

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

BRUNA KAROLINE DE OLIVEIRA

CONSIDERAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO ODONTOPEDIÁTRICO DO PACIENTE
COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: REVISÃO DE
LITERATURA.

CURITIBA
2013

BRUNA KAROLINE DE OLIVEIRA

CONSIDERAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO ODONTOPEDIÁTRICO DO PACIENTE
COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: REVISÃO DE
LITERATURA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título de
especialista em Odontopediatria na Universidade
Federal do Paraná

Orientador: Prof. Dr. José Vitor Nogara Borges de Menezes.

CURITIBA

2013

RESUMO

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico com forte influência genética que comumente ocorre na infância e pode persistir até a vida adulta. Sua etiologia específica não é conhecida. O TDAH é caracterizado por graus variáveis de desatenção, hiperatividade e impulsividade. O diagnóstico se mostra como desafio, requer uma avaliação integral da criança. Através de revisão de literatura, obtivemos subsídios para que o odontopediatra possa conhecer melhor as características clínicas e comportamentais da criança com TDAH para que o tratamento educativo, preventivo e curativo oferecido a estes pacientes sejam mais efetivos.

Crianças portadoras de TDAH podem apresentar maior risco ao desenvolvimento de lesões de cárie, principalmente devido às dificuldades em se estabelecer rotinas de higienização bucal, falta de motivação, ao maior acúmulo de biofilme e consequente presença de sangramento gengival. O plano de tratamento odontopediátrico deve ser diferenciado, além de realizar tratamentos específicos de incentivo aos cuidados com a higiene bucal, estabelecer estratégias para evitar a acentuação da ansiedade destes pacientes durante o atendimento odontológico.

É fundamental que o cirurgião dentista, principalmente o especialista em Odontopediatria, tenha condições de saber identificar a criança ou adolescente portador do transtorno, um desafio considerável. A partir disto ficará viável a implementação de um plano de tratamento específico, motivacional e individualizado, adequado para que seja buscado um comprometimento maior dos pais e do núcleo familiar no cuidado de questões relacionadas à saúde bucal.

ABSTRACT

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neuobiological, presenting a strong genetic influence mostly common in childhood and can be persist until adult life. The etiology isn't specific. The ADHD has varying degrees of lack of attention, hyperactivity and impulsiveness. The diagnosis shows like challenge requiring a full evaluation of children. This systematic literature review, collect subsidies to pediatric dentist know better clinic and behavior characteristics of children with TDAH and offers more effective treatment educative, preventive and curative.

Children with ADHD could present higher risk to development caries because of difficulty to establish routines of oral hygiene, lack of motivation, biofilm accumulation and gum bleeding. The pediatric dentistry treatment plan must be differentiated, besides realize specific treatment of encourage care of oral hygiene, establish strategies to avoidance anxiety of this patients during dental assistance.

It's fundamental to dentist, mainly the pediatric dentist specialist, have skills to identify children or teenager with disorder, a major challenge. From this, will be viable implementation of a specific treatment plan, motivating and personalized, adequate to look for parent's commitment and family on oral health care.

KEY WORDS

Attention deficit activity disorder (ADHD), paediatric dentistry, oral health, dental anxiety, children, diagnosis.

DESCRITORES

Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), odontopediatria, saúde bucal, criança, diagnóstico.

INTRODUÇÃO

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico com forte influência genética que comumente ocorre na infância e pode persistir até a vida adulta. (Wolraich *et al.*, 2011). O TDAH é caracterizado por graus variáveis de desatenção, hiperatividade e impulsividade. É a desordem neurocomportamental mais comum na infância, afetando 3 a 6 % das crianças. (Coelho *et al.*, 2010; Carrilo *et al.*, 2009; Blomqvist *et al.*, 2011) Pode afetar o desempenho escolar, comportamento e relações pessoais dos que possuem o transtorno, manifestando-se em, pelo menos, dois ambientes sociais.

Os estudos demonstram uma maior prevalência no sexo masculino, 3 a 6 vezes maior que no sexo feminino. Essa discrepância se apresenta desta forma, pois provavelmente as garotas acabam sendo subdiagnosticadas, pois são menos hiperativas e apresentam menos sintomas de agressividade e transtornos de humor e impulsividade. (Blomqvist *et al.*, 2011). De acordo com Coelho *et al.*, (2010), “com o aumento da idade a prevalência torna-se igual entre os sexos”. Estudos longitudinais demonstram que o TDAH persiste na vida adulta em torno de 60 a 70% dos casos. (Souza *et al.*, 2007; Mattos *et al.*, 2007).

A etiologia específica do TDAH não é conhecida. Estudos recentes indicam um funcionamento defeituoso de determinadas regiões cerebrais como causa do TDAH. Apesar de não existir claramente uma causa, problemas familiares constituem um fator de risco considerável que podem predispor ou exacerbar os sintomas da criança e sua continuidade. (Carrilo *et al.*, 2009)

O diagnóstico se mostra como grande desafio pois requer uma avaliação integral da criança. Comumente a criança era avaliada baseando-se nas queixas de hiperatividade e impulsividade relatadas pelos pais e professores como base para o diagnóstico. (Souza *et al.*, 2007). Desta forma, para se obter um quadro mais confiável seria preciso passar mais tempo com os pacientes e familiares, e desenvolver um sistema de contato com a escola e outros profissionais que têm contato direto com a criança, para que assim pudesse ser estabelecido um diagnóstico correto. (Wolraich *et al.*, 2011).

Além disso, o TDAH não se apresenta sozinho. Normalmente vem acompanhado de outros transtornos que podem facilmente ser confundidos e dificultar o diagnóstico. (Coelho *et al.*, 2010; Bimstein *et al.*, 2008; Villavicencio *et al.*, 2007). O TDAH é influenciado ainda

por inúmeros fatores, como o nível socioeconômico, histórico familiar e sua própria cultura. (Carrilo *et al.*, 2009).

A presença de comorbidades torna o diagnóstico e o prognóstico ainda mais complexos. O diagnóstico diferencial deve ser feito em relação à epilepsia, doenças da tireoide, distúrbios do sono, doenças psiquiátricas, causas psicossociais, crises de ausência na infância, déficits visual ou auditivo e doenças neurodegenerativas. (Coelho *et al.*, 2010). Essas doenças podem causar sintomas semelhantes aos presentes no TDAH. Dessa forma, precisamos estar atentos aos relatos dos pais e, se necessário, realizar um tratamento interprofissional.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DMS-IV) classifica os pacientes com TDAH em três grupos: TDAH combinado, TDAH predominantemente desatento e TDAH predominantemente hiperativo/impulsivo. (Coelho *et al.*, 2010). Embora exista uma classificação o diagnóstico deve ser fundamentado no quadro clínico comportamental. Embasados nessa realidade o cirurgião dentista deve conhecer as principais características desses pacientes para que possamos identificá-los e tratá-los de acordo com suas necessidades e dificuldades.

O principal objetivo deste trabalho é, através de uma revisão de literatura, obter subsídios para que o odontopediatra possa conhecer melhor as características clínicas e comportamentais da criança com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) para que o tratamento odontopediátrico educativo, preventivo e curativo oferecido a estes pacientes sejam mais efetivos.

REVISÃO DA LITERATURA

Em uma análise através da comparação entre grupos de crianças com TDAH e um grupo controle, Hidas *et al* (2011) verificaram a relação do índice de placa, níveis de *Streptococos mutans*, níveis de *lactobacilos* e capacidade tampão salivar destas crianças. Dentre todos os itens analisados, os autores não identificaram diferenças significativas entre pacientes com TDAH e sem. No entanto, houve uma diferença estatisticamente significativa em relação à quantidade de placa, mostrando uma maior quantidade nos pacientes diagnosticados com o transtorno. Os resultados também mostraram a maior falta de motivação destes pacientes e hábitos de higiene dental mais precários quando comparados com o grupo controle.

Estudo realizado por Bimstein *et al* (2008), comparou as características orais de crianças com TDAH e sem. Foi identificada maior prevalência de dor de dente, bruxismo, sangramento gengival e trauma nas crianças diagnosticadas com o transtorno. No entanto não foram encontradas diferenças significantes no acúmulo de biofilme dental, inflamação gengival, cálculo, má higiene e experiência de cárie entre os dois grupos. Os autores puderam concluir que é necessário desenvolver estratégias para prevenção precoce e tratamento adequado, principalmente devido ao comportamento dos pacientes com TDAH.

Baseados em exames clínicos e questionários específicos sobre dieta e hábitos de higiene foram testadas, por Blomqvist *et al* (2007), as hipóteses de que pacientes com TDAH possuíam maior prevalência de cárie e hábitos de higiene precários. Os autores identificaram o fato de que esses pacientes, aos 13 anos de idade, realmente escovam menos seus dentes e possuem hábitos alimentares desregrados quando comparados com outros de grupo controle. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes em relação à prevalência de lesões de cárie. Dessa forma, torna-se indicado um tratamento modificado, específico para motivação destes pacientes, mudanças de hábitos de higiene oral, incentivo e motivação para os pais nos cuidados em casa e na dieta. A realização de consultas com tempo reduzido de intervalo diminui a chance de esses pacientes apresentarem na adolescência lesões de cárie.

Blomqvist *et al*, 2011 realizaram estudo com adolescentes diagnosticados com TDAH para comparar a prevalência de cáries e problemas gengivais com pacientes de um grupo controle. Os autores puderam concluir que pacientes com TDAH apresentam uma maior porcentagem de novas cáries quando comparado com um grupo controle sem o transtorno, além de maior prevalência de problemas gengivais. Estatisticamente, adolescentes com TDAH possuíam maior prevalência de cárie e precisavam de maior incentivo no cuidado da dieta alimentar e da higiene bucal.

Carlsson *et al* (2013) realizaram estudo em grupo diagnosticado com TDAH de adultos com o objetivo principal de estabelecer o grau de ansiedade destes pacientes frente ao tratamento odontológico. Os resultados mostraram que os pacientes com TDAH apresentavam um nível de ansiedade em função do tratamento odontológico maior do que pacientes não portadores desta desordem. Os autores concluíram que é preciso, além de realizar tratamentos específicos de incentivo aos cuidados com a higiene bucal, estabelecer estratégias para evitar a acentuação da ansiedade destes pacientes frente ao atendimento odontológico.

O manejo de crianças com TDAH é complexo e, por isso, é importante que o cirurgião dentista consiga identificar e compreender as condições desta criança para assim poder

estabelecer um manejo personalizado, essencial ao sucesso do tratamento e promoção de saúde deste paciente. Este manejo deve considerar desde as especificidades comportamentais do paciente da consulta até a postura do profissional diante do mesmo. A realização de atendimentos curtos, de preferência durante período matutino, a manutenção do controle do ambiente e da situação evitando ao máximo o domínio da consulta pela criança, passando instruções claras e apropriadas, definindo os limites desta criança e planejando, se necessário, tarefas para casa. Caso haja a necessidade de procedimentos mais invasivos e demorados, deve ser considerada a realização de anestesia geral. (Efron, Kilpatrick, 2002)

Frese e McClure (2010) ressaltaram a necessidade de atenção específica para este transtorno já que esses pacientes na maioria das vezes são mal interpretados. Os cirurgiões dentistas devem compreender que estas crianças não possuem qualquer dificuldade de aprendizado e a falta de atenção, hiperatividade e impulsividade são manifestações do transtorno que acabam caracterizando a falta de cuidado com a própria higiene bucal. Deve-se, dessa forma, estabelecer um plano de tratamento específico e atencioso para que esses pacientes recebam suporte para controlar seus hábitos em casa e no consultório.

Além das questões relacionadas com a doença cárie, foi abordado por Angra (2011), a possível associação do bruxismo com pacientes portadores de TDAH. Considerou-se uma alta frequência de comorbidades entre TDAH e distúrbio do sono, sendo assim, a ocorrência de bruxismo nestes pacientes acaba sendo extremamente comum. Cabe aos médicos e cirurgiões dentistas orientar e encaminhar estes pacientes a especialistas para que recebam motivação em saúde bucal e medidas preventivas em relação a este distúrbio.

Estudo com pacientes portadores de TDAH na faixa etária de 7 a 15 anos com o objetivo de comparar a prevalência de trauma dento alveolar com um grupo controle foi realizado por Altun et al. em 2012. Foi constatada maior prevalência de traumatismos no grupo que possuía TDAH, no entanto sem significância estatística. Os dentes incisivos centrais superiores foram os dentes mais afetados, sendo a fratura de esmalte a sequela mais comum.

Estudo de Pani et al. (2013) teve como objetivo avaliar se crianças sauditas portadoras de TDAH apresentavam maior prevalência de traumatismos dento alveolares em ambiente escolar que as crianças não portadoras da desordem. Foi realizada entrevista com 281 professores de crianças com TDAH e em 384 professores de crianças em um grupo controle. Os resultados mostraram que o grupo de professores de crianças com TDAH relatou maior ocorrência de traumatismos dento alveolares que os professores das

crianças do grupo controle e que os conhecimentos relacionados ao manejo destes traumatismos era mais significativa no primeiro grupo.

Em pesquisa baseada em questionário e exame clínico de oitenta pacientes, Chandra (2009) pode concluir que a prevalência de cárie na dentição decídua de pacientes com TDAH cresce a cada dia. Devido ao alto consumo de açúcar e desequilíbrio qualitativo na dieta, os autores verificaram quantidade estatisticamente maior de placa e uma menor frequência na higienização bucal dos pacientes portadores de TDAH quando comparados com grupo sem o transtorno.

Em estudo realizado por Blomqvist em 2006, para verificar a ansiedade de pacientes com TDAH frente ao tratamento odontológico, foi concluído que as crianças que estas crianças não são mais ansiosas quanto ao ato de ir ao dentista, porém exibem maiores problemas de comportamento no consultório, necessitando uma abordagem diferenciada e individualizada. Os autores também puderam concluir que estes pacientes exibem uma maior prevalência de cárie quando comparados a um grupo controle, constituindo um grupo de risco que necessita de métodos de prevenção precoces específicos.

Uma pesquisa considerando alguns transtornos de ordem mental relacionadas aos desafios de cuidados com a saúde oral foi realizada por Charles em 2010, e demonstrou que o grupo com TDAH precisa de um maior incentivo na prática da higiene bucal. O autor relata também que necessitam de incentivo dos pais, um manejo comportamental apropriado por parte do cirurgião dentista e intervalos estratégicos de retorno com maior frequência.

Thikkurissy *et al* (2012) considerando estudos prévios que propuseram associação entre trauma dental e TDAH, realizaram pesquisa em crianças que sofreram traumatismos dento alveolares. Os autores demonstraram que as crianças que possuíram episódios mais frequentes de traumatismos dentários apresentaram um escore alto na escala do transtorno, que considera a hiperatividade e impulsividade.

Villavicencio *et al* (2007) fizeram considerações para o tratamento dental dos pacientes portadores de TDAH. Dentre vários aspectos, relatou a necessidade de que o cirurgião dentista deve considerar as especificidades do comportamento e personalidade da criança, definindo um plano de tratamento que seja adequado. Assentiu, visto que estes pacientes possuem pouca motivação e habilidade deficiente em realizar higiene bucal, que devemos aumentar e adequar as medidas preventivas, como flúor tópico e indicar a monitoração dos pais no ambiente familiar.

Revisão de literatura realizada por Murray *et al* (2012) mostrou a necessidade de maiores pesquisas sobre a relação TDAH e tratamento odontológico. Na conclusão não fica

claro a influência do TDAH na ocorrência de maior prevalência de lesões de cárie, mesmo que muitos estudos mostrem essa associação. Como esse grupo pode ser mais susceptível à cárie e por ser um desafio tratá-los, são indicadas sessões e revisões regulares com atenção extra na prevenção valorizando tratamento com flúor tópico, selantes de fissuras, instrução de higiene oral e aconselhamento da dieta diária. Os autores ressaltam ainda que os dentistas não devem confundir o transtorno com má conduta e sim como um sinal da desordem. Considerando o aumento da prevalência de TDAH na população, é cada vez mais comum receber este paciente no consultório por isso é preciso estar familiarizado com essas condições e possuir estratégias para o sucesso dos cuidados dentais deste paciente.

Carrilo *et al.* (2009) constataram através de sua revisão a importância de que o cirurgião dentista procure conhecer bem a história pregressa de seu paciente, suas condições e passado médico o que permite um melhor atendimento do indivíduo com TDAH. Os autores ressaltaram a importância do uso de técnicas de manejo valorizando a conversação, através de falas claras, para que permitam a colaboração do paciente e a inclusão deste em um programa preventivo individualizado para evitar que haja agravamento das lesões de cárie existentes ou que novas se instalem.

Em relação a técnicas alternativas de manejo, Kerins *et al* (2007) realizaram estudo com cirurgiões dentistas com a utilização de questionários, levantando a porcentagem de pacientes com TDAH que são atendidos, como trabalham o manejo destes e qual a taxa de sucesso destes tratamentos. Os autores relataram que mais da metade dos pesquisados utilizava a sedação consciente com o óxido nitroso como estratégia, mas que o a associação com sedação medicamentosa mostrou-se mais efetiva nos pacientes com TDAH. Foi relatada uma variedade de técnicas sedativas e ficou claro que a taxa de pacientes com o transtorno no consultório vem aumentando e os cirurgiões dentistas relatam a necessidade de desenvolver de mais pesquisas para sedação específica para estes pacientes.

DISCUSSÃO

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico com forte influencia genética que comumente ocorre na infância podendo persistir até a vida adulta, tendo como principais sinais graus variáveis de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Sua prevalência na infância varia de 3 a 6 %. (Coelho *et al.*, 2010; Hidas *et al.*, 2009; Blomqvist *et al.*, 2011). As crianças portadoras podem ter seu

desempenho escolar, comportamento e relações pessoais diferenciados dos que não possuem o transtorno.

Existe prevalência mais significativa no sexo masculino, 3 a 6 vezes maior que no sexo feminino. Essa discrepância se apresenta desta forma, pois provavelmente as garotas acabam sendo subdiagnosticadas, pois são menos hiperativas e apresentam menos sintomas de agressividade e transtornos de humor e impulsividade. (Coelho *et al.*, 2010; Blomqvist *et al.*, 2011). Com o aumento da idade a prevalência torna-se igual entre os sexos. (Coelho *et al.*). Estudos longitudinais demonstram que o TDAH persiste na vida adulta em torno de 60 a 70% dos casos (Souza *et al.*, 2007; Mattos *et al.*, 2007).

Em função das características comportamentais destas crianças, a abordagem do profissional em saúde bucal deve ser diferenciada. O manejo durante a consulta odontopediátrica deve ser adequado e individualizado.

As crianças portadoras de TDAH podem apresentar maior risco ao desenvolvimento de lesões de cárie, principalmente devido às dificuldades em se estabelecer rotinas de higienização bucal, falta de motivação, ao maior acúmulo de biofilme e consequente presença de sangramento gengival (Bimstein *et al.*, 2008; Hidas *et al.*, 2011). Pesquisas que utilizaram grupo controle e buscaram verificar diferenças na prevalência de cáries entre crianças e adolescentes portadores e não portadores de TDAH mostraram que diferenças significativas foram encontradas apenas em relação ao desenvolvimento de novas lesões e relataram a importância do estabelecimento de rotinas de higienização bucal efetivas (Blomqvist *et al.*, 2007; Villavicencio *et al.*, 2007; Blomqvist *et al.*, 2011). Estudos também mostram que as crianças e adolescentes com TDAH apresentam maior prevalência de traumatismos dento alveolares que os de grupo controle avaliados, e que este deve ser um aspecto priorizado quando do aconselhamento dos pais e cuidadores de portadores de TDAH (Altun *et al.*, 2012; Thikkurissy *et al.*, 2012; Pani *et al.*, 2013).

O plano de tratamento odontopediátrico deve também ser diferenciado, tendo em vista as características comportamentais peculiares deste transtorno. O profissional deve saber identificar a criança com o transtorno, pois muitas vezes este diagnóstico ainda não foi realizado por outro profissional. Os pacientes com TDAH apresentam um nível de ansiedade em função do tratamento odontológico maior do que pacientes não portadores desta desordem. É preciso, além de realizar tratamentos específicos de incentivo aos cuidados com a higiene bucal, estabelecer estratégias para evitar a acentuação da ansiedade destes pacientes frente ao atendimento odontológico (Efron, Kilpatrick, 2002; Blomqvist, 2006; Frese, McClure, 2010; Carlsson *et al.*, 2013).

É fundamental que o cirurgião dentista, principalmente o especialista em Odontopediatria, tenha condições de saber identificar a criança ou adolescente portador do transtorno e que tenha em sua ficha de anamnese, perguntas que facilitem a identificação de sinais da TDAH. Desta maneira fica mais viável a implementação de um plano de tratamento específico e individualizado, adequado para que seja buscado um comprometimento maior dos pais e do núcleo familiar no tratamento de questões relacionadas à saúde bucal (Kerins *et al.*, 2007; Carrilo *et al.*, 2009; Murray *et al.*, 2012).

É aconselhável ao odontopediatra que seja capacitado a identificar e saber tratar os pacientes portadores de TDAH, complementando constantemente a sua formação e sendo capaz de utilizar técnicas de manejo comportamental que facilitem a abordagem clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COELHO, L.; CHAVES, E.; VASCONCELOS, S.; FONTELES, M.; De SOUSA, F; VIANA, G. **Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children: neurobiological aspects, diagnosis and therapeutic approach.** Acta Med Port. 2010 Jul-Aug;23(4):689-96. Epub 2010 Jul 30. Review. Portuguese.

SOUZA, Isabella G. S. de; SERRA-PINHEIRO, M. A.; FORTES, D.; PINNA, C.. **Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças / Challenges in diagnosing ADHD in children.** J Bras Psiquiatr; 56(supl.1): 14-18, 2007.

CARRILO, M.; MARQUÉS, L.; MAROTO, M.; CARDOSO, C.; BARBERÍA, E. **Transtornos de la conducta em el niño y repercusión em la atención odontopediátrica. El Transtorno por Déficit de Atención com Hiperactividad (TDAH).** JADA (Edição Espanhola); vol. 4, ex. 5, p. 250-255.

MATTOS, P.; COUTINHO, G. **Qualidade de vida e TDAH/ Quality of life and ADHD.** J Bras Psiquiatr; 56(supl. 1): 50-52, 2007

BIMSTEIN, E.; WILSON, J.; GUELMANN, M.; PRIMOSCH, R. **Oral characteristics of children with attention-deficit hyperactivity disorder.** Spec Care Dentist. 2008 May-Jun;28(3):107-10.

VILLAVICENCIO, Q.; MARIÁ, G.; VARGAS, M. V.; JANETT, M. **Déficit de atención e hiperactividad: un reto para el odontopediatra: [revisión] / Attention deficit hiperactivity disorder: challenge for pediatric dentistry.** Rev. Estomatol. Hered; 17(1): 40-43, ene-jun. 2007

ALTUN, C.; GUVEN, G.; AKGUN, OM.; ACIKEL, C. **Dental injuries and attention deficit/hyperactivity disorder in children.** Spec Care Dentist. 2012 Sep-Oct;32(5):184-9

MURRAY, C. M.; NAYSMITH K. E.; LIU G. C.; DRUMMOND B. K. **A review of attention-deficit/hyperactivity disorder from the dental perspective.** N Z Dent J. 2012 Sep;108(3):95-101.

BLOMQUIST, M.; AHADI, S.; FERNELL, E., EK, U.; DAHLLOF, G. **Dental caries in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a populationbased follow-up study.** Eur J Oral Sci. 2011 Oct;119(5):381-5.

KERINS, C.A.; MCWHORTER, A.G.; SEALE, N.S. **Pharmacologic behavior management of pediatric dental patients diagnosed with attention deficit disorder/attention deficit hyperactivity disorder.** Pediatr Dent. 2007 NovDec;29(6):507-13

THIKKURISY, S.; MCTIGUE, D. J.; COURY, D.L. **Children presenting with dental trauma are more hyperactive than controls as measured by the ADHD rating scale IV.** Pediatr Dent. 2012 Jan-Feb;34(1):28-31

CHARLES, J.M. **Dental care in children with developmental disabilities: attention deficit disorder, intellectual disabilities, and autism.** J Dent Child (Chic). 2010 May-Aug;77(2):84-91

BLOMQUIST, M.; HOLMBERG, K.; FERMELL, E.; EK, U.; DAHLLOF, G. **Oral health, dental anxiety, and behavior management problems in children with attention deficit hyperactivity disorder.** Eur J Oral Sci. 2006 Oct;114(5):385-90.

CHANDRA, P.; ANANDAKRISHNA, L.; RAY, P. **Caries experience and oral hygiene status of children suffering from attention deficit hyperactivity disorder.** J Clin Pediatr Dent. 2009 Fall;34(1):25-9

ANGRA, C.; SILVA, M.; AGUIAR, L.; VIEIRA, G. **O bruxismo do sono em pacientes portadores de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) – uma revisão de literatura.** Rev. Odontologia, São Paulo, n.1, p. 22-30, mar./ago. 2011.

HIDAS, A.; NOY, A. F.; BIRMAN, N.; SHAPIRA, J.; MATOT, I.; STEINBERG, D., MOSKOVITZ, M. **Oral health status, salivary flow rate and salivary quality in children, adolescents and young adults with ADHD.** Arch Oral Biol. 2011 Oct;56(10):1137-41

FRESE, P.; MCCLURE, E. **Dental Implications of ADHD Patient.** Crest Oral-B at dentalcare.com – Continuing Education Course, May 6, 2010

EFRON, D.; KILPATRICK, N. M. **Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A review and guide for dental professionals.** Journal of Disability and Oral Health 3/1 p.712, 2002.

CARLSSON, V.; HAKEBERG, M.; BLOMQVIST, K.; WIDE BOMAN, U. **Attention deficit hyperactivity disorder and dental anxiety in adults: relationship with oral health.** Eur J Oral Sci. 2013 Jun;121(3 Pt 2):258-63

BLOMQVIST, M.; HOLMBERG, K.; FERNELL, E.; EK, U.; DAHLLOF, G. **Dental caries and oral health behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder.** Eur J Oral Sci. 2007 Jun;115(3):186-91

BLOMQVIST, M.; HOLMBERG, K.; FERNELL, E.; EK, U.; DAHLLOF, G. **Salivary cortisol levels and dental anxiety in children with attention deficit hyperactivity disorder.** Eur J Oral Sci. 2007 Feb;115(1):1-6

WOLRAICH, M.; BROWN, L.; BROWN, RT.; DUPAUL, G.; EARLS, M.; FELDMAN, HM.; GANIATS, TG.; KAPLANEK, B.; MEYER, B.; PERRIN, J.; PIERCE, K.; REIFF, M.; STEIN, MT.; VISSER, S.; **ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents.** Pediatrics. 2011 Nov;128(5):1007-22. doi: 10.1542/peds.2011-2654. Epub 2011 Oct 16.

PANI, SC.; HILLIS, H.; CHABALLOUT, T.; AL ENAZI, W.; ALATTAR, Y.; ABORAMADAN, M. **Knowledge and attitude of Saudi teachers of students with attention-deficit hyperactivity disorder towards traumatic dental injuries.** Dental Traumatology 2013 Sep 1.