

Falta de tempo dos responsáveis como mediadora entre comportamento desafiador da criança e recusa do dentista à pessoa com TEA

Paloma Ribeiro Soares¹ | **Taysllan Torquato Benevides¹** | **Annyelle Anastácio Cordeiro²** | **Ana Flávia Granville-Garcia²** | **Érick Tássio Barbosa Neves¹**

¹Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Araruna, Paraíba, Brasil

²Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, Paraíba, Brasil

Introdução: crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) enfrentam barreiras individuais e familiares no acesso a serviços odontológicos devido a características comportamentais e sensoriais próprias da condição.

Objetivo: avaliar se a percepção de falta de tempo dos responsáveis para levar a criança ao dentista atua como mediadora da relação entre a dificuldade de colaboração da criança durante o atendimento odontológico e a recusa de atendimento pelo dentista.

Materiais e Métodos: estudo observacional, transversal, descritivo e analítico com amostra censitária de pais e responsáveis por crianças de 4 a 12 anos com TEA atendidas em um núcleo de referência na Paraíba, Brasil. Foram coletadas informações sociodemográficas e variáveis relacionadas ao atendimento odontológico por questionário estruturado, aplicados por dois examinadores treinados. A análise incluiu modelo de mediação simples com 5.000 reamostragens bootstrap (IC 95%) no software Jamovi 2.7.6.

Resultados: a amostra incluiu 104 participantes, majoritariamente do sexo masculino (82,7%) e com idade média de 6,7 anos. Entre os responsáveis, 20,2% relataram falta de tempo para levar a criança ao dentista, 42,3% relataram dificuldade de colaboração da criança e 7,7% relataram recusa de atendimento pelo dentista. A dificuldade de colaboração não foi diretamente associada ao relato de recusa de atendimento ($\beta = 0,129$; $p = 0,185$), mas houve efeito indireto significativo mediado pela falta de tempo dos responsáveis ($\beta = 0,135$; $p < 0,01$). A dificuldade de colaboração também foi associada à maior percepção de falta de tempo ($\beta = 0,393$; $p < 0,01$) que, por sua vez, foi associada à recusa de atendimento pelo dentista ($\beta = 0,343$; $p < 0,01$).

Conclusão: a falta de tempo dos responsáveis mediou a relação entre a dificuldade de colaboração da criança e a recusa de atendimento pelo dentista.

Descriptores: transtorno do espectro autista; determinantes sociais da saúde; assistência odontológica para a pessoa com eficiência; desigualdades de saúde; integralidade em saúde.

Data recebimento: 2025-10-10

Data aceite: 2025-12-05

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma alteração do neurodesenvolvimento caracterizada pela presença de diferentes níveis de comprometimento de habilidades cognitivas

e de interação social¹. Dentre as características mais comuns dessa condição estão alterações na comunicação, padrões comportamentais repetitivos e dificuldades de socialização, que em conjunto individualizam cada criança com TEA, exigindo abordagens direcionadas

Autor para Correspondência:

Érick Tássio Barbosa Neves

Av. Pedro Targino, S/N. Centro – Araruna | PB. CEP: 58233-000. TEL: (83) 3373-1040

E-mail: ericktassio@barbosaneves@gmail.com

e específicas¹. Estima-se que em 2022 uma em cada 31 crianças de oito anos recebeu diagnóstico de TEA nos Estados Unidos². No Brasil, os dados indicam que o diagnóstico tem se tornado cada vez mais precoce, porém ainda persistem os casos subdiagnosticados, o que atrasa a implementação de intervenções adequadas e afeta o bem-estar e qualidade de vida da criança e de seu núcleo familiar³.

O manejo de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento exige investimento contínuo de tempo e adaptação por parte dos cuidadores, devido às altas demandas cotidianas e necessidade de apoio, além de uma maior frequência de consultas médicas e dificuldades generalizadas no acesso a serviços qualificados⁴.

Em relação ao TEA, o suporte familiar assume papel central e envolve questões emocionais, econômicas e sociais, além do acompanhamento realizado por equipes multiprofissionais. Pais e cuidadores enfrentam barreiras múltiplas e são demandados de alta carga de dedicação⁵. Essa rotina frequentemente entra em conflito com suas próprias necessidades, deixando-os vulneráveis a diversos problemas de ordem emocional e física, como maior prevalência de sintomas depressivos e de Burnout⁴⁻⁵.

O cuidado de crianças com TEA é impactado por fatores externos, como a falta de tempo dos cuidadores, e por características próprias do TEA, incluindo estereotipias, limitações sensoriais e idiossincrasias, que exigem maior dedicação da família e influenciam diretamente a vida social⁶. Destaca-se a importância do cuidado interprofissional no apoio à saúde bucal infantil, pois a integração entre diferentes profissionais de saúde possibilita um acompanhamento materno desde o pré-natal até a infância, fortalecendo a vigilância em saúde bucal e contribuindo para a redução de barreiras no acesso e na utilização dos serviços⁷.

Em resposta às dificuldades enfrentadas por pais e responsáveis, e de modo a reduzir esse impacto negativo no atendimento dos seus filhos, é essencial que o atendimento odontológico de pacientes com TEA inclua estratégias adaptativas para reduzir a ansiedade e melhorar a cooperação durante as consultas. Abordagens de manejo psicológico da criança, como a modelagem por vídeo, e a adaptação de ambientes sensoriais têm se mostrado eficazes na redução do estresse e na melhoria dos resultados de saúde bucal nesses pacientes⁸. Essas estratégias auxiliam na familiarização

da criança com o ambiente odontológico e na modulação de estímulos sensoriais, facilitando a adesão ao tratamento. Além disso, a capacitação da equipe odontológica para a aplicação das práticas elencadas é essencial para garantir um atendimento mais inclusivo e eficaz para essa população, promovendo melhores resultados⁹.

As particularidades e barreiras enfrentadas no atendimento odontológico a crianças com TEA podem dificultar o acesso aos serviços odontológicos; também, persiste a dificuldade de muitos profissionais em adaptar o atendimento para pacientes nesse grupo¹⁰. Adicionalmente, muitos dentistas reconhecem limitações em sua formação para lidar com pacientes com TEA¹¹, o que pode gerar insegurança e, somado às barreiras enfrentadas pelos cuidadores, contribuir para a recusa de atendimento.

Diante desse cenário pouco explorado, o objetivo deste estudo é avaliar se o relato de falta de tempo dos responsáveis medeia a relação entre a dificuldade de cooperação da criança durante o atendimento odontológico e a recusa de atendimento relatada pelos pais por meio de uma análise de mediação simples. A hipótese conceitual desse estudo é de que o relato parental de dificuldade de cooperação da criança durante o atendimento odontológico está associado ao relato de recusa de atendimento por parte dos dentistas e que essa relação é mediada pela percepção dos responsáveis sobre a falta de tempo para acompanhar a criança ao consultório.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, de caráter descritivo e analítico entre fevereiro e abril de 2025, com pais e responsáveis por crianças com TEA atendidas em uma instituição de referência no atendimento multidisciplinar de crianças com TEA (Núcleo de Apoio à Criança com Transtorno do Espectro Autista), localizada em instituição de referência no atendimento multidisciplinar de crianças com TEA, em um município da Paraíba, Brasil. A pesquisa seguiu os princípios éticos da Declaração de Helsinki e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba (protocolo nº 82817124.6.0000.5187). A amostragem foi do tipo censitária e considerou todos os responsáveis elegíveis no período da coleta ($n = 110$). Após serem devidamente esclarecidos sobre os objetivos, procedimentos e implicações da pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídos no estudo pais ou responsáveis por todas as crianças acompanhadas pelo NATEA durante o período da coleta. A faixa etária observada no grupo estudado variou de 4 a 12 anos, refletindo o perfil etário da população atendida pelo serviço.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário estruturado baseado em estudo prévio¹², aplicado individualmente, em sala reservada, por dois pesquisadores previamente treinados por pesquisador com experiência na área de Odontologia para pessoas com deficiências. O treinamento foi conduzido em sala reservada e consistiu na revisão detalhada dos itens do questionário, seguida de orientações padronizadas sobre a aplicação dos instrumentos e abordagem dos participantes no contexto da pesquisa. O instrumento contemplou variáveis sociodemográficas (sexo e cor da criança, escolaridade do responsável) e variáveis relacionadas ao atendimento odontológico, incluindo dificuldade de colaboração da criança durante consulta odontológica, autopercepção de falta de tempo dos pais para levar a criança ao dentista e relato de recusa de atendimento pelo dentista por parte dos profissionais. As variáveis relacionadas às barreiras no atendimento odontológico foram dicotomizadas com base no relato dos responsáveis (sim/não).

Durante a realização do estudo piloto com 15 participantes não foi observada necessidade de ajustes no instrumento ou nos procedimentos metodológicos, de modo que esses indivíduos foram incorporados à amostra final. A análise estatística foi conduzida no software Jamovi (versão 2.6.26) e procedeu-se inicialmente uma análise descritiva para caracterização da amostra, seguida de análise inferencial. Para testar a hipótese, empregou-se um modelo de mediação simples para avaliar a dificuldade de colaboração da criança como variável independente, a recusa de atendimento

pelo dentista como variável dependente e a percepção de falta de tempo dos pais como variável mediadora.

Os efeitos diretos, indiretos e totais foram estimados pelo método de bootstrap com 5.000 reamostragens e intervalo de confiança de 95%. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. O tamanho da amostra final ($n = 104$), obtido por amostragem censitária, mostrou-se adequado segundo recomendações da literatura para modelos modestos de mediação com complexidade moderada^{13,14}.

Para esse estudo foram avaliados os pressupostos necessários à mediação, incluindo a associação entre a variável independente e o mediador, a associação entre o mediador e o desfecho e a redução do efeito direto na presença do mediador¹⁴. Esses pressupostos foram atendidos, uma vez que a dificuldade de colaboração mostrou associação significativa com a falta de tempo dos responsáveis, que por sua vez foi associada à recusa de atendimento, resultando em um efeito indireto estatisticamente significativo. O presente estudo seguiu as recomendações do STROBE¹⁵.

RESULTADOS

O presente estudo contou com uma amostra final de 104 participantes, após perdas de 5,5% decorrentes de três faltas consecutivas dos participantes durante os momentos de coleta de dados. A caracterização sociodemográfica da amostra demonstrou a predominância de crianças com TEA do sexo masculino (82,7%), com idade média de 6,7 anos, e declaradas pelos pais/responsáveis como não brancas (65,4%). Entre os responsáveis, 20,2% relataram dificuldade de tempo para levar a criança ao dentista e 42,3% apontaram o comportamento da criança como barreira ao atendimento odontológico (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das características de pais/responsáveis por crianças com TEA.

(continua)

Variáveis	N	%
Sexo da criança		
Feminino	18	17,3
Masculino	86	82,7
Escolaridade do responsável		
≤8 anos de estudo	40	38,5
>8 anos de estudo	64	61,5

Cor da criança		
Branco	36	34,6
Não branco	68	65,4
Dificuldade de tempo dos responsáveis		
Sim	21	20,2
Não	83	79,8
Recusa de atendimento pelo dentista		
Sim	8	7,7
Não	96	92,3
Dificuldade de colaboração da criança		
Sim	44	42,3
Não	60	57,7
Variável quantitativa	Média (DP)	Mediana (Q1-Q3)
Idade da criança	6.75 (3.06)	6.00 (5-8)

Nota: DP = desvio padrão; Q1–Q3 = primeiro e terceiro quartis.

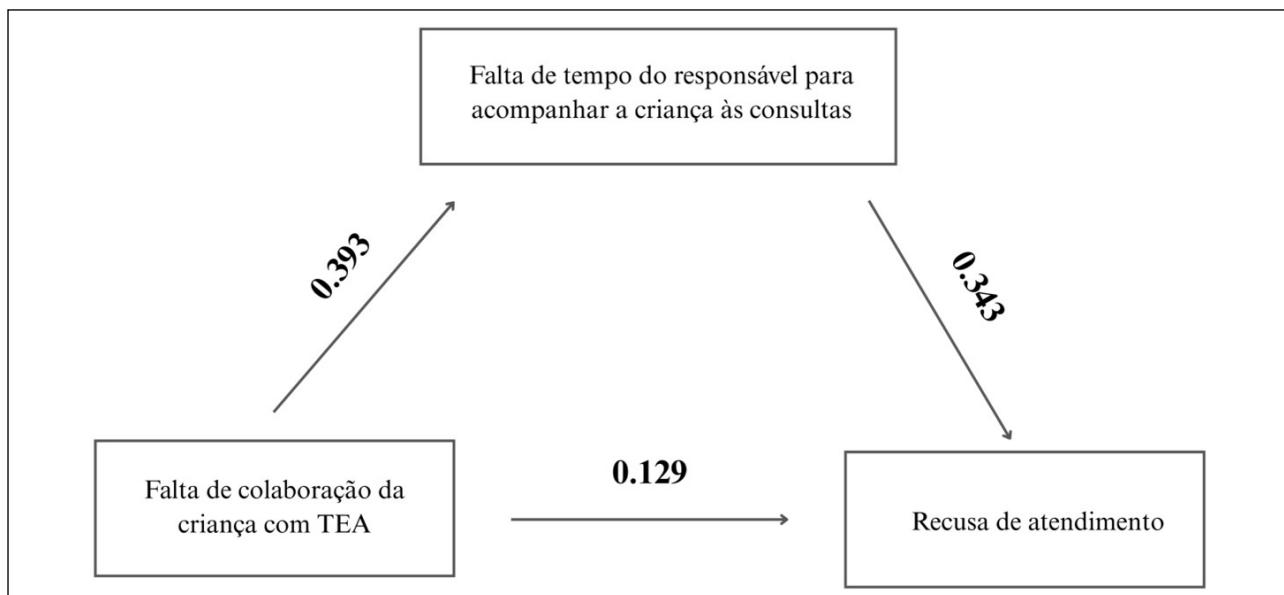
Na análise de mediação, a dificuldade de colaboração da criança com TEA não apresentou associação direta significativa com a recusa do dentista em realizar o atendimento ($\beta = 0,129$; ns). Por outro lado, observou-se um efeito indireto estatisticamente significativo ($\beta = 0,135$; $p < 0,01$), mediado pela falta de tempo do responsável para acompanhar a criança às consultas. Especificamente, responsáveis que relataram maior dificuldade de colaboração da

criança também referiram maior limitação de tempo para levá-la ao dentista ($\beta = 0,393$; $p < 0,001$), e essa limitação de tempo, por sua vez, mostrou associação direta com maior relato de recusa de atendimento pelo dentista ($\beta = 0,343$; $p < 0,001$). Aproximadamente 51% do efeito total da dificuldade de colaboração sobre a recusa de atendimento ocorreu por via indireta, mediado pela falta de tempo dos responsáveis. Esses resultados encontram-se apresentados na Tabela 2 e ilustrados na Figura 1.

Tabela 2. Efeito mediador da falta de tempo parental na associação entre colaboração da criança com TEA e recusa de atendimento pelo dentista.

Variável mediadora	Dificuldade de tempo dos responsáveis
Efeito da dificuldade de colaboração no mediador (a)	0.393***
Efeito do mediador na recusa de atendimento (b)	0.343***
Efeito indireto (a*b)	0.135**
Efeito direto (c')	0.129 (ns)
Efeito total (c)	0.264**

Nota: Coeficientes padronizados (β) da mediação entre dificuldade de colaboração do paciente e recusa de atendimento pelo profissional, mediada pela dificuldade de tempo do responsável em acompanhar a criança. ** $p < .01$; *** $p < .001$; ns = não significativo.

Figura 1. Associações diretas observadas entre as variáveis incluídas no modelo teórico do estudo.

Fonte: autores.

DISCUSSÃO

A hipótese conceitual do presente estudo foi parcialmente confirmada. O efeito do comportamento da criança no relato de recusa no atendimento pelo dentista ocorreu de forma indireta, mediado pelas barreiras relacionadas à limitação de tempo enfrentadas pelos pais. Além disso, a falta de disponibilidade de tempo relatada pelos responsáveis foi associada diretamente a uma maior frequência do relato de recusa no atendimento odontológico de crianças com TEA. Esses achados chamam atenção para a sobrecarga emocional cotidiana vivenciada pelos cuidadores e para a dificuldade percebida em garantir o acesso ao tratamento odontológico, frequentemente negligenciado diante de outras demandas familiares¹⁶⁻¹⁷.

A falta de flexibilidade, tanto no trabalho dos responsáveis quanto nos horários oferecidos pelos dentistas, dificulta o acesso de crianças com TEA ao tratamento odontológico. A necessidade de consultas repetidas acentua essa barreira, e a oferta restrita a horários comerciais torna ainda mais difícil conciliar cuidados, família e profissão, sobretudo em famílias monoparentais ou em vulnerabilidade social. Essa rigidez compromete a continuidade do tratamento, favorece faltas e desistências e reduz a adesão, com impacto negativo na qualidade de vida do paciente e de sua rede de apoio¹⁸.

O comportamento desafiador de crianças com TEA é descrito como uma barreira importante para o acesso aos serviços odontológicos¹⁹. No presente estudo, contudo, a

dificuldade de colaboração da criança durante o atendimento não foi associada diretamente à recusa profissional. Tal achado pode ser explicado por fatores mediadores que afetam essa relação. Nesse contexto, dentistas mais flexíveis na assistência e que tenham formação técnica na área de pessoas com deficiência tendem a alcançar maior sucesso no manejo clínico ambulatorial desses pacientes²⁰.

Adifculdade de colaboração da criança no atendimento odontológico e a maior dificuldade de tempo relatada pelos pais para levá-la ao dentista foram diretamente associadas. Um manejo difícil pode dificultar o atendimento odontológico, especialmente se houver restrição de tempo dos pais para as consultas²¹. Assim, comportamentos mais desafiadores ampliam as dificuldades de tempo enfrentadas pelos pais, pois haverá necessidade de repetidas visitas ao consultório, o que pode aumentar a probabilidade de recusa profissional se o paciente não mantém uma rotina de visitas estabelecidas pelo dentista. Esse resultado reforça a importância de uma parceria efetiva entre profissionais e cuidadores, de forma a melhorar a experiência odontológica da criança com TEA²².

O principal achado deste estudo reside na associação indireta entre o comportamento da criança com TEA e a recusa de atendimento pelo dentista, mediada pelo relato parental de dificuldade de tempo. Observou-se que 51% do efeito total da dificuldade de colaboração sobre a recusa de atendimento foi transmitido pelo mediador “dificuldade de tempo”. Esse resultado demonstra que a recusa não é um fenômeno

isolado, mas influenciado por múltiplos fatores. Estudos prévios incluídos em uma revisão de escopo demonstraram que outras questões como insuficiente formação acadêmica dos dentistas na área e falta de repasse financeiro compatível com a complexidade dos atendimentos são barreiras importantes para o atendimento odontológico¹¹. Nesse cenário, a barreira temporal se destaca como mais um fator presente na rotina das famílias e se caracteriza por envolver dimensões socioeconômicas complexas, como demandas de trabalho, estudo e outras responsabilidades cotidianas. Cabe também ressaltar que o atendimento à criança com TEA geralmente precisa ser objetivo e sem longo tempo de espera²³.

Esse estudo apresenta algumas limitações. Por ser de desenho transversal, não é possível estabelecer relações de causa e efeito entre os fatores, mas sim demonstrar associações. É importante esclarecer que a relação entre as variáveis incluídas no nosso modelo é complexa e pode envolver outros fatores relevantes como o nível de formação profissional do dentista, percepção da saúde bucal dos filhos pelos pais, características clínicas das crianças e capacidade dos pais de interpretar e utilizar informações de saúde bucal (letramento em saúde). Esses aspectos merecem atenção em pesquisas futuras. Por outro lado, foram tomados cuidados metodológicos como o treinamento da equipe, realização de estudo piloto e utilização de análise de mediação com método *bootstrap* (técnica estatística de reamostragem) que permite estimar parâmetros mais confiáveis mesmo em amostras pequenas.

CONCLUSÃO

A associação entre dificuldade de colaboração da criança e recusa de atendimento pelo dentista foi mediada pela falta de tempo dos pais/responsáveis para levar a criança ao dentista, sugerindo que limitações apresentadas pela rede de cuidadores influenciam a utilização de serviços odontológicos por crianças com TEA. Com base nos achados desse sugere-se fortalecer as políticas públicas vigentes para essa população. É fundamental incentivar estratégias como ampliar os horários de atendimento odontológico, para se adaptar à rotina dos cuidadores, além de incluir o cuidado dessas crianças pela equipe de saúde bucal na atenção básica para permitir o acompanhamento das famílias e a disponibilização de orientações odontológicas de forma permanente. Embora tais ações demandem

mudanças na oferta dos serviços e no modo de assistência, são importantes diante do atual cenário do TEA e da crescente necessidade de socialização dessas crianças.

AGRADECIMENTOS

A pesquisa que resultou neste estudo foi apoiada pelo edital nº 52/2024 - SECTIES/FAPESQ/PB.

O presente trabalho foi realizado com apoio do CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil, portanto agradecemos ao programa PIBIC-Af/CNPQ-UEPB.

Os autores gostariam de agradecer ao PROEXTPG (Programa de Extensão do Programa de Pós-Graduação) da Universidade Estadual da Paraíba pelo apoio no desenvolvimento desta pesquisa.

DESCRÍÇÃO DAS CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

PRS: Conceitualização, Metodologia, Investigação, Análise formal, Visualização, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição. **TTB:** Conceitualização, Metodologia, Investigação, Análise formal, Visualização, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição. **AAC:** Conceitualização, Metodologia, Investigação, Análise formal, Visualização, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição. **AFGG:** Conceitualização, Metodologia, Investigação, Redação – revisão e edição. **ETBN:** Conceitualização, Metodologia, Investigação, Análise formal, Visualização, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum conflito de interesse a declarar.

ORCID

Paloma Ribeiro Soares: <https://orcid.org/0000-0003-4463-274X>.
Taysllan Torquato Benevides: <https://orcid.org/0000-0002-3381-8357>.
Annyelle Anastácio Cordeiro: <https://orcid.org/0000-0001-6373-2960>.
Ana Flávia Granville-Garcia: <https://orcid.org/0000-0002-6054-8372>.
Érick Tássio Barbosa Neves: <https://orcid.org/0000-0002-9300-1007>.

REFERÊNCIAS

1. Hirota T, King BH. Autism spectrum disorder: a review. *JAMA*. 2023;329(2):157-68.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Data and statistics on autism spectrum disorder. [acesso em 22 ago 2025]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/autism/data-research/index.html>
3. Girianelli VR, Tomazelli J, Silva CMFP, Fernandes CS. Early diagnosis of autism and other developmental disorders, Brazil, 2013–2019. *Rev Saude Publica*. 2023;57:21.
4. Grigoropoulos I. The influence of family's cohesion and adaptability in family satisfaction of parents with a child with autism spectrum disorder. *Psychiatriki*. 2022;33(1):72-5.
5. Kütük MÖ, Tufan AE, Kılıçaslan F, Güler G, Çelik F, Altıntaş E, et al. High depression symptoms and burnout levels among parents of children with autism spectrum disorders: a multi-center, cross-sectional, case-control study. *J Autism Dev Disord*. 2021;51(11):4086-99.
6. Minatel MM, Matsukura TS. Famílias de crianças e adolescentes com autismo: cotidiano e realidade de cuidados em diferentes etapas do desenvolvimento. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2014;25(2):126-34.
7. Ghazal E, Abdelrehim M, Kulkarni G. The role of interprofessional education in oral health promotion from pregnancy to early childhood: Narrative review. *Eur Dent Res Biomater J*. 2025;1(1-2):1-32.
8. Albhaisi IN, Kumar MSTS, Engapuram A, Shafiei Z, Zakaria ASI, Mohd-Said S, et al. Effectiveness of psychological techniques in dental management for children with autism spectrum disorder: a systematic literature review. *BMC Oral Health*. 2022;22:162.
9. Prynda M, Pawlik AA, Niemczyk W, Wiench R. Dental adaptation strategies for children with autism spectrum disorder: a systematic review of randomized trials. *J Clin Med*. 2024;13(23):7144.
10. Prynda M, Mazur M, Doroz P, Odrzywolska O, Aboud A, Dylag A, et al. Barriers to dental treatment for patients on the autism spectrum disorder. *Wiad Lek*. 2025;78(7):1433-7.
11. Jones J, Roberts E, Cockrell D, Higgins D, Sharma D. Barriers to oral health care for autistic individuals: a scoping review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(1):103.
12. Paulo JR, Perazzo MF, Neves ETB, Serpa EMB, Granville-Garcia AF. Experiência de pacientes com deficiências na utilização de serviços públicos odontológicos. *Rev Fac Odontol Lins*. 2017;27(1):21-8.
13. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 5th ed. New York: Guilford Press; 2023.
14. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 8th ed. Boston: Cengage; 2018.
15. Vandenbroucke JP, Von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Int J Surg*. 2014;12(12):1500-2.
16. Bernath B, Kanji Z. Exploring barriers to oral health care experienced by individuals living with autism spectrum disorder. *Can J Dent Hyg*. 2021;55(3):160-6.
17. Barry S, O'Sullivan EA, Toumba KJ. Barriers to dental care for children with autism spectrum disorder. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2014;15(2):127-34.
18. Zare Z, Bahrami MA, Bastani P, Kavosi Z. Oral and dental health utilization determinants in special health care needs: a systematic review of reviews. *BMC Oral Health*. 2024;24(1):965.
19. Taneja N, Litt MD. Caregivers' barriers to dental care for children with autism spectrum disorder. *J Dent Child (Chic)*. 2020;87(2):98-102.
20. Stein Duker LI, Floríndez LI, Como DH, Tran CF, Henwood BF, Polido JC, et al. Strategies for success: a qualitative study of caregiver and dentist approaches to improving oral care for children with autism. *Pediatr Dent*. 2019;41(1):4E-12E.
21. Tang SJ, Wei HL, Li CY, Huang MN. Management strategies of dental anxiety and uncooperative behaviors in children with autism spectrum disorder. *BMC Pediatr*. 2023;23:612.
22. Angelova S, Konstantinova D, Nenova-Nogalcheva A, Pancheva R. Significance of oral care for children with autism spectrum disorder: a narrative literature review. *Children*. 2025;12(6):750.
23. Chandrashekhar S, Bommangoudar JS. Management of autistic patients in dental office: a clinical update. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2018;11(3):219-27.

Lack of parental time as a mediator between child challenging behavior and dentist refusal to treat children with ASD

Introduction: children with Autism Spectrum Disorder (ASD) face individual and family barriers to accessing dental care due to behavioral and sensory characteristics inherent to the condition.

Aim: to evaluate whether caregivers perceived lack of time mediates the relationship between children's behavioral challenges during dental visits and dental care refusal.

Materials and Methods: observational, cross-sectional, descriptive, and analytical study with a census sample of parents and caregivers of children aged 4–12 years with ASD attended at a reference center in Paraíba, Brazil. Sociodemographic data and dental care-related variables were collected through a structured questionnaire applied by two trained examiners. Statistical analysis included a simple mediation model with 5,000 bootstrap resamples (95% CI) using Jamovi 2.7.6.

Results: the sample included 104 participants, mostly male (82.7%) with a mean age of 6.7 years. Among caregivers, 20.2% reported lack of time to take the child to the dentist, 42.3% reported children's cooperation difficulties, and 7.7% reported dental care refusal. Children's cooperation difficulties were not directly associated with care refusal ($\beta = 0.129$; $p = 0.185$), but a significant indirect effect mediated by caregivers' lack of time was observed ($\beta = 0.135$; $p < 0.01$). Cooperation difficulties were also associated with higher perceived lack of time ($\beta = 0.393$; $p < 0.01$) which, in turn, was associated with professional refusal ($\beta = 0.343$; $p < 0.01$).

Conclusion: caregivers' lack of time mediated the relationship between children's cooperation difficulties and dental care refusal, suggesting that family barriers significantly influence access to dental services for children with ASD.

Uniterms: autism spectrum disorder; social determinants of health; dental care for persons with disabilities; health inequities; integrality in health.