

FACSETE – Faculdade Sete Lagoas
Especialização em Odontopediatria

Laura Rodrigues Tomaz

**CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E SUA SAÚDE
BUCAL: uma revisão do manejo clínico desses pacientes na odontopediatria.**

Uberlândia

2022

Laura Rodrigues Tomaz

**CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E SUA SAÚDE
BUCAL: uma revisão do manejo clínico desses pacientes na odontopediatria.**

Monografia apresentada ao curso superior em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Odontopediatria

Orientadora: Dra. Débora Souto de Souza

Coorientadora: Dra. Marília Rodrigues Moreira

Área de concentração: Odontopediatria

Uberlândia

2022

Laura Rodrigues Tomaz

**CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E SUA SAÚDE
BUCAL: uma revisão do manejo clínico desses pacientes na odontopediatria.**

Monografia apresentada ao curso superior em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Odontopediatria

Orientadora: Dra. Débora Souto de Souza

Coorientadora: Dra. Marília Moreira

Área de concentração: Odontopediatria

Aprovado em ___ / ___ / ___ pela banca constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dra. Débora Souto de Souza (UFU/UNITRI)

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Uberlândia, ___ de _____ de 2022.

*Dedico essa monografia à minha filha,
Mariana, diagnosticada com autismo e
à todas as crianças atípicas, buscando
sempre estar apta a atendê-los da
forma como merecem.*

RESUMO

Este trabalho apresentou os desafios encontrados por pais e cirurgiões-dentistas durante abordagem odontológica em pacientes com transtorno do espectro autista (TEA). O conhecimento e a visão significativa dos tipos comportamentais básicos do TEA são extremamente importantes para atender com êxito essa população no consultório odontológico. Diante disso, o objetivo dessa revisão de literatura foi detalhar as características das crianças com TEA, os principais problemas de saúde bucal que essas crianças apresentam e as melhores estratégias para gerenciar seu atendimento no consultório odontológico. Para essa revisão, os artigos científicos foram pesquisados entre Fevereiro e Março de 2022, nas bases de dados mais abrangentes da literatura: PubMed, Scielo e Google Escolar. Observou-se na literatura que algumas características dentro do TEA, como prejuízo nas comunicações não verbais, dificuldade no desenvolvimento das relações sociais, dificuldade em compartilhar experiências e interesses, e atraso ou completa falta no desenvolvimento linguístico podem comprometer o atendimento odontológico. As crianças com TEA na maioria das vezes chegam ao consultório de forma tardia, observando-se problemas bucais mais prevalentes como: doenças periodontais, lesões de cárie ativas e inativas, bruxismo e má oclusão, ocasionando um tratamento odontológico mais cauteloso. Assim, é necessário a conscientização de um programa de saúde bucal que enfatize a prevenção para crianças e jovens com autismo. O manejo odontológico adequado para uma criança com TEA requer uma individualização e uma compreensão aprofundada do perfil comportamental do TEA, englobando diversas técnicas como: PECS (Sistema de Comunicação por Troca de Figura), ABA (Análise do Comportamento Aplicada), TEACCH (Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Limitações Relacionadas à Comunicação), e as mais tradicionais na odontopediatria, que são: dizer-mostrar-fazer, distração, dessensibilização, controle de voz, reforço positivo ou recompensa, e modelação. Podemos concluir que o atendimento odontológico em pacientes autistas requer muita dedicação e conhecimento sobre o TEA e os seus níveis. O tipo de abordagem dependerá de cada paciente e os seus respectivos níveis de severidade, uma vez que pacientes com autismo leve ou nível um podem ser colaboradores e não necessitar de estabilização protetora.

Palavras-chave: Autismo Infantil. Saúde Bucal. Odontopediatria

ABSTRACT

This study presented the challenges encountered by parents and dentists during dental approach in patients with autism spectrum disorder (ASD). Knowledge and significant vision of the basic behavioral types of ASD are extremely important to successfully serve this population in the dental office. Therefore, the aim of this literature review was to detail the characteristics of children with ASD, the main oral health problems that these children present and the best strategies to manage their care in the dental office. For this review, the scientific articles were researched between February and March 2022, in the most comprehensive databases in the literature: PubMed, Scielo and Google Escolar. It was observed in the literature that some characteristics within the ASD, such as impairment in nonverbal communications, difficulty in the development of social relations, difficulty in sharing experiences and interests and delay or complete lack in linguistic development may compromise dental care. Children with ASD most often arrive at the office late, observing oral problems such as periodontal diseases, active and inactive caries lesions, bruxism and malocclusion, causing more cautious dental treatment. Thus, it is necessary to raise awareness of an oral health program that emphasizes prevention for children and young people with autism. The appropriate dental management for a child with ASD requires an individualization and an in-depth understanding of the behavioral profile of ASD, encompassing several techniques such as: PECS (Communication System by Exchange of Figure), ABA (Analysis of applied behavior) , TEACCH (Treatment and Education for Autistic and Children with Limitations related to Communication), say-show-do, distraction, desensitization, voice control, positive reinforcement or reward, and modeling. We can conclude that dental care in autistic patients requires a lot of dedication and knowledge about ASD and its levels. The type of approach will depend on each patient and their respective severity levels, since patients with mild autism or level 1 may be collaborators and do not require protective stabilization.

Key words: Autistic Disorder. Oral Health. Pediatric Dentistry.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
METODOLOGIA	9
REVISÃO DE LITERATURA	9
1- CONTEXTO.	9
2- ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM TEA.	11
3- MODELAÇÃO	11
4- MÉTODO TEACCH.	12
5- MÉTODO PECS.	12
6- MÉTODO ABA.	13
7- OUTRAS TÉCNICAS DE MANEJO	13
8- DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA DE ESCOVAÇÃO ATRAVÉS DE VÍDEOS.	13
9- SEDAÇÃO CONSCIENTE COM ÓXIDO NITROSO.	14
10- BENZODIAZEPÍNICOS	14
11- ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO PACIENTE COM TEA EM AMBIENTE HOSPITALAR.	15
12- INTEGRAÇÃO DOS PAIS COM O CIRURGIÃO DENTISTA.	16
DISCUSSÃO	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS	21

INTRODUÇÃO

O autismo, denominado como o Transtorno do Espectro Autista (TEA), é uma condição de saúde caracterizada por um déficit na comunicação social e comportamental, geralmente diagnosticada até os três anos de idade (GAUDERER, 1997). Algumas características dentro do espectro, como prejuízo nas comunicações não verbais, dificuldade no desenvolvimento das relações sociais, dificuldade em compartilhar experiências e interesses e atraso ou completa falta no desenvolvimento linguístico podem comprometer o atendimento odontológico. A falta de profissionais habilitados e treinados para atender pacientes atípicos também dificulta o acesso dessa população aos serviços de saúde bucal. (AMARAL, SCHUMANN and NORDAHL, 2008)

As crianças com TEA na maioria das vezes chegam ao consultório odontológico para sua primeira consulta de forma tardia, observando-se problemas bucais como doenças periodontais, lesões de cárie, bruxismo e má oclusão, levando a um tratamento odontológico mais amplo e cauteloso. Sendo assim, esses pacientes apresentam maior prevalência de má higiene bucal e extensas necessidades não atendidas. É necessário enfatizar com as famílias a importância da prevenção e a necessidade do tratamento. (SANTA'ANNA *et al*, 2017).

O manejo odontológico adequado para uma criança com TEA requer uma individualização e uma compreensão aprofundada do perfil comportamental do TEA, englobando diversas técnicas como PECS (Sistema de Comunicação por troca de Figura), ABA (Análise do comportamento aplicada), TEACCH (Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Limitações relacionadas à Comunicação), dizer-mostrar-fazer, distração, dessensibilização, controle de voz, reforço positivo ou recompensa, e modelação. (AMARAL *et al*, 2012; SANTA'ANNA *et al*, 2017)

Com a integração dos pais e dentistas depois de uma consulta prévia apenas com os pais, o dentista consegue ter uma percepção individualizada do paciente, de modo a evitar crises sensoriais, trazendo à família uma consulta mais humanizada, segura e confortável. (CAMPOS and PICCINATO, 2019).

O objetivo dessa monografia foi detalhar as características das crianças com TEA, os principais problemas de saúde bucal que essas crianças apresentam e as

melhores estratégias para gerenciar seu atendimento no consultório odontológico, por meio de uma revisão da literatura.

METODOLOGIA

O presente trabalho se trata de uma revisão de literatura com a busca bibliográfica baseada em artigos científicos sobre autismo, saúde bucal infantil e abordagens clínicas.

As ferramentas de busca foram as bases de dados *online*, como PubMed (www.pubmed.org), Scielo (<https://scielo.org>) e Google Escolar (www.scholar.google.com.br). A estratégia de busca incluiu as seguintes palavras-chave no inglês: “*Autism*” OR “*Autistic disorder*” AND “*oral health*” AND “*Disabled Children*”, e no português: “Autismo” E “Saúde Bucal” E “Crianças”. As buscas foram realizadas entre Fevereiro e Março de 2022. Foram selecionados para levantamento bibliográfico os artigos mais relevantes para o tema em questão.

Quando o estudo completo não estava disponível, foi utilizado a busca pela plataforma Portal de Periódico/CAPES (www.periodicos.capes.gov.br). Uma análise descritiva dos artigos foi realizada e os dados foram organizados de modo a fornecerem informações consistentes sobre autismo, saúde bucal infantil e condutas clínicas.

Após uma ampla leitura dos artigos de escolha, foram selecionadas as principais informações com finalidade de organizar as referências para o completo desenvolvimento do objetivo proposto ao presente trabalho.

REVISÃO DE LITERATURA

1- CONTEXTO.

Diversas pesquisas associam as alterações de linguagem com o TEA, como aspecto afetado pelas mesmas desordens que o causam. Os níveis de gravidade são divididos em três: nível 1- leve (exige apoio); nível 2- moderado (exige apoio substancial) e nível 3- grave/severo (exige maior apoio e muito substancial) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Estima-se que vinte a cada dez mil nascidos sejam portadores de autismo, predominantemente no sexo masculino. Não há uma causa específica para o

desenvolvimento do TEA; o autismo também pode acontecer de forma isolada ou associada com outros distúrbios. (COSTA, *et al.*, 2014).

Com base em estudos epidemiológicos realizados nos últimos 50 anos, pode-se afirmar que a prevalência de TEA tem aumentado globalmente. No geral observa-se a necessidade de mais estudos sobre esta condição neurobiológica, porém a literatura reporta explicações possíveis para esse aumento da prevalência, como o aumento da conscientização sobre o tema, a expansão dos critérios diagnósticos, melhores ferramentas de diagnóstico e o aprimoramento das informações reportadas. Estima-se um valor médio que 1 em cada 160 crianças, nascidas vivas tem TEA na população mundial. Algumas pesquisas bem controladas têm, no entanto, relatado números que são significativamente mais elevados. (MINTZ, 2016; OPAS, 2017).

Comumente até os três anos de idade iniciam-se as manifestações e comportamentos diferenciados, em que os genitores são os primeiros a perceber, levando-os ao procurar auxílio médico. (ZWAIGENBAUM *et al.*, 2015).

Não existe, atualmente, um exame capaz de diagnosticar o autismo. No entanto, os testes educacionais e psicológicos e a observação do comportamento desses pacientes, ajudam no diagnóstico final aliados às condutas médicas. O diagnóstico é muito importante para as condutas específicas e tratamento adequado. (CARUZO; RODRIGUES; TAVARES, 2015; JANKOWSKI, 2013).

Infelizmente não existe cura para o autismo, mas uma equipe multidisciplinar composta por profissionais competentes e especializados são fundamentais para o progresso e qualidade de vida aos seus portadores. (QUEIROZ, *et al.*, 2014).

Existe certa dificuldade de conhecimentos e abordagens, tanto para os pais ou responsáveis, quanto para os profissionais cirurgiões-dentistas no tratamento odontológico do paciente autista. O conhecimento e a visão significativa dos tipos comportamentais básicos são importantes para atender com êxito uma criança com TEA no consultório odontológico. (BERKOVITS, EISENHOWER and BLACHER, 2017).

Crianças com TEA podem apresentar maior prevalência de cárie, má higiene oral e extensas necessidades não atendidas de tratamento odontológico do que crianças típicas, devido a dificuldade no atendimento clínico. (ZINK *et al.*, 2016; OPAS, 2017; MINTZ, 2016; SANTA'ANNA, 2017).

Os indivíduos com TEA exibem problemas bucais comuns a qualquer pessoa, porém muitos fatores predisponentes à cárie e alterações periodontais nesses indivíduos podem estar mais expostos. Os dados sobre índices de cárie nesta população, atualmente ainda são controversos. Diante dessa realidade verificou-se a necessidade de buscar na literatura fatores relacionados à experiência de cárie. Assim, é necessário a conscientização de um programa de saúde bucal que enfatize a prevenção para crianças e jovens com autismo. (JABER, M.A., 2011)

2- ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM TEA.

Existem métodos que tem um foco no atendimento a pacientes com TEA. Faz-se necessário a utilização de diversas técnicas durante as consultas objetivando a realização dos procedimentos primordiais, após uma anamnese criteriosa. O profissional deve sempre manter-se em direção ao paciente mantendo o contato visual, conseguindo transmitir segurança (AMARAL et al, 2012; SANTA'ANNA et al, 2017).

Antes do atendimento odontológico, é importante que o dentista converse com os genitores ou responsáveis, sem a presença da criança, para obter informações tais como: se o paciente faz uso de medicações, se já teve convulsões e se é cooperativo. O dentista deve ter contato com os outros profissionais da equipe multidisciplinar que acompanham esse paciente e solicitar a eles relatórios sobre suas condições, seu grau de comprometimento (nível 1; 2 ou 3), para saber como intervir nos casos de emergência e tratamento odontológico. (SILVA et al., 2009)

3- MODELAÇÃO.

A modelação é uma técnica em que contamos com o auxílio dos responsáveis dos pacientes, sendo necessário elogios (técnica do reforço positivo) para que a criança se sinta motivada a dar continuidade ao tratamento. Devido à dificuldade de entendimento aos comandos por parte destes pacientes, faz-se o uso de vídeos que demonstre a escovação, onde sempre que este material for reproduzido a criança imitará todos os passos, mesmo que esteja em um ambiente de consultório. (AMARAL et al, 2012; SANTA'ANNA et al, 2017).

Pacientes com TEA muitas vezes demonstram um grande gosto musical e devido a isto, pode ser de grande interesse e prazer fazer a criação de músicas para que estas crianças desenvolvam a escovação escutando o som. (Delli, et al., 2013).

Por terem uma ótima memória eles podem se negar à realização da prática se por alguma razão a letra da música for trocada durante o processo. Por isso, é necessário gravar a música e colocá-la sempre para tocar, com o intuito da criança autista seguir as instruções. (AMARAL et al, 2012; SANTA'ANNA et al, 2017).

4- MÉTODO TEACCH.

O método TEACCH (Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Limitações relacionadas à Comunicação) consiste em um tratamento e educação para crianças autistas e com distúrbios correlacionados à comunicação. Sendo constituído pelo uso de uma rotina desenvolvida em quadros, agendas e painéis, para que se tenha sequência de ações. Com isso a criança perceberá o padrão das ações e as fará sem que precise de um responsável, adquirindo assim independência nas atividades. (MELLO, 2007).

Na odontologia este método pode ser referenciado a escovação, por exemplo. Pode-se utilizar de estímulos visuais, corporais e sonoros também, buscando orientar cada paciente de forma que possa compreender cada espaço e sua função, atividades em sequência onde as crianças possam compreender sua ordem em cada uma delas. (AMARAL et al, 2012; SANTA'ANNA et al, 2017).

5- MÉTODO PECS.

O PECS (Sistema de Comunicação por troca de Figura), ajuda no desenvolvimento da fala através do uso de diferentes imagens que mostrará o desejo da criança de uma forma mais rápida, ajudando na comunicação do profissional durante o atendimento, onde a cada realização de uma etapa, o cirurgião-dentista troca a imagem e faz um elogio ao paciente. (AMARAL et al, 2012; SANTA'ANNA et al, 2017).

O PECS consiste em seis fases e começa ensinando um indivíduo a dar uma única figura de um item ou ação desejada a um “parceiro de comunicação” que imediatamente honre a troca como um pedido. O sistema prossegue ensinando a discriminação de figuras e como juntá-las em frases. Nas fases mais avançadas, os

indivíduos são ensinados a usar iniciadores, responder perguntas e comentar. (BONDY and FROST, 2001)

6- MÉTODO ABA.

O ABA (Análise Aplicada ao Comportamento), direciona o paciente com TEA a desenvolver habilidades que ainda não adquiriu através de fases que ele vai superando. (CARTAGENES et al., 2016).

As características gerais de uma intervenção baseada na ABA envolvem identificação de comportamentos e habilidades que precisam ser melhorados, seleção e descrição dos objetivos, e delineamento de uma intervenção que envolve estratégias comprovadamente efetivas para modificação do comportamento. Ao final, a intenção é que as condutas aprendidas e modificadas sejam generalizadas para diversas áreas da vida do indivíduo. (CAMARGO and RISPOLI, 2013; CARTAGENES et al., 2016)

A recompensa ou reforço de comportamentos desejados e adequados são estimulados e tem muita relevância, conforme seu desenvolvimento é estimulado seus comportamentos inadequados vão sendo minimizados, modificando assim seu comportamento e contribuindo para a evolução positiva do seu tratamento. (AMARAL et al., 2012).

7- OUTRAS TÉCNICAS DE MANEJO.

Reconhecer a fase de desenvolvimento em que o paciente se encontra e avaliar a maturidade emocional e psicológica são de fundamental importância para a decisão da técnica ideal a ser adotada. Existem abordagens dentro da odontopediatria como: dizer-mostrar-fazer, reforço positivo, controle de voz, utilização de recompensa, toque e distração, que podem ser aplicadas durante o tratamento odontológico nos pacientes autistas com grau de severidade até mediano e que sejam colaboradores. (AMARAL et al, 2012; SANTA'ANNA et al, 2017).

8- DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA DE ESCOVAÇÃO ATRAVÉS DE VÍDEOS.

A demonstração da escovação através de vídeos pode ser uma das alternativas para as crianças autistas que têm maior dificuldade de entender os comandos que lhes são dados, quando comparadas com outras de grau mais leve. (DELLI et al., 2013).

O ideal seria que a gravação fosse feita para a criança no local em que ela realiza a escovação. Toda vez que a criança for escovar os seus dentes, a gravação deve ser reproduzida; a cada ação, a criança deve repetir, até que a escovação seja concluída. Pode ser feita essa mesma gravação para que o dentista realize e mostre para a criança. Com isso, ela já estará acostumada com a sequência de escovação, reproduzindo a ação, mesmo que o local da gravação seja diferente. (LEAR, 2004; JANKOWSKI, 2013).

9- SEDAÇÃO CONSCIENTE COM ÓXIDO NITROSO.

A sedação consciente torna-se uma alternativa para pacientes não colaborativos, onde todas as outras abordagens não foram eficientes, permitindo que os pacientes fiquem mais tranquilos durante o atendimento. Apenas os dentistas habilitados podem usar a técnica da sedação consciente, no Brasil. Assim, essa é uma das formas de manejo do comportamento disponível para crianças com TEA, e os pais/responsáveis devem estar cientes dessa opção, sua indicação, benefícios e riscos. (GAUJAC, et al., 2009).

A sedação é indicada para pacientes medrosos, ansiosos, para quem as técnicas básicas da orientação do comportamento não foram bem-sucedidas; pacientes que não podem cooperar devido à falta de maturidade psicológica ou emocional e/ou incapacidade mental, física ou médica. (KLATCHOIAN, NORONHA e TOLEDO, 2009).

10- BENZODIAZEPÍNICOS

Além da sedação consciente promovida pelo óxido nitroso, há outro método que pode chegar a esse fim: a utilização dos benzodiazepínicos, que visa diminuir a ansiedade do paciente ao tratamento odontológico. A ansiedade e o medo do tratamento odontológico ainda persistem em boa parte da população, sendo gerados por fatores como os sons e vibrações dos instrumentos rotatórios, movimentos bruscos do profissional, relatos de parentes ou amigos que tiveram experiências negativas em consultas anteriores, além da anestesia local, relatada como o procedimento mais estressante no consultório odontológico. O medo dos procedimentos odontológicos está presente em grande parcela da sociedade, sendo

que mais de 40% das pessoas evita procurar a assistência ao profissional devido ao medo e ansiedade (AYER et al., 1983; AESCHLIMAN et al., 2003).

Em relação aos benzodiazepínicos, eles mostram poucas ações adversas nos procedimentos odontológicos. Mas alguns pacientes apresentam como efeitos colaterais sonolência, tontura, cefaleia, náusea, secura na boca, glossite, distúrbios gastrintestinais, astenia, apatia, lassidão e parestesia. Alguns derivados benzodiazepínicos podem ainda eventualmente levar a efeitos paradoxais, como insônia, hiperexcitabilidade, agitação e hostilidade (GOODMAN e GILMAN, 1996).

Os benzodiazepínicos possuem ação ansiolítica, mio relaxante, anticonvulsivante e psicossedativas, sendo uma boa alternativa para realização de procedimentos odontológicos em pacientes com o transtorno do espectro autista. (HARTGRAVES et al., 2014; FUKUTA, 2016)

Estão divididos em: diazepam, lorazepam, alprazolam, midazolam e triazolam. Cada um deles possuiu uma duração diferente, mas todos tem o objetivo de reduzir a ansiedade. (BARTOLOMÉ-VILLAR et al., 2016).

Na odontopediatria os fármacos mais indicados para essas crianças com TEA são o Diazepam e o Midazolam; o Diazepam é necessário administrar 1h antes do procedimento pois seu início de ação é de 60 minutos, a dosagem correta é de 0,2 a 0,5 mg/Kg dependendo do peso de cada criança, e a duração do efeito equivale de 12 a 24h. Já o Midazolam é necessário administrar 30 minutos antes do procedimento, a dosagem é de 0,25 a 0,5 mg/Kg, e a duração do efeito é de 1 a 2 (ANDRADE, 2014).

11-ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO PACIENTE COM TEA EM AMBIENTE HOSPITALAR.

Após as consultas prévias e a decisão em atender o paciente com TEA em ambiente hospitalar, o paciente deve fazer exames laboratoriais; consulta prévia com o médico clínico geral; cardiologista; neurologista e anestesiológico. O tratamento odontológico hospitalar em bloco cirúrgico, com anestesia geral, deve ser a última alternativa para o paciente, quando as demais alternativas e formas de abordagens forem tentadas, sem sucesso. Após as avaliações e confirmação de que o paciente autista está apto para o tratamento, ele está liberado para esse tipo de atendimento.

Os genitores assinam também um termo de consentimento livre e esclarecido sobre os riscos normais oriundos da anestesia geral (ZINK et al., 2016).

Os autistas resistentes ao tratamento, que não colaboram facilmente, têm na anestesia geral uma opção menos traumática, mas mais invasiva. No entanto, há maior resistência por parte dos genitores quanto a essa modalidade de tratamento odontológico (AMARAL, et al., 2012).

12-INTEGRAÇÃO DOS PAIS COM O CIRURGIÃO DENTISTA.

Antes do atendimento odontológico é importante que o dentista converse com os genitores, sem a presença da criança autista, para obter informações como: se o paciente faz uso de medicações; se já teve convulsões e se é cooperativo. O dentista deve ter contato com os outros profissionais da equipe multidisciplinar, que cuidam do paciente, e solicitar a eles relatórios sobre suas condições, seu grau de comprometimento (nível 1, 2 ou 3), para saber como intervir nos casos de emergência e ao longo do tratamento odontológico. (SILVA et al., 2009)

Os genitores e cuidadores, geralmente criam vínculos com os profissionais que cuidam da criança. Para isto, é necessário que se estabeleça confiança nos profissionais dessa equipe multidisciplinar, em busca de melhor qualidade de vida para o paciente. Portanto, os profissionais devem conhecer o TEA e seus graus de comprometimento e manter, permanentemente, o contato com os genitores, pois eles têm a capacidade de entender e transmitir o sentimento da criança para qualquer profissional desta equipe. (AMARAL, et al., 2012) .

Na maioria dos casos, durante a primeira consulta, o dentista não consegue realizar o atendimento clínico completo. Dessa forma, percebe-se que os cuidados devem ser redobrados e conceitos reformulados, porque, junto aos genitores, o profissional encontrará a forma mais adequada de tratamento, o que causa menor dano psicológico à criança para que o objetivo do tratamento seja atingido. (CASTRO, et al., 2010).

DISCUSSÃO

O TEA é caracterizado por um déficit na comunicação social e comportamental, geralmente diagnosticado até os três anos de idade. Muitas das suas características afetam o atendimento odontológico, devido à dificuldade na comunicação verbal e não

verbal, na socialização e na dificuldade em compartilhar interesses. Com isso, o manejo odontológico da criança com TEA se torna mais difícil. Atualmente, poucos profissionais estão aptos para atendê-los. (AMARAL, SCHUMANN and NORDAHL, 2008)

Existe certa dificuldade de conhecimentos e abordagens, tanto para os pais ou responsáveis, quanto para os profissionais cirurgiões-dentistas no tratamento odontológico do paciente autista. (BERKOVITS, EISENHOWER and BLACHER, 2017).

O manejo odontológico adequado requer uma individualização e uma compreensão aprofundada do perfil comportamental do TEA. Para isso é imprescindível que o profissional busque se atualizar e aperfeiçoar no atendimento à crianças com necessidades especiais, buscando técnicas como PECS, ABA, TEACCH, dizer-mostrar-fazer, distração, dessensibilização, controle de voz, reforço positivo ou recompensa, e modelação. (AMARAL et al, 2012; SANTA'ANNA et al, 2017).

Um ensaio clínico realizado com crianças árabes que possuíam TEA (média de idade de 5,5 anos) comparou recursos visuais odontológicos (convencionais e desenhos realistas) e a melhora na higiene oral. Os autores observaram que ambos os recursos melhoravam as condições de higiene bucal, mas que os recursos que tratavam de imagens de desenhos imitando a realidade do consultório odontológico tinham uma melhora significativa (ALJUBOUR et al., 2022).

Os responsáveis pelas crianças de ambos os grupos foram instruídos a explicar os recursos visuais odontológicos para seus filhos por pelo menos quinze minutos diários e um período mínimo de quatro semanas, pois acredita-se que este é o período mínimo necessário para modificar qualquer comportamento em crianças com TEA de forma eficaz e se preparar que aprendam uma nova habilidade. (Christophersen and Mortweet, 2001; Mortweet and Christophersen, 2004; Cagetti et al., 2015).

Outro ensaio clínico comparou o uso de vídeo-aula sobre crianças no consultório odontológico comparado a fotos, para crianças de 3 a 14 anos com TEA (graus variados). O vídeo era composto por uma criança colaborativa no consultório odontológico, com uma música temática relaxante no fundo, sem ruídos e com um

narrador; as fotos eram de crianças felizes no consultório, com frases curtas falando sobre o que estava acontecendo em cada momento. Ambas as técnicas contribuíram para um melhor comportamento da criança no consultório odontológico, mas o vídeo foi significativamente mais eficaz na realização das etapas preliminares (entrar no consultório, sentar-se na cadeira e deixar deitar a cadeira), provavelmente devido à forte atração da tecnologia digital pelos sujeitos com TEA (CHARLOP-CHRISTY, LE and FREEMAN, 2000; BRAY and KEHLE, 2011)

Os profissionais podem ajudar os pais a melhorar as rotinas de cuidados bucais, fornecendo educação aos pais/cuidadores sobre quando usar instruções e que tipo de dicas seriam mais benéficas e como reduzir gradualmente seu uso para incentivar a autoconfiança, quando apropriado. Os dentistas em colaboração com os profissionais de saúde, como terapeutas ocupacionais, podem ajudar os pais a identificar as sensibilidades sensoriais de seus filhos (ou seja, gosto da pasta de dente, sensação das cerdas, vibração da escova de dentes elétrica etc.) e criar um plano individualizado para adaptar a atividade para as necessidades da criança. Isso se estende à exploração de modificações habituais que possam atender às necessidades das famílias, como o uso de cronômetros ou vídeos em um dispositivo eletrônico para manter o tempo (e a criança entretida) conforme observado. (FLORINDEZ et al, 2022)

Com a integração dos pais e dentistas depois de uma consulta prévia apenas com os pais, o dentista consegue ter uma percepção individualizada do paciente, de modo a evitar crises sensoriais, trazendo à família uma consulta mais humanizada, segura e confortável (CAMPOS; PICCINATO, 2019).

A sedação consciente torna-se uma alternativa para pacientes não colaborativos, onde todas as outras abordagens não foram eficientes, permitindo que os pacientes fiquem mais tranquilos durante o atendimento. É indicada para pacientes medrosos, ansiosos, para quem as técnicas básicas da orientação do comportamento não foram bem sucedidas; pacientes que não podem cooperar devido à falta de maturidade psicológica ou emocional e/ou incapacidade mental, reduzindo os riscos. (KLATCHOIAN, NORONHA and TOLEDO, 2009, GAUJAC, et al., 2009).

A anestesia geral é válida quando os pacientes autistas não são colaboradores e os procedimentos são mais demorados e invasivos. No entanto, há controle total

sobre o paciente, mas com necessidade de intubação. Sendo assim, existem maiores riscos com utilização criteriosa desse procedimento (CASTRO, et al., 2010).

Como mencionado anteriormente, o TEA é uma deficiência de desenvolvimento que desafia seu atendimento clínico e gerenciamento no ambiente odontológico. Esse comprometimento do desenvolvimento é muitas vezes acompanhado por hábitos de higiene bucal inadequados como resultado das dificuldades encontradas pelos responsáveis, como consequência, aumenta o risco de doença periodontal e cárie dentária. Junto com essas condições, os traços de má oclusão são condições muito comuns encontradas na população em geral, e o mesmo não é exceção no TEA; entretanto, devido às dificuldades já discutidas, o rastreamento preventivo é muitas vezes difícil de ser realizado. Além disso, e considerando a causa genética dessas síndromes, vários estudos questionam se o TEA está associado a uma maior predisposição a traços de má oclusão. (CORRIDORE, ZUMBO and CORVINO, 2020; ALOTAIBI et al., 2021).

Uma pequena proporção de pais relatou que seus filhos com TEA tinham uma saúde bucal ruim, enquanto um terço classificou a saúde bucal de seus filhos como muito pior do que outros da mesma idade. Mau hálito e ranger de dentes foram os sintomas mais relatados por esses pais. Mais de dois terços da amostra estavam tomando pelo menos um medicamento prescrito para condições comuns associadas ao autismo (atenção, sono, ansiedade), que podem estar associadas à boca seca e fluxo salivar reduzido; embora o impacto desses medicamentos na saúde bucal a longo prazo, como no aumento do risco de cárie dentária, seja relativo. (ALVARES, 2022)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da revisão de literatura, conclui-se que para o atendimento ao paciente com TEA, é necessário habilidade, dedicação e informações coletadas dos pais e da equipe multidisciplinar que acompanha a criança. É necessário entender que cada atendimento deve ser individualizado de acordo com o paciente e seus níveis de comprometimento no espectro. Pacientes com níveis leves e grau 1, tendem a ser

mais colaboradores. Pacientes com grau 2 e 3 podem necessitar de sedação com óxido nitroso ou até mesmo atendimento em âmbito hospitalar.

Acredita-se que poucos profissionais se sentem aptos a atender pacientes com TEA. O dentista precisa compreender as limitações de cada indivíduo para a escolha da alternativa menos traumática de atendimento odontológico, com vistas à qualidade de vida e à promoção da saúde. A integração entre pais, cirurgião-dentista e equipe multidisciplinar é imprescindível para um atendimento odontológico de excelência. O encaminhamento a uma odontopediatra assim que uma criança é diagnosticada com TEA é essencial para promover uma boa saúde bucal. O mesmo, em colaboração com os profissionais de saúde, pode ajudar os pais a identificar as sensibilidades sensoriais de seus filhos e criar um plano individualizado para adaptar a atividade para as necessidades da criança.

REFERÊNCIAS

1. Amaral DG, Schumann CM, Nordahl CW. **Neuroanatomy of autism.** *Trends Neurosci.* 2008;31:137–145. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
2. SANT'ANNA, L.; BARBOSA, C.; BRUM, S. **Oral health care for autistic patients.** *Rev. Pro-universus*, v.8, n.1, p. 67-74, jan/jun 2017
3. OLIVEIRA, K.G; SERTIÉ, A.L. **Autism Spectrum Disorders: Na Updated Guide for Genetic Counseling.** *Rev.Ciência básica*, v.15, n.2, pag. 233-238, 2017.
4. Chew LC, King NM, O'Donnell D. **Autism: the etiology, management and implications for treatment modalities from the dental perspective.** *Dent Update* 2006; 33: 70–4.
5. AMARAL, C. O. F. *et al.* **Autistic patient: methods and strategies of conditioning and adaptation for care.** *Arch Oral Rev.* 2012 May-Aug; 8(2): 143-51.
6. AMARAL, L. D.; CARVALHO, T. F.; BEZERRA, A. C. B. **Atenção bioética à vulnerabilidade dos autistas: a odontologia na estratégia saúde da família.** *Rev Latinoam Bioet.* 2016; 220-33.
7. CAMPOS, V.; PICCINATO, R. **Autismo do diagnóstico ao tratamento: as melhores orientações sobre o universo autista.** 1.ed. Bauru, SP: Alto Astral, 2019.
8. Berkovits L, Eisenhower A, Blacher J. **Emotion Regulation in Young Children with Autism Spectrum Disorders.** *J Autism Dev Disord.* 2017 Jan;47(1):68-79.

9. Mohamed Abdullah JABER BDS, MSc, FDSRCS, FDSRCSE, PhD, **Dental School, Ajman University of Science & Technology**, (Al Jurf campus), Ajman, United Arab Emirates.
10. CASTRO, A. M. *et al.* **Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral.** Rev Odontol UNESP. Araraquara, 2010 maijun; 39(3): 137-142.
11. Zwaigenbaum L, Bauman ML, Stone WL, Yirmiya N, Estes A, Hansen RL, *et al.* **Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research.** *Pediatrics*. 2015;136:S10-40
12. Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network**, 11 sites, United States, 2010. *MMWR Surveill Summ*. 2014;63(2):1–21.
13. Mandell DS, Morales KH, Xie M, Lawer LJ, Stahmer AC, Marcus SC. **Age of Diagnosis Among Medicaid-Enrolled Children With Autism, 2001– 2004.** *Psychiatr Serv*. 2010;61(8):822–9.
14. MASON, R.A. *et al.* **Effects of video modeling on communicative social skills of college students with asperger syndrome.** *Developmental Neurorehabilitation*, London, v.15, n.6, p. 425-434, 2012.
15. OLIVEIRA, K. G.; SERTIÉ, A. L. **Transtornos do espectro autista: um guia atualizado para aconselhamento genético.** *Einstein*, v. 15, n. 2, p. 233-8, 2017.
16. POSAR, A.; VISCONTI, P. **Sensory abnormalities in children with autism spectrum disorder.** *J Pediatr. Rio J*, n. 94, p. 342 – 50, 2018.

17. PRADO, M. D. O.; OLIVEIRA, R. S.; **Atendimento ao Paciente com Transtorno do Espectro Autista na Clínica Odontológica**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade de Taubaté, Taubaté/SP, 2019.
18. ZINK, A. G. *et al.* **Atendimento odontológico do paciente autista – relato de caso**. Revista ABO Nacional, v. 16, n. 5, p. 313-316, Out./Nov. 2008.
19. MELLO, A. M. S. R. **Autismo: guia prático**. 5 ed. São Paulo: AMA; Brasília: CORDE, 2007. 104 p.: il.
20. HAMER, B. L.; MANENTE, M. V.; CAPELLINI, V. L. M. F. **Autism and family: bibliographic review in national databases**. Rev. psicopedag. [online]. 2014, vol.31, n.95, pp. 169-177. ISSN 0103-8486
21. FOSTER, S.L.; MASH, E.J. **Assessing Social Validity in Clinical Treatment Research Issues and Procedures**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v.67, n.3, p.308-319, 1999.
22. BONDY, A.; FROST, L. **The Picture Exchange Communication System**. *Behavior Modification*, v.25, n.5, p.725-744, 2001.
23. Camargo, S. P. H., & Rispoli, M. (2013). **Análise do comportamento aplicada como intervenção para o autismo: definição, características e pressupostos filosóficos**. *Revista Educação Especial*, 26(47), 639-650.
24. Cartagenes, M. V., Castro, C. A. L., Almeida, G. K. F. C., Magalhães Y. C., & Almeida, W. R. M. (2016). **Software baseado no método ABA para auxílio ao ensino-aprendizagem de crianças portadoras de Transtorno Global do Desenvolvimento-Autista**. *Computer on the Beach*, 162-171.
25. Klatchoian DA (coordenadora), Noronha JC, Toledo OA. **Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico**. In: Associação Brasileira de

Odontologia. Manual de Referência ABO – odontopediatria. 1ª ed. São Paulo. Editora Santos. 2009: 49–71.

26. Zink AG, Diniz MB, Rodrigues Dos Santos MT, Guare RO. **Use of a Picture Exchange Communication System for preventive procedures in individuals with autism spectrum disorder: pilot study. Special care in dentistry** : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry. 2016;36(5):254-9.
27. GAUDERER, C. **Autismo e outros atrasos de desenvolvimento: guia prático para pais e profissionais**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.
28. Barros A, Mascarenhas P, Botelho J, Machado V, Balixa G, Bandeira Lopes L. **Autism Spectrum Disorders and Malocclusions: Systematic Review and Meta-Analyses**. J Clin Med. 2022 May 11;11(10):2727.
29. Corridore, D.; Zumbo, G.; Corvino, I. **Prevalence of Oral Disease and Treatment Types Proposed To children Affected by Autistic Spectrum Disorder in Pediatric Dentistry: A Systematic Review**. Clin. Ter. 2020, 171, 275–282.
30. AlOtaibi, A.; Ben Shaber, S.; AlBatli, A.; AlGhamdi, T.; Murshid, E. **A Systematic Review of Population-Based Gingival Health Studies among Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder**. Saudi Dent. J. 2021, 33, 370–374.
31. Aljubour A, AbdElBaki M, El Meligy O, Al Jabri B, Sabbagh H. **Effect of Culturally Adapted Dental Visual Aids on Oral Hygiene Status during Dental Visits in Children with Autism Spectrum Disorder: A Randomized Clinical Trial**. Children (Basel). 2022 May 5;9(5):666.
32. Cagetti, M.G.; Mastroberardino, S.; Campus, G.; Olivari, B.; Faggioli, R.; Lenti, C.; Strohmenger, L. **Dental care protocol based on visual supports for**

- children with autism spectrum disorders.** *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* 2015, 20, e598–e604.
33. Christophersen, E.R.; Mortweet, S.L. **Treatments that Work with Children: Empirically Supported Strategies for Managing Childhood Problems;** American Psychological Association: Washington, DC, USA, 2001. 23.
34. Mortweet, S.L.; Christophersen, E.R. **Coping skills for the angry/ impatient/clamorous child: A home and office practicum.** *Contemp. Pediatr.* 2004, 6, 43–55.
35. Bray, M.A.; Kehle, T.J. **The Oxford Handbook of School Psychology;** Oxford University Press: Oxford, UK, 2011; 920p.
36. Charlop-Christy, M.H.; Le, L.; Freeman, K.A. **A Comparison of Video Modeling with in Vivo Modeling for Teaching Children with Autism.** *J. Autism Dev. Disord.* 2000, 30, 537–552.
37. CARUZO, V. C.; RODRIGUES, L. M. S.; TAVARES, M. M. **Importância do conhecimento dos conhecimentos dos enfermeiros sobre o autismo e suporte familiar: relato de experiência.** *Seminários: Mostra de TCC da Enfermagem, USS*, v. 6 n. 2, p. 8, 2015.+
38. 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 Dentistry Association and Wiley Periodicals*, 2016.
39. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OPAS/OMS. **Folha informativa - Transtorno do espectro autista.** atualizada em abril de 2017.
40. MINTZ M. **Evolution in the understanding of autism spectrum disorder: historical perspective.** *Indian J Pediatr.* 2017 Jan 7;84(1):44-52.

41. JABER MA. **Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism.** J Appl Sci oral. 2011; 19 (3): 212-7.
42. DELLI, K. *et al.* **Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: concerns, behavioural approaches and recommendations.** *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, v. 11, n. 6, p. 862-868, 2013
43. LEAR, K. **Ajude nos a aprender: um programa de treinamento em ABA (Análise do Comportamento Aplicada) em ritmo auto estabelecido.** Canadá, 2 ed, 2004.
44. Gaujac C, Santos HT, Garção MS, Silva Júnior, J, Brandão JRMCB, Silva TB. **Sedação consciente em odontologia.** *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2009 set-dez; 21(3): 251-7
45. Ayer WA, Demoto PK, Gale EN, Joy EDJr, Melamed BG. **Overcoming dental fear: strategies for its prevention and management.** J Am Dent Assoc 1983 Jul; 107(1):18-27.
46. Aeschliman SD, Blue MS, Williams KB, Cobb CM, MacNeill SR. **A preliminary study on oxygen saturation levels of patients during periodontal surgery with and without oral conscious sedation using diazepam.** J Periodontol 2003 Jul; 74(7):1056-9.
47. Goodman LS, Gilman A. **As bases farmacológicas da terapêutica.** 10. Ed. Rio de Janeiro: Mcgraw Hill; 1996.
48. Barros, A.; Mascarenhas, P.; Botelho, J.; Machado, V.; Balixa, G.; Bandeira Lopes, L. **Autism Spectrum Disorders and Malocclusions: Systematic Review and Meta-Analyses.** J. Clin. Med. 2022, 11, 2727.

49. Corridore, D.; Zumbo, G.; Corvino, I. **Prevalence of Oral Disease and Treatment Types Proposed To children Affected by Autistic Spectrum Disorder in Pediatric Dentistry: A Systematic Review.** Clin. Ter. 2020, 171, 275–282.
50. Floríndez, L.I.; Como, D.H.; Floríndez, D.C.; Floríndez, F.M.; Law, E.; Polido, J.C.; Cermak, S.A. **Toothbrushing and Oral Care Activities of Autistic and Non-Autistic Latino Children.** Children 2022, 9, 741.
51. Alvares GA, Mekertichian K, Rose F, Vidler S, Whitehouse AJO. **Dental care experiences and clinical phenotypes in children on the autism spectrum.** Spec Care Dentist. 2022;1-12.
52. SILVA, Micheline e MULICK, James A.. **Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas.** *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2009, vol.29, n.1 [citado 2020-08-20], pp. 116-131 .
53. HARTGRAVES, P.M.; PRIMOSCHI, R.E. **An evaluation of oral and nasal midazolam for pediatric dental sedation.** ASDC Journal of Dentistry for Children, v. 61, n. 3, p. 175-81, 2014.
54. FUKUTA, O.; BRAHAM, R.L.; YANASE, H.; ATSUMI, N.; KUROSU, K. **The sedative effect of intranasal midazolam administration in the dental treatment of patients with mental disabilities: Part 1. The effect of a 0.2 mg/kg dose.** International Journal of Paediatric Dentistry, v. 17, n. 4, p. 231-7, 2016.
55. ANDRADE, E.D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia.** São Paulo: Artes Médicas, 2014.