aquele momento, um momento de aprendizado.

A literatura tem mostrado a música como um dos principais meios de aproximação entre a pessoa com TEA e seu interlocutor. Sampaio *et al* (20) mostraram que a musicoterapia pode ser usada como uma grande ferramenta no condicionamento, porque a música pode mobilizar processos cognitivos complexos como atenção dividida e sustentada, memória, controle de impulso, planejamento, execução e controle de ações motoras; tornando o atendimento odontológico mais tranquilo para o paciente. A música, diálogos e programas de tv, podem ser uma ótima distração, tirando o foco do paciente no procedimento que está sendo realizado em sua boca.

Agentes farmacológicos podem ser usados na estabilização dos pacientes com TEA. Amaral *et al* (8), Cruz *et al* (18) e Amaral (21) abordam que pode ser feito o uso de agentes farmacológicos, como o óxido nitroso, diazepam, hidroxizina e prometazina para a sedação desses pacientes, mas não podem ser previstos com precisão os resultados, com uso desses medicamentos nos pacientes autistas. Por isso, é importante obter detalhes sobre a reação de cada paciente com sedações anteriores e essa deve ser feita por um profissional devidamente capacitado.

A anestesia geral pode ser feita em alguns casos de atendimento do paciente com TEA, desde que o profissional esteja devidamente capacitado, a situação esteja indicada e que o atendimento seja feito em ambiente hospitalar. Menezes *et al* (7), Cruz *et al* (18) e Amaral *et al* (21) mostraram que mesmo com dificuldade, o cirurgião dentista só deve usar a anestesia geral quando nenhum outro manejo de atendimento teve sucesso ou quando o paciente precisa de procedimentos muito invasivos e de grandes necessidades, que não são possíveis serem realizados em consultório, pois ocasionam alterações do comportamento no pós-cirúrgico e traumas psicológicos. A abordagem com anestesia geral só deve ser realizada em casos específicos.

Os pacientes com Transtorno do Espectro Autista possuem um alto risco para o desenvolvimento de doenças bucais, isso acontece por conta de sua dificuldade em realizar uma boa higiene oral, alteração salivar mediante medicamentos (quando usados) e dieta cariogênica. Por isso, é imprescindível a participação do cirurgião dentista em seu tratamento, educando e auxiliando em sua higiene oral, evitando maiores complicações.

Vale ressaltar que a procura pelo cirurgião dentista deve ser o mais cedo possível, para que esse possa agir de forma preventiva, evitando medidas curativas que possam provocar maior desconforto.



## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O tratamento dos pacientes com TEA em consultório odontológico é possível desde que o profissional esteja devidamente capacitado, tendo uma abordagem adequada, com um atendimento individualizado e diferenciado para cada paciente.

Existem uma série de condutas que podem ser tomadas no momento do atendimento para facilitar a realização dos procedimentos necessários, como musicoterapia, tornar o atendimento um momento de aprendizado, conversas e programas de tv. Para pacientes mais agitados podem ser usadas técnicas de estabilização protetora e/ou sedação. Em casos mais difíceis de obter o controle, com uma grande demanda odontológica onde nenhum dos métodos anteriores surtiu efeito, pode ser utilizada a anestesia geral.

## REFERÊNCIAS

1. Duarte CP, Schwartzman JS, Matsumoto MS. Diagnóstico e Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo. In: Caminha VL, Huguenin JY, Assis LM, Alves PP. Autismo: Vivências e Caminhos. São Paulo: Blucher, 2016. p. 45-56.
2. Brito AR, Vasconcelos MM. Conversando sobre autismo - reconhecimento precoce e possibilidades terapêuticas. In: Caminha VL, Huguenin JY, Assis LM, Alves PP. Autismo: Vivências e Caminhos. São Paulo: Blucher, 2016. p. 23-32.
3. Kearney CA. Autismo e retardo mental. In: Kearney CA. Transtornos de comportamento na infância: Estudos de Casos. São Paulo: Cengage Learning, 2012. p.141-54.
4. Constantino JN, Charman T. Diagnosis of autism spectrum disorder: reconciling the syndrome, its diverse origins, and variation in expression. *Lancet Neurol.* 2016; 15(3): 279–91.
5. Orellana LM, Silvestre FJ, Martínez-Sanchis S, Martínez-Mihi V, Bautista D. Oral manifestations in a group of adults with autism spectrum disorder. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* [serial online] 2012 [cited 2017 out 5]; 17 (3): [5 ecrans]. Disponível em: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v17i3/medoralv17i3p415.pdf>.
6. Marulanda J, Aramburo E, Echeverri A, Ramírez K, Rico C. Odontología para pacientes autistas. *Revista CES Odontología.* 2013; 26(2) 120-6.
7. Menezes SA, Zink AG, Miranda AF. Transtorno do Espectro Autista (TEA): abordagem e condicionamento para o atendimento odontológico - revisão de literatura. *R Odontol Planal Cent.* [serial online] 2014 [cited 2017 set 31]; 4(2): [5 ecrans]. Disponível em: [http://roplac.faciplac.edu.br/images/artigos/volume4\\_2/Artigo\\_2\\_-\\_Transtorno\\_do\\_Espectro\\_Autista\\_TEA\\_abordagem\\_e\\_condicionamento\\_para\\_o\\_atendimento\\_odontol%C3%B3gico.pdf](http://roplac.faciplac.edu.br/images/artigos/volume4_2/Artigo_2_-_Transtorno_do_Espectro_Autista_TEA_abordagem_e_condicionamento_para_o_atendimento_odontol%C3%B3gico.pdf).
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. *Archives of Oral Research.* 2012; 8(2), 143-51.

9. Marque DF, Bosa CA. Protocolo de Avaliação de Crianças com Autismo: Evidências de Validade de Critério. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2015; 31(1), 43-51.

10. Wing L. Que é autismo?. In: Ellis K. *Autismo*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. p. 1-27.

11. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*. 1943; 2: 217-50.

12. Backes B, Zanon RB, Bosa CA. Características Sintomatológicas de Crianças com Autismo e Regressão da Linguagem Oral. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. [serial online] 2017 [cited 2017 setembro 1]; 33 :[10 ecrans]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3343>.

13. Zanon RB, Backes B, Bosa CA. Identificação dos Primeiros Sintomas do Autismo pelos Pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. [serial online] 2014 [cited 2017 agosto 20]; 30(1):[9 ecrans]. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722014000100004>.

14. Heneche M, Montero C, Cáceres A, Luces O. Prevalencia de caries dental en niños con necesidades especiales. *Ciencia Odontológica*. 2015; 12(2):86-94.

15. Stein LI, Polido JC, Mailloux Z, Coleman GG, Cermak SA. Oral care and sensory sensitivities in children with autism spectrum disorders. *Spec Care Dentist* [serial online] 2011 [cited 2017 out 1]; 31 (3): [3 ecrans]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/wo11/doi/10.1111/j.1754-4505.2011.00187.x/citedby>.

16. Isong IA, Rao RS, Holifield C, Iannuzzi D, Hanson E, Ware J, et al. Addressing Dental Fear in Children With Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Pilot Study Using Electronic Screen Media. *Pediatricia Clínica* [serial online] 2014 [cited 2017 out 10]; 53(3): [ 8 ecrans]. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0009922813517169>.

17. Gonçalves LTYR, Gonçalves FYYR, Nogueira BML, Fonseca RRS, Menezes SAF, Souza PARS, et al. Conditions for Oral Health in Patients with Autism. *Int J Odontostomat*. [serial online] 2016 [cited 2017 ago 20]; 10 (1):

[5ecrans]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2016000100015>.

18. Cruz VSA, Cruz TAAA, Flag MAS, Gomes DDR, Silva LTC, Santos VCB. Conditioning strategies in the dental care of patients with autism spectrum disorders. *Revista Brasileira de Odontologia*. 2017;74(4):294-9

19. Zink AG. Novo método de atendimento do paciente autista. [serial online] 2011 [cited 2017 out 1] Disponível em: <http://adrianazink.blogspot.com.br/2011/05/novo-metodo-de-atendimento-do-paciente.html>.

20. Sampaio RT, Loureiro CM, Gomes CMA. A Musicoterapia e o Transtorno do Espectro do Autismo: uma abordagem informada pelas neurociências para a prática clínica. *Per Musi*. 2015;(32):137-70.

21. Amaral COF, Malacrida VH, Videira FCH, Parizi AGS, Oliveira A, Straioto FG. Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para o atendimento odontológico. *Arch Oral Res*. 2012;8(2):143-51.

# ANEXO

## Diretrizes para Autores

### INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço 1,5 e margens de 3 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

### ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto
  - 1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.
  - 1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.
  - 1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.
  - 1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.  
Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.
2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)
  - 2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês (Abstract).  
O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).

- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

### 3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação.

Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de

apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor

seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço 1,5, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988. Capítulo de Livro: Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. *A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta [tese]*. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. *Histopathology* [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações

personais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu “Tabela” do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço 1,5 na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: \*,†, ‡, §, ||, \*\*,††,‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. Os casos omissos ou especiais serão resolvidos pelo corpo editorial.