

DOI: 10.46943/XI.CONEDU.2025.GT10.036

## EDUCAÇÃO BUCAL NO AUTISMO: UM CAMINHO DE INCLUSÃO E CONSCIENTIZAÇÃO

Charles Vieira Fonseca de Almeida<sup>1</sup>

Maria Fernanda Soares Torga<sup>2</sup>

Fabiana Pereira Costa Ramos<sup>3</sup>

Valtair Afonso Miranda<sup>4</sup>

### RESUMO

A saúde bucal de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) requer atenção especial devido às particularidades sensoriais, comportamentais e de comunicação características desse público. A educação em saúde bucal torna da qualidade de vida e bem portador de TEA devem considerar suas necessidades específicas, utilizando recursos visuais, linguagem acessível e rotinas estruturadas, o cuidados. No entanto, a conscientização e capacitação dos familiares e cuidadores são igualmente essenciais. São eles que, no dia a dia, desempenham um papel ativo no estabelecimento de hábitos saudáveis, como escova equilibrada. A inclusão dos familiares no processo educativo contribui para a redução da ansiedade durante atendimentos odontológicos e reforça comportamentos positivos em casa. Programas educativos

- 1 Mestrando pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, [charles.vieira@hotmail.com](mailto:charles.vieira@hotmail.com) ;
- 2 Cirurgiã-dentista especialista em Pacientes com Necessidades Especiais pela faculdade São Leopoldo Mandic Campinas, [mfernandatorga@hotmail.com](mailto:mfernandatorga@hotmail.com) ;
- 3 Doutoranda pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, [fabianacostapicanco@gmail.com](mailto:fabianacostapicanco@gmail.com) ;
- 4 Pós Doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, [valtairmiranda@gmail.com](mailto:valtairmiranda@gmail.com).

bem planejado a prevenção de doenças bucais e para a criação de vínculos de confiança entre o paciente autista e o profissional de saúde. Além disso, ajudam a combater o medo do ambiente odontológico, promovendo uma experiência mais positiva e segura. para pessoas com TEA deve ser contínua, personalizada e envolver toda a rede de apoio do indivíduo, garantindo não apenas a saúde física, mas também o respeito à sua dignidade e autonomia.

**Palavras-chave:** Autismo; Saúde Bucal; Educação em Saúde; Inclusão; Conscientização familiar.

## INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento marcada por particularidades na comunicação social, por padrões comportamentais restritos e repetitivos e por diferenças no processamento sensorial, com ampla variabilidade entre indivíduos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Mais do que um rótulo diagnóstico, trata-se de uma forma singular de perceber o mundo, com ritmos, interesses e modos de interação próprios. No campo da saúde, inclusive na odontologia, essa diversidade demanda planejamento cuidadoso, linguagem acessível e rotinas previsíveis, para que o cuidado seja ao mesmo tempo acolhedor e efetivo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Evidências apontam que pessoas com TEA podem enfrentar barreiras adicionais para manter a saúde bucal, especialmente quando há hipersensibilidade a estímulos táteis, sonoros e visuais. O toque da escova, o ruído do sugador, o brilho do refletor e até cheiros do consultório podem ser percebidos como invasivos, tornando a higiene diária e a consulta experiências potencialmente aversivas. Revisão sistemática em pediatria indica pior higiene oral e condição gengival/periodontal em autismo, em comparação a controles, reforçando a necessidade de adaptações sensoriais e de ambiente (BARTOLOMÉ-VILLAR et al., 2016).

Além dos aspectos sensoriais, demandas cognitivas e comportamentais podem dificultar a compreensão de rotinas de higiene, a tolerância a mudanças e a aceitação de instrumentos intraorais. Por isso, as estratégias educativas precisam ser personalizadas e contínuas, combinando recursos visuais (histórias sociais, pictogramas e rotinas ilustradas) e técnicas comportamentais como “dizer-mostrar-fazer”, dessensibilização gradual, controle de voz, reforço positivo e gestão de estímulos; abordagens educacionais como PECS, ABA e TEACCH costumam auxiliar quando bem integradas ao atendimento clínico (SILVA et al., 2021).

A literatura também destaca que família e cuidadores são protagonistas do cuidado cotidiano: são eles que sustentam os hábitos, organizam

o ambiente da escovação, repetem instruções em linguagem simples e celebram pequenas conquistas, favorecendo a generalização do que foi aprendido no consultório para o domicílio. Revisões em saúde bucal e TEA relatam melhor colaboração clínica e maior adesão quando a rede de apoio participa ativamente das decisões e recebe orientações claras (SILVA et al., 2018).

Diante desse cenário, este estudo analisa práticas de educação em saúde bucal voltadas a pessoas com TEA, valorizando o papel da família/cuidadores, a personalização das abordagens e seus impactos na qualidade de vida. Parte-se do entendimento de que cuidar da boca é também cuidar de autonomia, conforto sensorial e dignidade, articulando evidências para orientar intervenções factíveis em serviços de saúde e no cotidiano das famílias.

Além disso, por se tratar de um público com sensibilidades sensoriais e rotinas particulares, a educação em saúde bucal deve priorizar hábitos simples e observáveis, como escovação regular, uso do fio dental e alimentação equilibrada, associados a ambientes acolhedores e seguros no domicílio e no consultório. A literatura recomenda o uso de suportes visuais e manejo comportamental para consolidar esses hábitos e reduzir ansiedade durante as consultas (AAPD, 2024; FEITOSA et al., 2023; NARZISI; MASI; GROSSI, 2021).

Outro aspecto relevante é a capacitação dos profissionais de saúde bucal, que ainda representa um desafio. Muitos cirurgiões-dentistas relatam insegurança ao atender pacientes com TEA, seja pela falta de formação específica, seja pela dificuldade em compreender suas necessidades comunicacionais e sensoriais. A inclusão de conteúdos sobre neurodiversidade e práticas inclusivas nos currículos da graduação e da educação continuada é essencial para transformar o consultório odontológico em um espaço verdadeiramente acessível, livre de estigmas e preparado para diferentes modos de ser e de se comunicar (FEITOSA et al., 2023; WILLIAMS et al., 2022).

A promoção da saúde bucal no autismo deve ser entendida como parte de uma política mais ampla de inclusão e equidade em saúde.

A criação de protocolos interdisciplinares, o fortalecimento das redes de atenção e a valorização das experiências das famílias e dos próprios indivíduos com TEA são estratégias fundamentais para reduzir desigualdades e promover bem-estar. Nesse sentido, a educação em saúde bucal ultrapassa a dimensão técnica e assume um papel social e ético, comprometido com o direito à diferença e com o exercício pleno da cidadania.

## METODOLOGIA

A pesquisa adota abordagem qualitativa de caráter exploratório-descritivo, com base em revisão narrativa da literatura nacional e internacional. A coleta de dados foi realizada por meio de busca sistematizada nas bases de dados SciELO, PubMed, LILACS e Google Scholar, utilizando os descritores combinados: “autismo”, “educação em saúde bucal”, “inclusão”, “odontologia para autistas” e “família e TEA”.

Foram incluídos artigos em português, inglês e espanhol, que abordassem estratégias educativas aplicadas a indivíduos com TEA no contexto odontológico, bem como estudos de caso, revisões sistemáticas e documentos oficiais de organismos como a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Os dados extraídos foram analisados por categorização temática, com foco em três eixos principais: estratégias educativas aplicadas, papel dos cuidadores/família e desafios enfrentados pelos profissionais da odontologia. A análise seguiu uma abordagem interpretativa, buscando padrões de boas práticas, lacunas existentes e impactos relatados nos estudos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um quadro do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades persistentes na comunicação e interação social e por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. A grande variabilidade de intensidade e de for-

mas de apresentação ao longo do ciclo de vida justifica o uso do termo “espectro” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Mais do que um rótulo diagnóstico, trata-se de modos singulares de perceber, processar e interagir com o mundo, o que demanda abordagens de cuidado planejadas e previsíveis, inclusive nos serviços de saúde e no atendimento odontológico. Em linha com o DSM-5, a CID-11 adota uma abordagem dimensional e enfatiza o grau de apoio necessário, em vez de subtipos fixos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2024).

Historicamente, o conceito foi se consolidando ao longo do século XX. Leo Kanner (1943) descreveu o “autismo infantil precoce”, com isolamento social, resistência a mudanças e comportamentos repetitivos; Hans Asperger (1944), quase simultaneamente, relatou perfis com linguagem preservada e interesses circunscritos – texto amplamente divulgado em tradução de Uta Frith (BARAHONA-CORRÊA; ARTIGAS-PALLARÉS, 2016; KANNER, 1943; ASPERGER, 1991). A partir dos avanços clínicos e neuropsicológicos, o DSM-5 unificou diagnósticos antes separados sob a denominação Transtorno do Espectro Autista, estruturado em dois domínios: comunicação/ interação social e padrões restritos e repetitivos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

A etiologia é reconhecidamente multifatorial, com forte componente genético e participação de variantes raras (de novo e herdadas) e CNVs, explicando parte do risco e da heterogeneidade fenotípica (SANDIN et al., 2017; SATTERSTROM et al., 2020). Fatores ambientais e perinatais, como idade parental avançada, algumas complicações gestacionais e processos inflamatórios maternos, apresentam associações consistentes em coortes e revisões, sugerindo interações gene-ambiente (LYALL; CROEN; DANIELS et al., 2017; ESTES; MCALLISTER, 2016). Importa frisar que tais associações não implicam causalidade simples, reforçando a necessidade de avaliação crítica do conjunto de evidências.

No campo das intervenções, recomenda-se detecção precoce, início imediato de planos individualizados e participação ativa de família/cuidadores. Diretrizes de prática clínica apontam abordagens baseadas em

evidências, incluindo intervenções comportamentais (por exemplo, ABA e modelos desenvolvimentistas) para apoio à comunicação, habilidades adaptativas e participação social (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2020). Ensaio e sínteses indicam benefícios do Early Start Denver Model (ESDM) em crianças pequenas e de protocolos baseados em ABA para desfechos de linguagem, cognição e comportamento, variando conforme intensidade, qualidade da implementação e contexto familiar (DAWSON et al., 2010; YU et al., 2020). Iniciativas comunitárias como o WHO Caregiver Skills Training (CST) ampliam o acesso a estratégias de cuidado que podem ser generalizadas no cotidiano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). A atuação interdisciplinar, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, pedagogia, psiquiatria/neuropediatria e odontologia, favorece planos integrados, sustentáveis e sensíveis às necessidades sensoriais.

A formação de profissionais da saúde e da educação é determinante para o cuidado a pessoas com TEA. Ainda há relatos de despreparo e lacunas de conhecimento específico, o que limita o acesso a atendimentos adequados e inclusivos. Por isso, políticas públicas que garantam capacitação continuada, educação inclusiva e atenção especializada em rede são essenciais para assegurar direitos e dignidade. No Brasil, a Lei nº 12.764/2012 (Lei Berenice Piana) institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA e estabelece diretrizes intersetoriais de atenção; o Decreto nº 8.368/2014 a regulamenta; a Lei nº 13.977/2020 (Lei Romeo Mion) cria a CIPTEA e reforça direitos; e a Lei Brasileira de Inclusão – LBI (Lei nº 13.146/2015) determina, entre outros pontos, capacitação inicial e continuada aos profissionais que atendem pessoas com deficiência. No campo técnico-assistencial, o Ministério da Saúde publicou diretrizes e linhas de cuidado que destacam a atuação multiprofissional e a organização do cuidado no SUS. (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014; BRASIL, 2015; BRASIL, 2020; BRASIL, 2014/2024).

A saúde bucal em indivíduos com TEA envolve desafios específicos que impactam a qualidade de vida, exigindo compreensão das doenças mais prevalentes nesse grupo e de suas determinantes. Revisões siste-

máticas e metanálises indicam maior severidade de experiência de cárie em dentes decíduos, mais placa e gengivite, além de pior higiene oral em comparação a pares neurotípicos (com variação entre estudos e, em alguns desfechos, baixa certeza da evidência). Esses achados reforçam a necessidade de prevenção e cuidado adaptado. (DA SILVA et al., 2017; LAM et al., 2020; ULIANA et al., 2024).

Entre os fatores comportamentais e sensoriais, a seletividade alimentar frequentemente guiada por textura, sabor e rotina, pode levar a maior consumo de carboidratos simples/açúcares e menor ingestão de frutas, vegetais e micronutrientes, favorecendo cárie quando a higiene é irregular (NARZISI; MASI; GROSSI, 2021). Do ponto de vista medicamentoso, alguns antiepilépticos (especialmente fenitoína) estão associados à hiperplasia gengival, o que pode dificultar ainda mais a higiene; a literatura descreve mecanismos inflamatórios e do metabolismo da matriz extracelular envolvidos nessa condição. (CORRÊA et al., 2011; DHALLA; PAU, 2024).

Hábitos parafuncionais e comportamentos orais, como bruxismo, mordedura de lábios/bochechas e empurrar a língua, são relatados com maior frequência em pessoas com TEA; metanálises sugerem maior probabilidade de bruxismo em comparação com controles, embora a certeza da evidência varie de muito baixa a baixa, exigindo avaliação individual e abordagem preventiva. (GRANJA et al., 2022; ULIANA et al., 2024).

Diante desses desafios, colaboração entre equipe de saúde bucal, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, familiares e cuidadores é crucial. Na prática clínica, recomenda-se adaptar o ambiente (por exemplo, uso de ambiente sensorialmente adaptado), empregar recursos visuais (rotinas, agendas, pictogramas), dessensibilização gradual, técnicas como tell-show-do, ask-tell-ask e reforço positivo, além de planejar atendimentos mais curtos e previsíveis. As diretrizes da AAPD (2024) consolidam essas estratégias de guidance não farmacológicas e indicam quando considerar sedação/GA, sempre de forma individualizada e centrada na família. (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2024; ZERMAN et al., 2022).

Em síntese, cuidar da saúde bucal no TEA requer olhar biopsicossocial e estratégias personalizadas, com ênfase em educação em saúde, suporte à família e formação contínua das equipes. Investir nesse cuidado não apenas previne doença, como melhora qualidade de vida e reduz barreiras de acesso. (COMO et al., 2020). Nesse contexto, estratégias educativas adaptadas tornam-se centrais para promover saúde bucal em pessoas com TEA. A literatura é consistente ao mostrar que métodos desenhados para público neurotípico nem sempre funcionam; é preciso combinar recursos visuais, materiais táteis, linguagem concreta e atividades lúdicas que respeitem limites e preferências sensoriais (CUNHA; COSTA; ALMEIDA JUNIOR, 2020; FEITOSA et al., 2023).

Entre essas estratégias, as histórias sociais e os roteiros visuais ajudam a antecipar passo a passo a escovação e a consulta, reduzindo ansiedade e favorecendo a colaboração (MARION et al., 2016; CIRIO et al., 2022; MAH; TSANG, 2016).

O método “dizer-mostrar-fazer” (tell-show-do) segue como pilar do manejo não farmacológico, e evidências recentes também apoiam o ask-tell-ask para checar compreensão e engajamento; associar reforço positivo (elogios, recompensas simbólicas, pausas programadas) melhora a cooperação durante escovação e procedimentos clínicos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2024; ELICHERLA et al., 2024; SILVA; LIMA; MENDES, 2023).

Para o fio dental, recomenda-se iniciar com modelagem e dizer-mostrar-fazer, usando suportes visuais (pictogramas/roteiros) e, quando necessário, dispositivos facilitadores (passa-fio, hastes com fio dental) para reduzir demandas motoras finas. A progressão pode seguir dentes “âncora” até a arcada completa, com reforço positivo e pausas programadas (AAPD, 2024; MARION et al., 2016; MAH; TSANG, 2016).

O envolvimento da família é determinante: quando cuidadores recebem orientação prática e materiais de apoio, tornam-se multiplicadores das ações no domicílio e sustentam hábitos duradouros (RIBEIRO, 2021; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2024).

Quanto à alimentação, a seletividade alimentar frequente no TEA exige metas graduais: reduzir exposição a açúcares de alta frequência, oferecer substitutos mais favoráveis (frutas, lácteos sem açúcar adicionado), padronizar horários e associar a rotina de escovação pós-refeições. Materiais visuais e treino com cuidadores favorecem adesão; a coordenação com nutrição/terapia ocupacional ajuda a manejar textura e aversões sensoriais (NARZISI; MASI; GROSSI, 2021; AAPD, 2024).

Também importa o ambiente clínico. Consultórios sensorialmente amigáveis, com luz suave, menor ruído e estímulos visuais neutros, reduzem desconforto fisiológico e comportamental e aumentam o sucesso de tratamentos em comparação a salas convencionais (CERMAK et al., 2015; FALLEA et al., 2022). O objetivo é que a consulta seja percebida como acolhedora e segura, com controle de luz, ruído, cheiros e tempo de exposição, favorecendo a permanência e a cooperação (CERMAK et al., 2015; FALLEA et al., 2022).

Instituições de ensino e serviços públicos precisam investir em formação continuada para o atendimento à neurodiversidade. No Brasil, levantamentos recentes com cirurgiões-dentistas mostram o uso frequente de técnicas como o dizer-mostrar-fazer, mas também lacunas de preparo e a necessidade de rotinas estruturadas e materiais. Relatos clínicos nacionais, como o uso do TEACCH com roteiros visuais para dessensibilização, evidenciam ganhos práticos de previsibilidade e cooperação (MOREIRA et al., 2019).

A educação em saúde bucal para pessoas com TEA deve ser planejada com sensibilidade sensorial, base científica e participação ativa da família, articulando técnicas de comunicação, suportes visuais e adaptação ambiental, pilares de um cuidado mais justo, acessível e eficaz (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2024; FEITOSA et al., 2023).

A continuidade do cuidado passa, de forma incontornável, pelo papel ativo da família e dos cuidadores. Quando pais e responsáveis recebem orientação prática, materiais visuais e treino para conduzir passos simples (por exemplo, preparar o ambiente, antecipar a sequência com pictogra-

mas, dar pistas táteis e negociar pausas), a rotina doméstica de higiene se torna mais previsível e sustentável. Ensaios clínicos mostram que intervenções mediadas por cuidadores melhoram comportamentos cooperativos e reduzem crises; o treinamento estruturado de pais supera intervenções informativas genéricas em desfechos de comportamento, ainda que a magnitude dos efeitos varie conforme intensidade e qualidade da implementação (BEARSS et al., 2015). Em paralelo, o programa Caregiver Skills Training (CST), da OMS, oferece um pacote de baixo custo, centrado na família, que ensina estratégias de comunicação, manejo comportamental e apoio ao desenvolvimento; estudos de implementação indicam boa aceitabilidade e factibilidade em serviços comunitários, inclusive em formatos on-line, favorecendo a generalização das habilidades para o cotidiano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022; MONTIEL-NAVA et al., 2022). Para a odontologia, isso se traduz em cuidadores mais confiantes para preparar a escovação, reforçar pequenas conquistas e colaborar com dessensibilização gradual a instrumentos e ruídos, o que melhora adesão e reduz ansiedade antes das consultas.

No consultório, educação compartilhada e ambientação sensorial caminham juntas: enquanto cuidadores aprendem a antecipar passos e a oferecer reforço positivo, a equipe ajusta luz, som, cheiros e tempo de atendimento; essa combinação diminui comportamentos de fuga, melhora a aceitação de instrumentos intraorais e aumenta a taxa de sucesso de procedimentos preventivos e restauradores em comparação a ambientes convencionais (CERMAK et al., 2015). A literatura também recomenda estratégias de “dizer-mostrar-fazer”, ask-tell-ask e rotinas visuais (agendas, histórias sociais), integradas a pausas programadas; diretrizes internacionais de odontopediatria consolidam essas abordagens como padrão de manejo não farmacológico, definindo quando considerar sedação ou anestesia geral de forma individualizada e centrada na família (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2024).

Do ponto de vista estruturante, a capacitação de profissionais é condição para que essas práticas saiam do papel. As Diretrizes Curriculares

Nacionais (DCNs) de Odontologia foram atualizadas em 2021 e reforçam a formação generalista, humanista e crítica, com ênfase em cuidado integral e atuação em redes (BRASIL, 2021). Contudo, levantamentos em cursos brasileiros mostram heterogeneidade na oferta de “Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (PNE)”: em amostras institucionais e regionais, entre 62% e 68% dos cursos ofertam a disciplina, muitas vezes com variação de carga horária e, em parte, de caráter optativo, o que ajuda a explicar a sensação de despreparo relatada por estudantes e docentes (LOPES et al., 2021; CONCEIÇÃO et al., 2021). Esses achados não apontam para ausência total de conteúdo, mas para lacunas de padronização e prática clínica supervisionada, especialmente no manejo de comunicação, sensorialidade e planejamento centrado na família. Para reduzir o hiato entre diretriz e realidade assistencial, recomenda-se incluir conteúdos e estágios obrigatórios em PNE, estimular protocolos de ambientação sensorial em clínicas-escola e adotar programas de educação permanente nos serviços, alinhados a guias nacionais e internacionais.

A família é o elo entre consultório e cotidiano: organiza rotinas previsíveis (escovação, fio dental, enxágue), oferece reforço positivo e mantém registros simples (checklists/figuras) para acompanhar adesão. Programas centrados em cuidadores aumentam cooperação e generalizam os ganhos para casa e escola (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022; MONTIEL-NAVA et al., 2022).

Ao integrar família capacitada, equipes treinadas e ambientes acessíveis, as ações educativas deixam de ser episódicas e tornam-se processos contínuos, que respeitam preferências sensoriais, criam previsibilidade e dão sentido às tarefas de cuidado: escovar, enxaguar, aceitar flúor, sentar na cadeira e abrir a boca. Esse é o eixo de um cuidado que promove autonomia e dignidade, reduz barreiras de acesso e melhora a qualidade de vida das pessoas com TEA e de suas redes de apoio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2024)

A capacitação deve contemplar comunicação acessível, desenho de ambientes seguros e acolhedores e protocolos educativos para escovação, fio dental e alimentação, com estágios supervisionados em PNE e educação permanente (BRASIL, 2021; CONCEIÇÃO et al., 2021; LOPES et al., 2021; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2024).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síntese dos achados deste trabalho aponta que promover saúde bucal em pessoas com TEA exige abordagens centradas na pessoa, sensíveis às especificidades sensoriais e comunicacionais e sustentadas por uma rede de cuidado que inclua, de forma estruturada, família e profissionais capacitados. Estratégias educativas com suportes visuais, atividades lúdicas, rotinas previsíveis e manejo comportamental consistente mostram-se capazes de reduzir ansiedade, favorecer a cooperação e qualificar a prevenção e o tratamento, com repercussões positivas na autonomia, na autoestima e na participação social.

Para que esses resultados se sustentem no tempo, o cuidado deve ser contínuo e integrado ao cotidiano. Isso implica orientar cuidadores com materiais práticos, pactuar objetivos simples e observáveis, adaptar o ambiente clínico (luz, som, cheiros, tempo de exposição) e organizar o atendimento em etapas curtas e previsíveis. Do lado dos serviços, é indispensável investir em formação inicial e continuada, criar fluxos assistenciais acolhedores e articular a odontologia com fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, pedagogia e atenção básica, de modo a transformar recomendações em práticas reais.

Também se faz necessário avançar em diretrizes institucionais e políticas públicas que consolidem essas rotas de cuidado: incluir conteúdos obrigatórios sobre neurodiversidade nos currículos, ampliar estágios supervisionados com ambientação sensorial em clínicas-escola, apoiar famílias com programas de educação em saúde e comunitários. Esse movimento

integra ciência, ética e gestão para reduzir barreiras de acesso e desigualdades.

Na prática, escovação regular, uso do fio dental e alimentação equilibrada, apoiados por suportes visuais, manejo comportamental e ambientes acolhedores e seguros, compõem o núcleo das ações educativas contínuas que orientam este trabalho.

Conclui-se, portanto, que a educação em saúde bucal no TEA vai além da técnica. É um processo educativo, relacional e inclusivo, que reconhece a singularidade de cada pessoa e aposta na parceria entre família, escola e serviços de saúde. Quando o cuidado é planejado com sensibilidade, monitorado com critérios claros e apoiado por políticas consistentes, a saúde bucal deixa de ser um obstáculo e torna-se um vetor de dignidade, cidadania e qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Behavior guidance for the pediatric dental patient. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago: AAPD, 2024, p. 358-378.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS; HYMAN, S. L.; LEVY, S. E.; MYERS, S. M.; Council on Children with Disabilities; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. **Pediatrics**, v. 145, n. 1, e20193447, 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ASPERGER, H. 'Autistic psychopathy' in childhood. In: FRITH, U. (ed.). Autism and Asperger syndrome. Cambridge: Cambridge University Press, 1991. (Trabalho original publicado em 1944).

BARAHONA-CORRÊA, J. B.; ARTIGAS-PALLARÉS, J. A concise history of Asperger syndrome: the short reign of a troublesome diagnosis. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 18, n. 3, p. 251-260, 2016.

BARTOLOMÉ-VILLAR, B.; MOURELLE-MARTÍNEZ, M. R.; DIÉGUEZ-PÉREZ, M.; DE NOVA-GARCÍA, M. J. Incidence of oral health in paediatric patients with disabilities: sensory disorders and autism spectrum disorder. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 8, n. 3, p. e344-e351, 2016.

BEARSS, K.; et al. Effect of parent training vs parent education on behavioral problems in children with autism spectrum disorder: a randomized clinical trial. **JAMA**, v. 313, n. 15, p. 1524-1533, 2015.

BRASIL. Decreto nº 8.368, de 2 de dezembro de 2014: regulamenta a Lei nº 12.764/2012. Brasília, 2014.

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012: institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, 2012.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015: institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2015.

BRASIL. Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020: altera a Lei nº 12.764/2012 e institui a CIPTEA (Lei Romeo Mion). Brasília, 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília: MS, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA): diretrizes e materiais. Brasília: MS, 2024.

CERMAK, S. A.; STEIN DUKER, L. I.; WILLIAMS, M. E.; DAWSON, M. E.; LANE, C. J.; POLIDO, J. C. Sensory adapted dental environments to enhance oral care for children with autism spectrum disorders: a randomized controlled pilot study. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 45, n. 9, p. 2876-2888, 2015.

CIRIO, S.; SALERNO, C.; MBANEFO, S.; OBERTI, L.; PANIURA, L.; CAMPUS, G.; CAGETTI, M. G. Use of visual pedagogy to help children with ASDs facing the first dental examination: a randomized controlled trial. **Children (Basel)**, v. 9, n. 5, p. 729, 2022.

COMO, D. H.; STEIN DUKER, L. I.; FLORÍNDEZ, L. I.; HENWOOD, B. F.; POLIDO, J. C.; LANE, C. J.; CERMAK, S. A. Factors affecting the oral health of children with

autism spectrum disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2020.

CONCEIÇÃO, A. B. dos S.; SANTOS, I. T. dos; SILVA, A. M.; PRADO JÚNIOR, R. R.; MENDES, R. F. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais no ensino de graduação: percepção de discentes e docentes em uma instituição do Piauí e um panorama brasileiro. **Revista da ABENO**, v. 21, n. 1, 1608, 2021.

CORRÊA, J. D.; QUEIROZ-JUNIOR, C. M.; COSTA, J. E.; TEIXEIRA, A. L. Phenytoin-induced gingival overgrowth: a review of the molecular, immune, and inflammatory features. **International Journal of Dentistry**, 2011.

CUNHA, B. P. da; COSTA, P. M. de C.; ALMEIDA JUNIOR, P. A. de. Estratégias de acolhimento e cuidado em saúde bucal do paciente portador do Transtorno do Espectro Autista. **Revista Científica Multidisciplinar da UniSãoJosé - Ciência Atual**, v. 16, n. 2, p. 75-84, 2020.

DA SILVA, S. N.; GIMENES, T.; SOUZA, R. C.; MELLO-MOURA, A. C. V.; RAGGIO, D. P.; MORIMOTO, S. Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 27, n. 5, p. 388-398, 2017.

DAWSON, G.; ROGERS, S. J.; MUNSON, J.; ESTES, A.; VISMARA, L. A.; WINTER, J.; et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. **Pediatrics**, v. 125, n. 1, p. e17-e23, 2010.

DHALLA, H.; PAU, A. Drug-induced gingival overgrowth – an overview. **Open Dentistry Journal**, 2024.

ELICHERLA, N. R.; KAMBALI, S.; CHANDRA, P. K.; MUPPIDI, N.; DAS, S. Evaluation of the effectiveness of tell-show-do and ask-tell-ask techniques in managing dental anxiety in children. **Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences**, 2024.

ESTES, M. L.; MCALLISTER, A. K. Maternal immune activation: implications for neuropsychiatric disorders. **Trends in Neurosciences**, v. 39, n. 9, p. 744-757, 2016.

FALLEA, A.; ZUCCARELLO, R.; ROCCELLA, M.; QUATROSI, G.; DONADIO, S.; VETRI, L.; CALÌ, F. Sensory-adapted dental environment for the treatment of children with autism. **Children (Basel)**, v. 9, n. 3, p. 393, 2022.

FEITOSA, J. C. S.; LOPES, C.; BARBOSA, D.; DIAS, G.; GOMES, J.; SANTOS, M.; SILVA, M. L.; SOUZA, R.; VAREJÃO, L.; (colaboradores). Estratégias para o atendimento odontológico de pessoas com Transtorno do Espectro Autista. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 11, e130121143785, 2023.

GRANJA, G. L.; AZEVEDO, A. M.; KANTORSKI, K. Z.; ANTONIAZZI, R. P. Occurrence of bruxism in individuals with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. **Special Care in Dentistry**, v. 42, n. 5, p. 476-485, 2022.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, v. 2, p. 217-250, 1943.

LAM, P. P. Y.; AMIN, M.; NAKHODA, H.; CHENG, I.; TANG, R. S.; POLLARD, M.; MAURER, E.; KILPATRICK, N.; MESSER, L. B. Oral health status of children and adolescents with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. **Autism**, 2020.

LOPES, D. F.; CASTRO, T. T.; MOURA, F. R.; FERNANDES, A. B.; CARDOSO, P. L.; RODRIGUES, L. M. Odontologia para pacientes com necessidades especiais: como é a oferta dessa disciplina nas faculdades de Odontologia do sudeste brasileiro? **Arquivos em Odontologia**, v. 57, e16, 2021.

LYALL, K.; CROEN, L.; DANIELS, J.; FALLIN, M. D.; LADD-ACOSTA, C.; LEE, B. K.; et al. The changing epidemiology of autism spectrum disorders. **Annual Review of Public Health**, v. 38, p. 81-102, 2017.

MAH, J. W. T.; TSANG, P. Visual schedule system in dental care for patients with autism: a pilot study. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 40, n. 5, p. 393-399,

MARION, I. W.; NELSON, T. M.; SHELLER, B.; MCKINNEY, C. M.; SCOTT, J. M. Dental stories for children with autism. **Special Care in Dentistry**, v. 36, n. 4, p. 181-186, 2016.

MONTIEL-NAVA, C.; GRAUSZ, J. P.; MONTIEL, B.; MORON, J.; SALAZAR, J. C.; RODRÍGUEZ-LAZARTE, R.; HARRIS, A.; MORRIS, M. A. Implementing the WHO Caregivers Skills Training program for children with developmental delays or disabilities in rural public health services. **Frontiers in Psychiatry**, v. 13, 909947, 2022.

MOREIRA, F. C. L.; MARTORELL, L. B.; GUIMARÃES, M. B.; DIAS, A. D.; CONSORTE, L. C. J. Uso do TEACCH como coadjuvante ao atendimento odontológico em paciente com autismo: relato de caso. **Scientific Investigation in Dentistry**, v. 24, n. 1, p. 38-46, 2019.

NARZISI, A.; MASI, G.; GROSSI, E. Nutrition and autism spectrum disorder: between false myths and real research-based opportunities. **Nutrients**, v. 13, n. 6, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Genebra: WHO, 2024.

RIBEIRO, A. D. Transtorno do espectro autista na odontologia. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 8, p. 806-817, 2021.

SANDIN, S.; LICHTENSTEIN, P.; KUJA-HALKOLA, R.; LARSSON, H.; HULTMAN, C. M.; REICHENBERG, A. The heritability of autism spectrum disorder. **JAMA**, v. 318, n. 12, p. 1182-1184, 2017.

SANDIN, S.; SCHWARTZ, S.; BERGSTRÖM, A.; HOLLANDER, A.-C.; HULTMAN, C.; LICHTENSTEIN, P.; DALMAN, C.; LARSSON, H.; RZETSZUTEK,

S.; REICHENBERG, A.; LEE, B. K. Advancing maternal and paternal age are both associated with increased risk of autism spectrum disorder. **Molecular Psychiatry**, v. 21, p. 693-700, 2016.

SATTERSTROM, F. K.; AUTISM SEQUENCING CONSORTIUM; IPSYCH-BROAD AUTISM GROUP; (demais coautores). Large-scale exome sequencing study implicates both developmental and functional changes in the neurobiology of autism. **Cell**, v. 180, n. 3, p. 568-584.e23, 2020.

SILVA, A. C.; PEREIRA, C. S.; ANJOS, G. M.; BORGES, D. C.; MARAGON JÚNIOR, H.; PEREIRA, L. B. Estratégias para o condicionamento comportamental em

pacientes com transtorno do espectro autista durante o atendimento odontológico. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, e16101623078, 2021.

SILVA, A. M.; NOGUEIRA, B. R.; PRADO JÚNIOR, R. R.; MENDES, R. F. Saúde bucal de indivíduos com Transtorno do Espectro Autista. **Journal of Health Sciences**, v. 20, n. 1, p. 16-19, 2018.

SILVA, D. R. da; LIMA, J. N. de; MENDES, C. L. A importância de estratégias facilitadoras no tratamento odontológico de pacientes com TEA. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 11, e130121143785, 2023.

SOUZA, L. D. G. de; SOUSA, M. A. C. de; BRAGA, M. L. de A.; COSTA, L. E. D.; FEITOSA, F. de S. Q. Percepção dos cirurgiões-dentistas em relação à abordagem odontológica ao paciente com transtorno do espectro autista (TEA). **HU Revista**, v. 50, p. 1-10, 2024.

ULIANA, J. C.; DEL'AGNESE, C. C.; ANTONIAZZI, R. P.; KANTORSKI, K. Z. Autistic individuals have worse oral status than neurotypical controls: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Clinical Oral Investigations**, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Caregiver Skills Training for families of children with developmental delays or disabilities (CST). Geneva: WHO, 2022.

YU, Q.; ZHOU, X.; WANG, L.; ZHOU, Y. Efficacy of interventions based on applied behavior analysis for autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, 2020.

ZERMAN, N.; ZOTTI, F.; CHIRUMBOLO, S.; ZANGANI, A.; MAURO, G.; ZOCCANTE, L. Insights on dental care management and prevention in children with autism spectrum disorder (ASD): what is new? **Frontiers in Oral Health**, 2022.