

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

CINTIA HELENA FIGUEIREDO SERAFIM
ISABELLE RANY VILLARINHO MASSI

ATENDIMENTO DO PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO NO
ESPECTRO AUTISTA

Rio de Janeiro

2022.2

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

CINTIA HELENA FIGUEIREDO SERAFIM
ISABELLE RANY VILLARINHO MASSI

ATENDIMENTO DO PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO NO ESPECTRO AUTISTA
DENTAL PEDIATRIC PATIENT CARE IN THE AUTISTIC SPECTRUM

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário São José como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Camila Borges Frazão.

Rio de Janeiro

2022.2

RESUMO

O autismo é um transtorno do comportamento que se manifesta nos três primeiros anos de vida e que persiste em idade adulta. As características essenciais do Transtorno do Espectro Autista (TEA) consistem na presença de um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social, dificuldades na comunicação, por exemplo, na aquisição de linguagem verbal e não verbal, alterações na cognição e presença de comportamentos repetitivos ou estereotipados. Em relação à saúde bucal, os autistas apresentam alta prevalência de cárie e doença periodontal, provavelmente pela dieta cariogênica associada a seletividade alimentar, uso de medicamentos que alteram o fluxo salivar e dificuldades na higiene bucal comuns em pacientes especiais devido às dificuldades em realizar atividades motoras. O controle de comportamento adequado e adaptado através da individualidade de cada um destes pacientes é imprescindível para a realização do plano de tratamento conveniente e alcançar melhores parâmetros de saúde oral para este público. Para isto, a capacitação profissional requer uma compreensão aprofundada do perfil comportamental dos pacientes com TEA para o correto manejo comportamental e direcionamento do plano de tratamento. Esta é uma revisão bibliográfica com objetivo de elucidar as especificidades do tratamento odontológico dos pacientes dentro do espectro autista e proporcionar um atendimento conduzido a experiências menos traumáticas e profissionais capacitados adequadamente.

Palavras-chave: Autismo, Controle de Comportamento, Capacitação profissional.

ABSTRACT

Autism is a behavioral disorder that manifests itself in the first three years of life and persists into adulthood. The essential characteristics of Autism Spectrum Disorder (ASD) consist of the presence of impaired or markedly abnormal development of social interaction, difficulties in communication, for example, in the acquisition of verbal and nonverbal language; alterations in cognition and the presence of repetitive or stereotyped behaviors. Regarding oral health, autistics present high prevalence of caries and periodontal disease, probably due to the cariogenic diet associated with food selectivity, use of medications that alter the salivary flow, and difficulties in oral hygiene common in special patients due to the difficulties in performing motor activities. The control of adequate and adapted behavior through the individuality of each of these patients is essential to carry out the convenient treatment plan and achieve better oral health parameters for this public. For this, professional training requires a thorough understanding of the behavioral profile of patients with ASD for the correct behavioral management and direction of the treatment plan. This is a literature review aimed to elucidate the specifics of dental treatment of patients within the autistic spectrum and provide care led to less traumatic experiences and adequately trained professionals.

Translated with www.DeepL.com/Translator (free version)

Keywords: Autism, Behavior Control, Professional training.

SUMÁRIO

| | |
|--|---------|
| 1. INTRODUÇÃO | pág. 06 |
| 2. OBJETIVOS | pág. 07 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | pág. 07 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | pág. 07 |
| 3. JUSTIFICATIVA E/OU RELEVÂNCIA..... | pág. 07 |
| 4. HIPÓTESE | pág. 08 |
| 5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | pág. 09 |
| 6. METODOLOGIA | pág. 12 |
| 7. DESENVOLVIMENTO | pág. 12 |
| 7.1 AUTISMO: DEFINIÇÃO E CARAC. GERAIS | pág. 12 |
| 7.2 EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA | pág. 14 |
| 7.3 SAÚDE ORAL EM CRIANÇAS COM TEA | pág. 15 |
| 7.4 PREPARAÇÃO PARA A CONSULTA | pág. 16 |
| 7.5 A CONSULTA ODONTOLÓGICA | pág. 18 |
| 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | pág. 26 |
| 9. REFERÊNCIAS | pág. 27 |

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno no Espectro Autista (TEA) é definido como um distúrbio neurológico que se manifesta, precocemente, até o final do terceiro ano de vida e persiste permanentemente. Essa alteração afeta mais meninos que meninas e é caracterizada por desenvolvimento atípico, manifestações comportamentais incomuns, déficits na comunicação e na interação social, padrões de comportamento repetitivos e estereotipados e possível repertório restrito de interesses e atividades.

A gravidade do autismo varia em diversos graus, sendo levados em consideração aspectos como sintomas, comportamentos, necessidades e capacidades para chegar á correta classificação.

Após seu diagnóstico, essencialmente clínico e feito por psicólogos e psiquiatras, faz-se extremamente necessário o acompanhamento multidisciplinar destes indivíduos, composto por pediatras, fonoaudiólogos, pedagogos, neurologistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e cirurgiões dentistas. Porém, devido ao choque sofrido pela família após a descoberta de qualquer condição especial, os cuidados odontológicos costumam ser deixados de lado, em detrimento da priorização de terapias que atuam diretamente na deficiência do paciente.

É necessário salientar também, a dificuldade desses pacientes de se sentirem confortáveis nos consultórios odontológicos devido a grande quantidade de barulhos, luzes e abordagens incorretas de outros profissionais. Além disso, por apresentarem dependência drástica em rotinas específicas, podem rejeitar certas práticas de higiene oral, se essas não forem aderidas em seu dia a dia desde cedo, o que torna muito difícil a adoção de cuidados dentários no ambiente familiar. Em detrimento disso, é comum observarmos pacientes autistas com certas alterações na saúde bucal como gengivite, doença cárie, traumas dentários etc.

Dessa forma, é de suma importância que o cirurgião dentista esteja apto para lidar com todas as limitações e demandas dos pacientes deste espectro, visando sempre uma abordagem humanizada e capacitada, que visualiza o indivíduo como um ser com

medos e traumas e não levando em consideração somente a queixa apresentada pelos responsáveis.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- O objetivo do presente trabalho é, por meio de uma revisão de literatura baseada em evidências científicas, apresentar as especificações e dificuldades no tratamento odontológico de pacientes no espectro autista (TEA), além de apontar técnicas para a melhoria deste atendimento, visando tornar essa experiência menos traumática, tanto para o paciente quanto para os familiares e profissionais.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender as características e o controle de comportamento do paciente no espectro autista;
- Analisar manobras e variações no tratamento do paciente autista.

3. JUSTIFICATIVA / RELEVÂNCIA

O IBGE não informa especificamente o número de pessoas autistas no país, nosso último censo foi no ano de 2010. Este dado seria determinante para realizar o planejamento de políticas públicas e programas de ação em torno do diagnóstico precoce e também, demonstraria que o autismo poderia estar presente em qualquer classe social, religião, raça ou etnia.

A saúde bucal geralmente é negligenciada ou colocada em segundo plano, em função das inúmeras preocupações relacionadas diretamente à doença. Nesse sentido,

frequentemente se observa em pacientes autistas uma dieta cariogênica, higiene bucal precária e uso de medicamentos xerostômicos. Estes fatores acabam levando a um quadro de saúde bucal desfavorável, pois os pacientes, muitas vezes, enfrentam adversidades relevantes no acesso ao atendimento odontológico devido à dificuldade de localizar um dentista especializado no tratamento, conforme necessário (VAJAWAT, *et al.* 2012; STEIN *et al.*, 2012). A saúde bucal é uma parte importante da saúde em geral. Problemas bucais podem causar dor, sofrimento e limitação funcional que afetam a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo. Diante da relevância de se conhecer as principais alterações presentes na cavidade oral de pacientes com TEA, bem como as dificuldades encontradas pelos cirurgiões-dentistas no atendimento destes pacientes e a carência de estudos que abordem esta temática, o presente artigo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o atendimento odontológico ao paciente com Transtorno do Espectro Autista (TEA), abordando a dinâmica de atendimento dos pacientes odontopediátricos.

Sendo assim, de acordo com as informações acima, consideramos de suma importância pesquisar de maneira mais abrangente a dinâmica de atendimento dos pacientes odontopediátricos no espectro autista, garantindo a promoção da saúde bucal e atuando principalmente de forma humanizada com abordagens terapêuticas que visam o bem-estar do paciente.

4. HIPÓTESE

- 1°) Os pacientes não colaboram no atendimento clínico (plano de tratamento).
- 2°) Os pais priorizam a saúde física ou negligenciam a saúde bucal das crianças.
- 3°) Os profissionais precisam se inteirar mais do assunto com especializações, congressos e pesquisa.
- 4°) Os profissionais necessitam estudar técnicas de manejo comportamental adaptadas a pacientes no espectro.

5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Indivíduos com TEA possuem dificuldades que tendem a comprometer seu desenvolvimento ao longo da vida. Porém, existe uma grande variabilidade na intensidade e expressão dos sintomas, que o torna um transtorno passível de diversas classificações.

As Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) caracterizam-se por dificuldades ao nível da comunicação e da linguagem. Estes pacientes apresentam fraca capacidade de interação social (P. M. L. de Sousa & Santos, 2005).

Amaral, C. O. F. afirma que o autismo apresenta alterações nos padrões de comportamento, que se demonstram restritos e repetitivos com diferentes níveis de gravidade, causando prejuízos nas interações sociais recíprocas, desvio de comunicação e padrões comportamentais limitados, estereotipados.

Sant'anna et al. (2017) afirmaram que a criança autista começa a manifestar comportamentos diferenciados, normalmente, antes dos 30 meses de idade e os pais são os primeiros a identificarem esses sinais e informar ao médico. Incapacidade de comunicação, ecolalia, comportamento repetitivo, indiferença e transtornos de sono e alimentação são algumas dessas características.

Ainda a respeito das características principais do autista, Túlio (2013) relatou que os mesmos apresentam interesses ou rituais e uma insistência em seguir estas rotinas. As estereotípias envolvem movimento de bater as mãos, estalar os dedos, balançar o corpo, inclinar-se rapidamente e caminhar na ponta dos pés.

Dentro da equipe de apoio e de estímulo ao paciente autista, a família ocupa uma função imprescindível, pois, além de ser o principal contexto de socialização dos indivíduos, é a primeira mediadora entre o sujeito e a cultura, afirmaram Carmo et al. (2019).

Em concordância, Lemos et al. (2014) já afirmavam que o maior desafio no manejo do indivíduo autista é proporcionar que os ganhos terapêuticos já obtidos dentro do ambiente familiar, sejam expandidos para outros ambientes não estruturados. Para o

autor, a família e os cuidadores passam a ter papel fundamental como coparticipantes do tratamento odontológico.

Para (El Khatib, El Tekeya, El Tantawi, & Omar, 2014), há vários fatores de risco associados a esta patologia como a dificuldade de manutenção da saúde oral. A maioria das crianças apresenta reduzida destreza manual devido a deficiências motoras. Tal situação leva a que seja realizada uma escovação dentária mais precária.

Geralmente, nestas crianças, é visível uma diminuição do fluxo salivar devido a administração de fármacos (El Khatib et al., 2014).

Por outro lado, estas crianças demonstram preferência por alimentos doces e de consistência mole, tendo estes um elevado grau cariogênico. (Jaber et al., 2011).

O manejo odontológico de pacientes com autismo é complexo devido às características comportamentais inerentes e ao desconhecimento da patologia pelo profissional, uma vez que o ensino universitário não tem como foco fornecer conhecimentos teóricos e práticos para o cuidado de pacientes com deficiência mental, física e cognitiva e é por isso que a maioria dos dentistas não se atreve a tratar este tipo de pacientes (MARULANDA et al., 2013).

Ainda sobre as dificuldades no atendimento destes pacientes, Amaral, C. O. F. afirma que o atendimento ao paciente autista se complica, pois as ações dos cirurgiões dentistas são consideradas invasivas pelo paciente, porque este possui sensibilidade aumentada aos estímulos odontológicos, como: odores, luz, sons do sugador e canetas de alta e baixa rotação. A aversão ao tratamento odontológico pode ser menor se o paciente se acostumar desde pequeno com o ambiente, for atendido pelo mesmo profissional no mesmo consultório e de preferência sempre no mesmo horário e dia da semana.

Segundo Campos et al., para se realizar o atendimento odontológico do paciente autista, deve-se seguir os seguintes critérios: realizar uma anamnese minuciosa, conhecendo as peculiaridades das ações e comunicação dos autistas. Deve-se questionar as aplicações anteriores de métodos de condicionamento aos responsáveis, averiguar experiências anteriores de sedação, evitar tempo de espera na recepção e palavras que botem medo.

Segundo Marulanda et al. (2013), a literatura relata técnicas especiais que facilitam o manejo do comportamento do paciente com autismo durante a consulta odontológica e são 32 técnicas classificadas em básicas e avançadas. Entre as básicas estão as técnicas de comunicação, como controle de voz e comunicação não verbal, distrações, reforço positivo e presença dos pais; e como técnicas avançadas são descritas o óxido nitroso, a sedação endovenosa, a estabilização protetora e a anestesia geral.

Já para Sant'anna et al. (2017), as últimas opções sedação e anestesia geral são indicadas quando não é mais possível controlar o comportamento pelas técnicas básicas para pacientes não colaborativos, procedimentos mais invasivos, casos de fobias e medos relacionados ao ambiente odontológico, sendo que dentistas especializados podem aplicar esta técnica.

De acordo com Sant'Anna et al. (2017) e Amaral et al. (2012), modelos comportamentais são aplicados de acordo com a necessidade da criança, como o TEACCH (Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Limitações), que conduz o profissional a uma organização do consultório capaz de evitar estímulos que possam atrapalhar a criança.

Ainda segundo Sant'Anna et al. (2017), o primeiro contato da criança autista com o dentista acontece tardiamente, e isso torna o atendimento ainda mais complexo. Dessa forma, o ideal é que o contato do paciente com o dentista se inicie o quanto antes para que se construa uma relação de confiança entre os pais, o dentista e a criança. (DIAS, 2009; IGAWA, 2013).

Para que a higiene bucal destes pacientes ocorra corretamente, deve haver a união da dedicação dos pais e capacitação profissional de seus dentistas. Desta forma, os cuidados orais serão parte da vida e rotina dessas crianças, os tornando mais adeptos ao ambiente odontológico e prevenindo alterações que poderiam levar a procedimentos desagradáveis e invasivos.

6. METODOLOGIA

A pesquisa utilizada para este trabalho foi de revisão bibliográfica onde, segundo (Minayo, 2007), implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório.

No trabalho foi realizada uma revisão de literatura narrativa em publicações de diversos autores na forma de artigos científicos, monografias e casos clínicos com finalidade de elucidar a abordagem odontológica específica em pacientes autistas.

7. DESENVOLVIMENTO

7.1. Autismo: definição e características gerais

O termo “autismo” passou por inúmeras alterações ao longo do tempo. Atualmente, é chamado de Transtorno do Espectro Autista pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V (GOMES e ONZI, 2015) e consiste em um transtorno de desenvolvimento de etiologias múltiplas.

O TEA caracteriza-se por alterações precoces presentes antes dos três anos e pode acometer crianças de diferentes grupos sociais. Consiste em uma desordem comportamental que compromete a interação desses indivíduos com outras pessoas, dificultando o seu convívio social, contato físico, aprendizagem e determinando um padrão de comportamento limitado (ARAÚJO, 2016).

Estudos realizados por alguns autores e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), mostram que o sexo masculino apresenta, com mais frequência, o TEA, incidindo em 80% dos casos, pois o cérebro feminino tolera mais mutações genéticas antes de apresentar os sintomas de distúrbio do desenvolvimento neurológico (SANTOS, 2018).

A gravidade e o alcance dos sintomas são bastante diversificados, mas costumam incluir: comportamentos de agressividade contra terceiros sem razão aparente, hipersensibilidade a estímulos (barulho, luz, som, movimento), hipercinésia,

alterações do sono, seletividade alimentar e dificuldade em estabelecer um padrão de alimentação, insensibilidade às feridas e maior tolerância a dor, comportamentos de auto regulação, falta de interesse pelo ambiente circundante, incluindo os familiares próximos, pouco interesse em comunicar-se, dificuldades na linguagem, atraso na fala, aquisição de uma linguagem simples com frases curtas e repetitivas, dificuldade em estabelecer contato visual, ansiedade e tendência a comportamentos repetitivos e obsessivo-compulsivos, estereotípias, resistência a modificar rotinas. (Geiger, Kern, Geiger, 2012; Lourenço 2015). Lembrando que o autismo é um espectro e estas características variam de pessoa para pessoa em sua individualidade.

O TEA apresenta-se em diferentes combinações de sintomas e graus de severidade que estão associados ao coeficiente intelectual (QI), variando de moderado a profundo (abaixo de 70); sendo que 10 a 20% das crianças têm escores dentro da variação normal. Pode variar entre retardo mental severo, que é o autismo de baixo funcionamento, até o quociente de inteligência (QI) normal ou superdotado, que é o autismo de alto funcionamento. Um forte indício da multicausalidade do problema é o fato de existirem autistas tão diferentes entre si. (AMARAL et al.,2012).

Zanon et al.(2014) estabelece que o autismo pode ser classificado em três níveis:

- Nível 1) Leve: necessita de pouco suporte, os problemas de organização e planejamento impedem a independência por completo. Não sofre um limitante durante interações sociais, mesmo quando apresenta algumas dificuldades para comunicar-se;
- Nível 2) Moderado: necessita de suporte e é semelhante ao nível 3, o que difere é a menor intensidade no que cabe aos transtornos de comunicação e deficiência de linguagem;
- Nível 3) Severo: necessita de maior suporte, apresentando um déficit considerado grave nas habilidades de comunicação verbais e não verbais, ou seja, não conseguem se comunicar sem contar com suporte. Com isso, apresentam dificuldade nas interações sociais e tem cognição reduzida, além de possuírem um perfil inflexível de comportamento, tendo dificuldade de lidar com mudanças e tendências ao isolamento social, se não estimulados.

7.2. Epidemiologia e Etiologia

Os dados epidemiológicos encontrados na literatura são muito diversificados, entretanto, observa-se um aumento na prevalência de alguns, o que pode ser justificado por algumas razões como, por exemplo, dados epidemiológicos que passaram a incluir todas as peculiaridades do TEA e uma melhora significativa nos critérios de diagnóstico, que se apresentam mais abrangentes e completos.

Desde os anos 90, a prevalência do TEA está na ordem dos 5 a 13 por cada 10.000, sendo três ou quatro vezes mais comum no sexo masculino do que no feminino. (Fombonne, 2003; Fombonne, 1999; Fombonne, 2005).

Os resultados obtidos por Fombonne, (Fombonne, 2005) estimam a prevalência atual de transtorno autista em valores situados na ordem de 10/10.000 a 16/10.000. Nos Estados Unidos, o Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) reporta uma prevalência mais elevada 34/10.000 (Namal, Vehit, Koksai, 2007). Estimaram ainda que, 1 em cada 88 crianças de 8 anos foi identificada com um Transtorno do Espectro Autista (Centers for Disease Control and Prevention, 2008).

Os mais recentes relatórios epidemiológicos estimam, em todo o mundo, uma prevalência de 1 a 2 casos por 1.000 crianças para o autismo especificamente (CDC, 2008; Newschaffer et al, 2007). As estatísticas sobre o transtorno autista nos Estados Unidos e em Inglaterra mostram uma ocorrência de 4,5 por 10.000 nascimentos (Fombonne, 2009). Em estudos na Ásia, Europa e América do Norte foram identificados indivíduos com TEA com uma prevalência de cerca de 1% da população. No entanto, um estudo recente na Coreia do Sul relatou uma prevalência de 2,6% (Kim et al, 2011).

Ainda não foi identificado um fator etiológico exato para o autismo. Vários fatores têm sido explicados como possíveis causas do TEA, que interagem durante períodos mais vulneráveis do desenvolvimento neurológico. Sendo estes, imunológicos (IL-4 e IL-5 entre as 15-19 semanas de gestação apresenta 50% de risco) ou ambientais (pesticidas, citomegalovírus, meningite bacteriana). Na maioria dos casos, não se descobriu a causa, porém, a tendência do TEA surgirem em famílias, sugerem uma componente genética. As famílias com uma criança autista têm 3% a 8% de probabilidade que os próximos filhos sejam autistas. (Matelskil e VandeWater, 2015).

O Autismo tem sido associado a um leque complexo de erros do metabolismo e a erros cromossômicos, bem como uma gama de condições infecciosas durante o período pré-natal. Entre 2% a 8% dos irmãos de um indivíduo autista também têm TEA (Muhle, Trentacoste, Rapin, 2004).

Segundo um grande estudo publicado em 2018 pelo Centro de Controle de Doenças e Prevenção de Saúde americano (*CDC – Center of Disease Control and Prevention*), o autismo afeta, hoje, uma em cada 59 crianças. Logo, se considerarmos que a rede pública de ensino do Brasil atende cerca de 37 milhões de alunos (MEC, 2015), pode-se dizer que cerca de 600 mil crianças e adolescentes apresentam alguns dos sintomas do TEA, isso apenas nas escolas públicas. (IBGE, 2018).

7.3. Saúde oral em crianças com TEA

Portadores do Transtorno Espectro Autista não têm manifestações orais específicas. O fluxo salivar, o nível de pH e a capacidade tampão é semelhante a uma pessoa não portadora, apesar dos medicamentos frequentemente usados que causam xerostomia, hiperplasia gengival e hipotonia muscular. (CRUZ et al., 2017).

Em um estudo de revisão, Villar et al. (2016) não encontraram diferenças na presença de maloclusões, cárie dentária e hábitos bucais em crianças com transtorno do espectro autista, porém, o estado de higiene bucal e periodontal foram mais deficientes quando comparados a um grupo pediátrico, devido às dificuldades motoras e dieta cariogênica, embora tenham apontado a prevalência de algumas desordens como hipoplasia do esmalte, maloclusões, bruxismo, hábitos deletérios, gengivite e ou doença periodontal e traumas dentários associados ao TEA.

A ocorrência de maloclusões em indivíduos com TEA foram majoritariamente atribuídas à função muscular alterada e aos hábitos parafuncionais como sucção digital, respiração bucal e deglutição atípica, frequentemente encontrados. O que resulta em maior tendência a certas maloclusões como palato ogival, mordida aberta anterior e apinhamento dentário em uma prevalência de casos (ORELLANA et al., 2012; ROCHA, 2015).

Estudos recentes que comparam a dentição decídua de uma criança autista com a dentição de uma criança normo-reativa indicam que, na dentição decídua, o índice de cárie é maior em crianças autistas, mas, na dentição permanente, o número de cáries é semelhante nos dois grupos (AMARAL, PORTILLO & MENDES, 2011). Além da dieta cariogênica e a dificuldade de higienização, o uso de medicação que causa xerostomia, a hiperplasia gengival e a hipotonia muscular são fatores agravantes para cárie e doença periodontal. (MAREGA, 2008).

Em relação à saúde bucal desses indivíduos, os autistas podem apresentar alta prevalência de cárie e doenças periodontais devido a sua dieta cariogênica e a grande deficiência para higienização bucal, pois apresentam dificuldades na coordenação motora e pouca cooperação na realização das atividades que a eles são propostas (MUNARETTO, 2002). Muitas crianças chegam ao consultório com problemas bucais já instalados, dentre eles: cárie ativa, doença periodontal, más oclusões e bruxismo. Um dos fatores para que isso aconteça é uma dieta rica em alimentos doces (na tentativa de agradar a criança ou como recompensa por uma tarefa cumprida), a alimentação seletiva e o uso prolongado da mamadeira. Outro fator que pode ser relacionado é o uso de medicamentos que, a longo prazo, comprometem a saúde bucal. (SANT'ANNA et al., 2017).

7.4. Preparação para consulta

Como dito anteriormente, a adoção de hábitos de higiene oral em pacientes autistas apresenta um desafio. Bem como, sua ida a consultas odontológicas que ainda não façam parte de sua rotina. Desta forma, é de extrema importância que os pais e responsáveis adquiram conhecimentos e estratégias que os capacitem a ajudar estes pacientes na preparação para futuras consultas.

Algumas recomendações como ensinar a criança a abrir e fechar a boca e mantê-la aberta quando solicitada, colocar os pés em linha reta, contar os dentes, segurar escova de dente, observar os dentes com espelho, familiarizá-lo com a luz que colocam na boca e, idealmente, testar alguns suportes de raio-x para acostumá-la com o objeto, caso haja a necessidade da realização deste procedimento, são encontradas em um guia

publicado pela Autism Speak TM. Organização que visou auxiliar os responsáveis neste processo de adaptação a consulta odontológica. (Speaks A, 2010; Aparicio del Toro B, 2016).

Desenvolver a comunicação com a criança é de extrema importância para o atendimento, tendo em vista que muitas delas possuem grande comprometimento na fala. Alguns programas como Sistemas Alternativos e Aumentativos da Comunicação (SAAC), Sistemas de Comunicação por troca de imagens (PECS), Programas de Comunicação Total de Benson Schaeffer, método TEACHH, PEAPO, entre outros foram criados para assistir os pais a estimularem a comunicação no dia a dia dos pacientes e, conseqüentemente, nas próximas consultas. (Aparicio del Toro B, 2016).

Conhecer bem a criança é fundamental, principalmente, para uma boa preparação do consultório previamente ao atendimento. O Dental Too Kit fornece um guia com partes voltadas aos cirurgiões-dentistas, onde encontra-se um questionário com questões relativas a história clínica, fármacos, alergias, hábitos de higiene, capacidades, emoções e autnomias que facilitarão esse processo de capacitação. (Autism Speaks, 2010).

Após o recolhimento de todas as informações do questionário é aconselhável a adoção de um protocolo de dessensibilização sistemática. Este protocolo visa criar uma relação positiva entre dentista e paciente, familiarizando-o ao ambiente e procedimentos odontológicos por meio de fotos e vídeos do consultório, além de sessões simuladas feitas por um educador no centro de educação social.

Outro método aconselhável é o agendamento de algumas consultas somente para a criança conhecer pessoalmente o espaço, equipe, materiais e instrumentais utilizados. Porém, sem a realização de qualquer tipo de procedimento. Essas consultas adaptativas são de grande importância, visto que podem acalmar significativamente o paciente ao minimizar seu medo do desconhecido, além de criar uma rotina.

Familiarização é a palavra-chave para que a preparação para a consulta ocorra de forma efetiva, proporcionando um atendimento humanizado e atraumático para o paciente e sua família.

7.5. A consulta odontológica

A defasagem de conhecimentos vista em diversos profissionais dentistas acerca do tratamento de pacientes no espectro autista é uma das primeiras barreiras para o sucesso no atendimento desse público. Cerca de 89% dos odontopediatras tratam crianças autistas, enquanto apenas 32% de dentistas não especialistas o fazem. (Weil e Inglehart, 2010). Essa falta de experiência e conhecimento podem acabar gerando certos traumas no paciente autista e grande ansiedade nos responsáveis, que acabam criando muitas expectativas negativas em relação ao atendimento odontológico.

Apesar de as patologias orais serem semelhantes em pacientes com sem TEA, a cooperação e comportamento da criança autista acabam se tornando os maiores dificultadores durante a consulta. Portanto, é fundamental que o cirurgião dentista conheça bem seu paciente e tenha total domínio sobre as formas particulares de acalmá-lo e das técnicas de manejo comportamental, caso sejam necessárias.

Uma técnica muito facilitadora no atendimento odontológico deste público é a adoção do Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (PECS), que consiste na demonstração de todas as etapas do procedimento planejado por meio de figuras. Os materiais didáticos são muito efetivos, principalmente, no tratamento de pacientes autistas não comunicativos. (ZINK *et al.*, 2016).

Estima-se que a atenção destas crianças dure cerca de 15 a 20 minutos. Devido a essa limitação, as consultas devem ser muito bem organizadas, levando em consideração o tempo de tratamento e na sala de espera, e o mais curtas possíveis, para que os pacientes não fiquem impacientes ou estressados. Em procedimentos complexos, é aconselhado dividi-los em várias consultas. (C. O. F. Amaral *et al.*, 2012; L. D. Amaral *et al.*, 2016; Nelson *et al.*, 2015).

É muito importante que as consultas sigam um padrão de atendimento para que a rotina criada com o paciente não seja alterada. Logo, é aconselhável que sejam agendadas sempre no mesmo horário, preferencialmente pela manhã, no mesmo consultório, com a mesma equipe, mesmos uniformes e arrumação de materiais, sem nenhuma alteração na disposição dos móveis. Desta forma, evitando que a criança fique exaltada ou reaja de forma imprevisível. (C.O.F. Amaral *et al.*, 2012).

Certas vezes, o atendimento ao paciente autista pode tornar-se estressante e desafiador. Por isso, é imprescindível que o cirurgião dentista tenha total conhecimento sobre as técnicas de manejo comportamental para lidar de forma correta com essas crianças. Essas técnicas dividem-se em básicas ou avançadas e cada uma possui suas indicações e contraindicações.

7.5.1. Técnicas básicas de manejo comportamental

7.5.1.1. Técnica Dizer-Mostrar-Fazer

Esta técnica consiste em explicar ao paciente, de forma verbal, sobre o procedimento a ser realizado, com frases curtas e claras (dizer). Posteriormente, deve ser feita uma demonstração lúdica do passo a passo descrito antes. Essa demonstração pode ser feita em modelos, bichos de pelúcia ou na mão do paciente com os próprios instrumentais a serem utilizados (mostrar). Por fim, efetua-se o procedimento exatamente como explicado (fazer).

O intuito da técnica é demonstrar à criança algo desconhecido, reduzindo seu medo e ansiedade e familiarizando-a com o ambiente e atendimento.

Pacientes com TEA, geralmente, respondem bem a esta técnica. Porém, a mesma não é indicada para procedimentos em que haja dor e hemorragia. (Torres, 2009).

7.5.1.2. Dessensibilização

Como já citado anteriormente, o protocolo de dessensibilização é outro facilitador muito eficaz no manejo comportamental de pacientes autistas. Essa técnica consiste em tentar adaptá-los, gradualmente, ao ambiente odontológico por meio de idas curtas ao consultório, avançando uma nova etapa a cada visita. No fim de cada consulta, a criança deve receber uma pequena recompensa ao cumprir o objetivo. Segue um exemplo desta técnica.

1ª consulta: Entrar no consultório e conhecer os espaços.

2ª consulta: Sentar-se na cadeira por 30 segundos.

3ª consulta: Sentar-se na cadeira por 1 minuto.

4ª consulta: Sentar-se na cadeira por 5 minutos.

5ª consulta: Sentar-se na cadeira por 10 minutos.

Nas consultas seguintes, o objetivo é que o tempo de cadeira aumente cada vez mais e, posteriormente, a criança abra a boca, deixe o dentista escovar seus dentes e assim sucessivamente, até que o atendimento seja parte de sua rotina. Desta forma, o paciente já estará familiarizado no momento de realização dos procedimentos. (Rocha, 2015).

7.5.1.3. Controle de Voz

Com o objetivo de modelar certos comportamentos do paciente, essa técnica consiste em alterar a entonação, volume e ritmo da voz até que o cirurgião dentista consiga recuperar a atenção da criança ou corrigir comportamentos que prejudiquem a consulta.

Nos casos em que as atitudes do paciente atrapalhem ou impeçam a consulta, comandos firmes e sóbrios devem ser utilizados. Quando, ainda assim, a postura inadequada da criança não possa ser solucionada, a consulta deve ser finalizada de forma positiva e cordial para não prejudicar a relação com o paciente. (Rocha, 2015).

É fundamental salientar que o mais importante não é o que é realmente dito. Porém, a maneira e o tom como é dito. É importante que a expressão facial acompanhe o ritmo da voz (Torres, 2009).

7.5.1.4. Análise comportamental aplicada (ABA – Applied Behavior Analysis)

ABA e Estratégias Naturalistas são as técnicas mais consagradas e eficientes para a compreensão, tratamento e desenvolvimento de crianças com autismo. Estas técnicas tem como objetivo reprogramar certos comportamentos indesejados, por meio de análises de qual a sua causa e consequências. A ideia é aproximar a criança do comportamento ideal sucessivamente, até que a mesma o realize por sua própria iniciativa. (Delli, Reichart, Bornstein, & Livas, 2013).

São abordagens psicológicas, onde a criança aprende de uma forma natural e aplicada à sua realidade, através de brincadeiras e jogos. Assim, desenvolvendo a comunicação, as competências sociais, o desenvolvimento cognitivo, as habilidades motoras globais e finas, a imitação e os comportamentos adaptativos.

A ação pretendida deve ser ensinada separadamente por meio da divisão em etapas. Por exemplo, ao ensinar a criança a fazer sua higiene bucal, ela deve ser instruída sobre a quantidade de creme dental utilizada. Posteriormente, sobre os movimentos de escovação, utilização do fio e assim por diante. Sempre que o paciente alcançar uma nova etapa, deve ser recompensado por meio de reforço positivo. (Pinto, 2017).

7.5.1.5. Reforço positivo

A técnica consiste em recompensar a criança após um bom comportamento por meio de elogios, expressões faciais positivas, demonstrações de afeto ou brinquedos e prêmios adequados a idade do paciente.

É fundamental que o reforço positivo seja atribuído somente após o bom comportamento e nunca antes. Dessa forma, a criança entenderá que a recompensa é uma consequência de seu bom desempenho e tal atitude será incentivada a se repetir nas consultas seguintes. (Torres, 2009).

7.5.1.6. Distração

Como o próprio nome diz, a técnica consiste em distrair e desviar a atenção da criança para outro foco em procedimentos que possam trazer mais dor ou desconforto.

A distração deve ser feita da forma mais natural possível e a ajuda dos pais ou responsáveis pode ser fundamental nesse processo, uma vez que os mesmos sabem a melhor forma de desviar a atenção da criança, seja por músicas, filmes ou mesmo brinquedos pessoais. (Rocha, 2015).

Essa técnica diminui, significativamente, a probabilidade de comportamentos impulsivos negativos, decorrentes da ansiedade e estresse comuns nos procedimentos mais invasivos. (Rocha, 2015).

7.5.1.7. Presença ou ausência de pais e responsáveis

A presença de pais ou responsáveis no consultório pode ser muito benéfica, como já citado. Porém, não se aplica a todos os casos.

Para pacientes com idades muito imaturas ou até cerca dos quatro anos de idade, a presença dos pais, geralmente, é considerada benéfica, tendo em vista que, nesta faixa etária, ainda existe um grande apego da criança com os pais. Estes podem auxiliar fazendo com que seus filhos se sintam mais calmos e seguros. (Pinto, 2017).

Já em consultas de pacientes com idades mais avançadas, a presença dos pais deve ser muito bem avaliada. Levando em consideração critérios como personalidade da criança, de seus responsáveis e sua condição. (L. F. P. da Silva et al., 2016).

A presença dos pais pode ser muito eficaz por auxiliar na transmissão de informações, limitações, sensibilidades, medos e inseguranças de seus filhos. No entanto, os responsáveis nunca devem transmitir suas ansiedades às crianças, que devem se manter serenas e seguras. Portanto, deve existir uma conversa prévia a consulta entre o profissional e os pais, para que todos estes critérios sejam avaliados e o dentista possa decidir se eles deverão ou não estar presentes. (Pinto, 2017).

7.5.1.8. Técnicas sensoriais

Um sintoma comum do TEA é a sensibilidade sensorial alterada. Este público, muitas vezes, possui hipersensibilidade a certos estímulos específicos do ambiente odontológico. Visando diminuir o estresse que tais fatores podem causar nestes pacientes, as técnicas sensoriais são muito indicadas para alterar os níveis de exposição a determinados estímulos, de acordo com a sensibilidade de cada criança a cada um. (Rocha, 2015).

Algumas formas de minimizar tais elementos durante as consultas são, por exemplo, colocar fones de ouvido com músicas de agrado pessoal do paciente, a fim de reduzir a percepção dos sons provenientes dos instrumentais, colocação de avental de chumbo sobre a criança, distraíndo-a de outros toques simultâneos devido a pressão sofrida, evitar a utilização de materiais com cheiros fortes e luzes que incidam diretamente na criança, desligando as do teto e substituindo a luz do equipo por uma lanterna de cabeça, colocar óculos de sol no paciente também pode ser uma boa opção, caso a criança reaja mal ao fato do dentista estar tapando a boca com a máscara, utilizar protetor facial transparente. (Rocha, 2015).

7.5.1.9. Pedagogia visual

Esta técnica consiste em explicar visualmente uma sequência de eventos. Pode ser utilizada no ensino de hábitos de higiene oral, como escovar os dentes, mas também na demonstração dos passos da consulta, permitindo que a criança se sinta mais familiarizada ao conhecer os procedimentos que a esperam, sua ordem e identificá-los em cada etapa do atendimento.

Alguns exemplos de pedagogia visual são as histórias sociais, que estão disponíveis em livros, vídeos ou criadas pelo próprio dentista com linguagem simples e de fácil compreensão (Nunes, 2016) e os cronogramas visuais, que consistem em sequências de imagens ou vídeos com descrições curtas, claras e opcionais. Este último apresenta uma vantagem em relação as histórias sociais, tendo em vista que o paciente autista, muitas vezes, apresenta dificuldade de leitura e compreensão auditiva. Portanto, mesmo nos pacientes com mais limitações, os cronogramas visuais são eficazes. (Rocha, 2015).

As crianças com TEA que utilizam pedagogia visual apresentam ainda maior cooperação durante tratamento do que crianças sem TEA. (Sallam, Badr, & Rashed, 2013).

7.5.2. Técnicas avançadas de manejo comportamental

Em situações que não seja possível realizar o tratamento da criança com segurança e fazendo uso apenas das técnicas básicas, pode-se recorrer as técnicas avançadas de manejo comportamental.

Todas as seguintes técnicas requerem um consentimento informativo previamente assinado pelos responsáveis. (C. O. F. Amaral et al., 2012).

7.5.2.1. Estabilização protetora

Este método consiste em minimizar ou restringir os movimentos do paciente, de forma a facilitar a realização do procedimento e evitar lesões para a criança e para o dentista. Visa fornecer mais segurança e eficácia ao atendimento.

A restrição dos movimentos pode ser realizada por uma pessoa (mãe, auxiliar) ou por meio de dispositivos de estabilização (macri, abridor de boca).

Em certos casos, a estabilização pode fornecer um efeito calmante devido a pressão aplicada. Porém, em outros casos, o paciente pode responder de forma diferente à técnica, piorando seu comportamento nas consultas seguintes. (T. A. O. L. A. e Silva, 2015). Portanto, esta técnica deve ser muito bem avaliada e, sempre que possível, preterida por outras menos agressivas.

Caso a técnica não seja suficiente para controlar o comportamento, deve-se recorrer a sedação consciente ou anestesia geral.

7.5.2.2. Sedação consciente

Este método tem como objetivo causar uma leve queda no nível de consciência dos pacientes, sem alterações na respiração, reflexos ou capacidade de resposta a estímulos, por meio de fármacos como Midazolam, Diazepam, Hidroxizina ou, o mais comum, Óxido Nitroso. Estas substâncias atuam no Sistema Nervoso Central, promovendo um efeito sedante e relaxante muscular, mas, simultaneamente, mantendo o paciente num estado de alerta e consciência. (Torres, 2009).

A sedação consciente pode apresentar três níveis (leve, moderada ou profunda), variando de acordo com o grau de intensidade da sedação (Pinto, 2017). Durante esse processo, não necessariamente haverá uma melhoria na cooperação do paciente. A técnica somente irá reduzir a ansiedade e o medo durante a consulta e aumentar seu limiar de dor. (Rocha, 2015).

O Óxido Nitroso é administrado apenas por via inalatória, contraindicado para pacientes com obstruções respiratórias, lesões cerebrais ou sob efeito de antidepressivos (Torres, 2009), com uma enorme velocidade de transporte, atingindo seu nível ideal de sedação em apenas cinco minutos e com perda de efeito em apenas alguns minutos após remoção da máscara inaladora. (Zanelli et al., 2015).

A fim de prevenir uma hipoxia devido a rápida liberação de Óxido Nitroso dos alvéolos para corrente sanguínea, é recomendada a administração de 100% de oxigênio durante três a cinco minutos após o término de seu uso. (Monteiro, 2013). Sendo assim, é fundamental que o paciente esteja sendo monitorado durante todo o procedimento.

7.5.2.3. Anestesia geral

Como já citado, em alguns casos específicos, é necessário que o cirurgião dentista recorra a técnicas avançadas de manejo comportamental. Principalmente, para casos longos e pacientes nada colaborativos. Em última instância, após o insucesso na tentativa de todos os outros métodos anteriores, é indicada a técnica da anestesia geral. (Rocha, 2015).

Essa técnica permite a indução de perda total da consciência e perda de reflexos protetores. Portanto, o paciente necessita ser assistido para manter a permeabilidade das vias aéreas, uma vez que deixa de fazê-lo autonomamente. A função cardiovascular também pode ser comprometida. (Ramalho et al., 2017).

É importante salientar sobre os efeitos secundários, que podem ser leves ou, mais raramente, graves. Dentre os leves, podemos citar fadiga, tonturas, irritabilidade, tosse, náuseas, dor de garganta, vômitos. Já como efeitos graves, reação alérgica a algum medicamento, lesão cerebral ou parada cardíaca, que pode levar a óbito. (Stratmann et al, 2014).

Com o intuito de aliviar a ansiedade e estresse após o efeito da anestesia, é recomendado permitir que o paciente se recupere em um ambiente isolado, com luz fraca, poucos estímulos, pouco movimentado e, de preferência, na presença dos pais. O envolvimento destes, o uso de termos familiares e linguagem simples são essenciais para a gestão da dor e proporcionar conforto. (Ely e Chen-Lim, 2016).

Para a realização desta técnica, é necessário um profissional formado e equipamento específico, razão pela qual este procedimento, frequentemente, é feito em ambiente hospitalar. (Torres, 2009).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) caracteriza-se por uma desordem no desenvolvimento neurológico que é manifestada precocemente e apresenta sintomas como déficit na comunicação social ou interação social, padrões repetitivos de comportamento e sensibilidade alterada a estímulos sensoriais.

Devido a grande preocupação dos pais com relação ao estado de saúde geral das crianças, a cavidade oral costuma ser colocada em segundo plano, colaborando com a prevalência de quadros desfavoráveis de saúde bucal. Esse fator aliado a uma dieta cariogênica, higiene precária, uso de medicamentos xerostômicos e comuns hábitos parafuncionais, manifesta-se no aparecimento de muitos pacientes autistas acometidos por gengivite, doença cárie, traumas dentários, entre outras alterações.

Outro fator que colabora com a prevalência destes casos é a formação incompleta de muitos cirurgiões dentistas. Estes acabam não possuindo o conhecimento suficiente para lidar com as características especiais destes pacientes, resultando em atendimentos traumáticos para a criança e a família, que acabam se sentindo desmotivados a continuar os tratamentos.

Desta forma, é de suma importância que as universidades invistam na formação contínua dos profissionais dentistas, a fim de aprofundar o conhecimento acerca das peculiaridades do espectro autista e as formas adequadas de manejo e controle comportamental destes pacientes (controle de voz, pedagogia visual, sedação consciente), além da necessidade de aperfeiçoamento governamental dos programas preventivos desde tenra idade, com o objetivo de conscientizar os pais e responsáveis da gravidade dessas alterações orais e evitar futuras experiências traumáticas.

Prevenção é a palavra-chave no atendimento de pacientes autistas, diagnosticar e atuar precocemente sempre será o fator mais importante na melhoria de seus prognósticos. Estes indivíduos são parte da comunidade e devem ser tratados com a mesma eficácia e capacitação do resto da população.

9. REFERÊNCIAS

Amaral, C. O. F., Malacrida, V. H., Videira, F. C. H., Parizi, A. G. S., Oliveira, A. de, & Straioto, F. G. (2012). Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para o atendimento odontológico. *Archives of Oral Research*, 8(2), 143–151.

AMARAL, L.D. Et al. Dental care to patients with autism: clinical management guidelines. *Revista Brasileira de Odontologia. Brazilian Journal of Dentistry. Associação Brasileira de Odontologia-Seção Rio de Janeiro*. DOI: <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v75.2018.e1367>.

AMARAL, L. D.; PORTILHO, J. A. C.; MENDES, S. C. T. Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na Saúde Bucal Coletiva. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 3, p. pg. 105-114, 15 dez. 2011.

AMARAL, Cristhiane Olivia Ferreira; MALACRIDA, Victor Hugo; VIDEIRA, Fernanda Celeste Henriques; PARIZI, Arlete Gomes Santos; OLIVEIRA, Adilson de; CAGETTI, Maria Grazia; MASTROBERARDINO, Stefano; CAMPUS, Guglielmo; OLIVARI, Benedetta; FAGGIOLI, Raffaella; LENTI, Carlo; STROHMENGER, Laura. Dental care protocol based on visual supports for children with autism spectrum disorders. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, v. 20, n. 5, p. e598-604, Sep 2015.

Aparicio del Toro B. Autism Spectrum Disorder: Communications Intervention Programs [dissertação]. España (ES): Universidad de Cantabria; 2016.

ARAÚJO, N. M. DE. Atendimento odontológico a pacientes autistas. Artigo apresentado no Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade São Lucas, p. 1–16, 2016.

AYAN, Steve. Apenas diferente. Em: *Doenças do cérebro: autismo*, volume 6, 2ªed. São Paulo: Duetto Editorial, 2012.

CAMERON, Angus C.; WIDMER, Richard P. Manual de Odontopediatria. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

Campos CC, Frazão BB, Saddi GL, Morais LA, Ferreira MG, Setúbal PCO, et al. Manual prático para o atendimento odontológico dos pacientes com necessidades especiais [Manual online]. 2009.

CARMO, Marisa anversa. ZANETTI, Ana Carolina Guidorizzi. SANTOS, Patrícia Leila dos. O ambiente familiar e o desenvolvimento da criança com autismo / Family environment and the development of a child with autism. Rev. enferm. UFPE on-line; Recife 13(1): 206- 215, jan. 2019.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of Autism Spectrum Disorders — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, in 2008 [61(SS03)]. 2012 March [cited 2017 March 2];1-19. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6103a1.htm>.

Chandrashekhar, S., & Bommangoudar, J. S. (2018). Management of Autistic Patients in Dental Office: A Clinical Update. International Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 11(3), 219–227.

CRUZ, V. S. A. et al. Conditioning strategies in the dental care of patients with autism spectrum disorders. Revista Brasileira de Odontologia, v. 74, n. 4, p. 294-299, 2017.

DELLI, Konstantina; REICHART, Peter ; BORNSTEIN, Michael M.; LIVAS, Christos. Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: concerns, behavioural approaches and recommendations. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, v.18, n. 6, p. e862-868, Nov 2013.

DA COSTA SANT'ANNA, L. F. C.; BARBOSA, C. C. N.; BRUM, S. C. Atenção à saúde bucal do paciente autista. Revista Pró-UniverSUS. v.8, n.1, p.67-74, jan/jun. 2017.

David Amaral, L., Carvalho, T. F. de, & Bezerra, A. C. B. (2016). Atenção bioética à vulnerabilidade dos autistas: a odontologia na estratégia da saúde da família. Revista Latinoamericana de bioética, 16(1), 220–233.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1465>

El Khatib, A. A., El Tekeya, M. M., El Tantawi, M. A., & Omar, T. (2014). Oral health status and behaviours of children with Autism Spectrum Disorder: A case-control study. International Journal of Paediatric Dentistry, 24(4), 314–323.

Ely E, Chen-Lim ML, Carpenter KM 2nd, et al. Pain assessment of children with autism spectrum disorders. J Dev Behav Pediatr. 2016; 37:53 – 61.

Fombonne E. The epidemiology of autism: a review. Psychol Med. 1999; 29(4): 769-86.

Fombonne E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. J Autism Dev Disord. 2003; 33(4): 365-82.

Fombonne E. Epidemiología de los trastornos generalizados del desarrollo. En: Martos J, González PM, Llorente M, Nieto C. Nuevos desarrollos en Autismo: el futuro es hoy. Madrid: APNA, 2005. p. 21-44.

Fombonne E. Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders. Pediatric Research. 2009; 65(6):591-598.

GANDHI, Roopa ; KLEIN, Ulrich. Autism spectrum disorders: an update on oral health management. J Evid Based Dent Pract,v. 14, p. 115-126, Jun 2014.

Geiger DA, Kern JK, Geiger MR. A prospective cross sectional cohort assessment of health, physical and behavioral problems in Autism spectrum disorders. *Maedica* 7:193-200, 2012.

IBGE, Disponível em: www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese.

Jaber, M. A., Sayyab, M., & Abu Fanas, S. H. (2011). Oral health status and dental needs of autistic children and young adults. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 2(1), 57–62.

KHOLOOD, A.S.A.; ALDHALAAN, M.H.; MONEER, Z.; MOHAMMED, A.; AMAN, J.; REEM, M.A.; ABDULAZIZ, M.A.; KIRANK, G.; HEZEKIAH, M; Challenges of Autism

Kim YS1, Leventhal BL, Koh YJ, Fombonne E, Laska E, Lim EC, y col. Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *Am J Psychiatry*. 2011;168(9):904-912.

LEMOS, Emellyne Lima de Medeiros Dias. Et. al. Inclusão de crianças autistas: um estudo sobre interações sociais no contexto escolar. *Rev. bras. educ. espec.*, Marília, V. 20, Vnº . 1, p. 117-130, Mar. 2014 .

MAREGA, T. AIELLO, A. L. R. Autismo e tratamento odontológico: Algumas considerações. *JBP- Rev. Ibero- Americana de odontopediatria e odontologia para bebê*, v:8, n.42, p. 150-157. 2005.

Matelskil L, Van de Water J. Risk factors in autism: thinking outside the brain. *Journal of Autoimmunity*. 2015 Feb; 67:1-7.

MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

Muhle R, Trentacoste SV, Rapin L. The genetics of autism. *Pediatrics* 113: 472-486, 2004.

MUNARETTO, V. C. M. O autista e o tratamento odontológico. Goiânia (GO): Associação Brasileira de Odontologia seção Goiás. Especialização em Odontopediatria, 2002.

Nelson, T. M., Sheller, B., Friedman, C. S., & Bernier, R. (2015). Educational and therapeutic behavioral approaches to providing dental care for patients with Autism Spectrum Disorder. *Special Care in Dentistry*, 35(3), 105–113.

ONZI, Franciele Zanella; GOMES, Roberta de Figueiredo. Transtorno do espectro autista: a importância do diagnóstico e reabilitação. *Revista Caderno Pedagógico*, p. 188-199, 2015.

ORELLANA, L. M. et al. Oral manifestations in a group of adults with autism spectrum disorder. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, v. 17, n. 3, p. 415-419, 2012.

ORELLANA, Lorena; MARTINEZ-SANCHIS, Sonia; SILVESTRE, Francisco. Training adults and children with an autism spectrum disorder to be compliant with a clinical dental assessment using a TEACCH-based approach. *J Autism Dev Disord*, v. 44, n. 4, p. 776-785, Apr 2014.

ORRÚ, Silvia Ester. *Autismo, linguagem e educação: interação social no cotidiano escolar*. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2009.

Ramalho, C. E., Bretas, P. M. C., Schvartsman, C., & Reis, A. G. (2017). Sedation and analgesia for procedures in the pediatric emergency room. *Jornal de Pediatria*, 93(1), 2–18.

Rocha, M. M. (2015). *Abordagem de Pacientes Autistas em Odontopediatria*. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto.

SANT'ANNA, LFC. BARBOSA, CCN. BRUM, SC. Atenção à saúde bucal do paciente autista. Revista Pró-UniverSUS. 2017 Jan./Jun.; 08 (1): 67-74.

SANTOS, L. S. S. DOS. Atendimento odontológico em pacientes autistas. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil da Universidade Estadual de Londrina, p. 1–25, 2018.

Sallam, A. M., Badr, S. B. Y., & Rashed, M. A. (2013). Effectiveness of audiovisual modeling on the behavioral change toward oral and dental care in children with autism. *Indian Journal of Dentistry*, 4(4), 184–190.

Silva, L. F. P. da, Freire, N. de C., Santana, R. S. de, & Miasato, J. M. (2016). Técnicas de Manejo Comportamental Não Farmacológicas na Odontopediatria. *Revista de Odontologia da Universidade da Cidade de São Paulo*, 28(2), 135–142.

SILVA M. *Compêndio de Odontologia Legal*. São Paulo: Medsi; 1997.

Silva, T. A. O. L. A. e. (2015). O paciente com Autismo: a abordagem na consulta de medicina dentária e a importância da prevenção em saúde oral. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, Lisboa

Speaks A. *Guia odontológico dental guide* © 2010. 2010.

Spectrum Disorders Families Towards Oral Health Care in Kingdom of Saudi Arabia; *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 20(1): 1- 7; 2020.

Stratmann G, Lee J, Sall J, Lee B, Alvi RS, Shih J et colab. G. S. Effect of General Anesthesia in Infancy on Long-Term Recognition Memory in Humans and Rats, 21 Janeiro 2017. Obtido de <http://www.nature.com/npp>. Julho 2014.

Torres, I. A. P. de M. (2009). Atitudes dos Médicos Dentistas no tratamento médicodentário de pacientes com deficiência mental. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Lisboa, Lisboa.

TULLIO, Adriana Girelli. A importância de diagnosticar a criança com autismo em sua primeira infância. Produções Didático-Pedagógicas. Paraná, 2013.

VAJAWAT, M.; DEEPIKA, P. C; Comparative evaluation of oral hygiene practices and oral health status in autistic and normal individuals J Int Soc Prev Community Dent, 2, 58–63, 2012.

VILLAR, B. B.; Et al. Incidence of oral health in paediatric patients with disabilities: Sensory disorders and autism spectrum disorder. Systematic review II. Journal of Clinical and Experimental Dentistry, v. 8, n. 3, p. e344-e351, 2016. Disponível em: , acesso em mar. 2019.

WANG, Yi-Chia; LIN, ; HUANG, Chi-Hsiang; SHOU-ZEN, Fan,. Dental anesthesia for patients with special needs. Acta Anaesthesiol Taiwan, v.50, n. 3, p. 122-125, Sep 2012.

Weil TN, Inglehart MR. Dental education and dentists' attitudes and behavior concerning patients with autism. Journal of Dental Education. 2010;74(12):1294–307.

Zanelli, M. E., Volpato, L. E. R., Ortega, A. L., Borges, Á. H., & Aranha, A. M. F. (2015).

ZANON, Regina Basso. BACKES, Bárbara. BOSA, Cleonice Alves. Identificação dos Primeiros Sintomas do Autismo pelos Pais. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Jan – Mar, 2014, Vol. 30 n. 1, pp. 25-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000100004>, acesso em mar. 2019.

ZINK, A. G. Et. al. Use of a Picture Exchange Communication System for preventive procedures in individuals with autism spectrum disorder: pilot study. *Special Care in Dentistry*, V 36, n. 5, p. 254-259, 2016.