

**UNIVERSIDADE DE UBERABA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

JOANA ALVES DE OLIVEIRA

**DESAFIOS ENCONTRADOS POR PAIS E CIRURGIÕES DENTISTAS DURANTE
A ABORDAGEM ODONTOLÓGICA EM PACIENTES AUTISTAS**

Uberaba – MG

2019

JOANA ALVES DE OLIVEIRA

**DESAFIOS ENCONTRADOS POR PAIS E CIRURGIÕES DENTISTAS DURANTE
A ABORDAGEM ODONTOLÓGICA EM PACIENTES AUTISTAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade de Uberaba como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Luís Henrique Borges.

Colaboradora: Prof.^a Me. Ana Maria Vogt.

Uberaba - MG

2019

Oliveira, Joana Alves de.
O4d Desafios encontrados por pais e cirurgiões dentistas durante a
abordagem odontológica em pacientes autistas / Joana Alves de
Oliveira. – Uberaba, 2019.
31 f.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba.
Curso de Odontologia, 2019.

Orientador: Prof. Dr. Luís Henrique Borges.

Colaboradora: Profa. Ma. Ana Maria Vogt.

1. Autismo. 2. Odontologia. 3. Saúde bucal. I. Borges, Luís
Henrique. II. Vogt, Ana Maria. III. Universidade de Uberaba. Curso
de Odontologia. IV. Título.

CDD 616.8982

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171


JOANA ALVES DE OLIVEIRA

**DESAFIOS ENCONTRADOS POR PAIS E CIRURGIÕES DENTISTAS
DURANTE A ABORDAGEM ODONTOLÓGICA EM PACIENTES AUTISTAS**


Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Odontologia da
Universidade de Uberaba como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Bacharel em Odontologia.

Aprovado em: 14/12/19

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Luis Henrique Borges
Universidade de Uberaba



Prof.ª Dr.ª Denise Tornavoi de Castro
Universidade de Uberaba

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, por tudo em minha vida, pela caminhada e obstáculos vencidos, com dedicação e muita fé.

Dedico, aos meus pais amados, com muito orgulho, minha base, que fizeram tanto por mim, sem eles não seria possível chegar até aqui e, aos meus irmãos, que acreditaram e apoiaram desde o início.

Dedico, também, aos meus orientadores, Prof. Dr. Luís Henrique Borges e Prof.^a Me. Ana Maria Vogt, que estiveram ao meu lado, acreditando no meu potencial e se dedicaram a este trabalho com tanto carinho e disposição.

Sou imensamente grata à minha querida e muito admirada Professora Ana Maria Vogt, por todo amor, paciência e dedicação por este trabalho, e pela confiança no meu desempenho durante o percurso, por todo o suporte.

Gratidão à Universidade de Uberaba!

RESUMO

Este trabalho apresentou os desafios encontrados por pais e cirurgiões-dentistas, durante a abordagem odontológica em pacientes com autismo. O autismo é considerado um distúrbio de desenvolvimento, também, conhecido como Transtorno do Espectro Autista (TEA). Caracteriza-se pela dificuldade de interação social e da linguagem falada. O autismo e seus comportamentos diferenciados começam a aparecer antes dos trinta meses de idade e pode ter uma prevalência maior em indivíduos do sexo masculino. O objetivo desse trabalho foi de apresentar os desafios e abordagens de pais e cirurgiões-dentistas referentes aos pacientes autistas, contribuindo para um atendimento mais eficaz e seguro aos mesmos. Foi realizada uma revisão de literatura, através de livros, artigos científicos, com publicações entre os anos de 2014 a 2019 e material eletrônico. Os métodos de abordagens foram baseados nos: PECS, ABA, TEACCH, Programa SonRise, além das abordagens verbais, visuais e de dessensibilização para o atendimento odontológico com sucesso. Como resultado desse trabalho, foi desenvolvida uma cartilha de prevenção para pais e cuidadores. Podemos concluir que o atendimento odontológico do paciente autista é muito complexo, requer muita dedicação, habilidade, conhecimento sobre o TEA e os seus níveis de comprometimento por parte do cirurgião dentista, necessitando de uma equipe multidisciplinar para melhor atendimento. A grande dificuldade dos pais dos autistas é fazer a limpeza dos dentes em casa, pois os agravos podem ser evitados, quando a higiene bucal é instituída de forma precoce. O dentista deve orientar sempre os pais e cuidadores de como cuidar da higiene bucal, de forma correta e sistematizada. É possível realizar o atendimento odontológico do paciente no consultório ou em domicílio, sem que haja necessidade da contenção química e física ao paciente, evitando estresse, no autismo leve, ou nível 1. Entretanto, no autismo moderado e severo, compreendendo, respectivamente, os níveis 2 e 3, as opções de tratamento odontológico são: a sedação consciente; sedação pelo uso dos benzodiazepínicos e anestesia geral, em ambiente hospitalar. É imprescindível que o cirurgião dentista perceba e compreenda as limitações de cada indivíduo portador do TEA, para a escolha da alternativa menos traumática de atendimento odontológico, com vistas à qualidade de vida e à promoção da saúde desses pacientes.

Palavras-chave: Autismo. Odontologia. Saúde Bucal. Abordagens.

ABSTRACT

This paper presented the challenges encountered by parents and dental surgeons during the dental approach in patients with autism. Autism is considered a developmental disorder, also known as Autistic Spectrum Disorder (ASD). It is characterized by the difficulty of social interaction and spoken language. Autism and its differentiated behaviors begin to appear before the age of 30 months and may have a higher prevalence in males. The objective of this paper was to present the challenges and approaches of parents and dental surgeons regarding autistic patients, contributing to a more effective and safer care for them. A literature review was conducted through books, scientific articles with publications from 2014 to 2019 and electronic material. Approach methods were based on: PECS, ABA, TEACCH, SonRise Program as well as verbal, visual and desensitization approaches for successful dental care. As a result of this work we developed a prevention booklet for parents and caregivers. We can conclude that the dental care of the autistic patient is very complex, requires a lot of dedication, skill, knowledge about the ASD and its levels of commitment by the dental surgeon, requiring a multidisciplinary team for better care. The great difficulty of parents of autistic people is to clean their teeth at home, because the problems can be avoided when oral hygiene is instituted early. The dentist should always advise parents and caregivers how to take care of oral hygiene in a correct and systematic way. It is possible to perform dental care of the patient in the office or at home, without the need for chemical and physical restraint to the patient, avoiding stress, mild autism, or level 1. However, in moderate and severe autism, comprising respectively the levels 2 and 3, dental treatment options are: conscious sedation; sedation by benzodiazepines and general anesthesia in a hospital setting. It is essential that the dentist understands and understands the limitations of each individual with ASD, for choosing the least traumatic alternative dental care, with a view to quality of life and health promotion of these patients.

Keywords: Autism. Dentistry. Oral Health. Approaches.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	PROPOSIÇÃO	10
3	MATERIAIS E MÉTODOS	11
4	REVISÃO DE LITERATURA	12
4.1	Autismo	12
4.2	Integração de Pais e Profissionais	14
4.3	Tratamento Odontológico no Paciente Autista	15
4.4	Métodos de Abordagens aos Pacientes Autistas Na Odontologia	16
4.4.1	Contato Visual	17
4.4.2	Demonstração da Técnica de Escovação com Outras Crianças	17
4.4.3	Demonstração da Técnica de Escovação através de Vídeos	18
4.4.4	Músicas	18
4.5	Desafios dos Pais e Profissionais Durante o Atendimento Odontológico	18
4.6	Sedação Consciente em Pacientes Autistas	20
4.7	Atendimento Odontológico do Autista em Ambiente Hospitalar	21
5	RESULTADOS	23
6	DISCUSSÃO	25
7	CONCLUSÃO	28
	REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

O autismo é uma realidade na sociedade atual, em que cada vez mais vem aumentando o número de crianças e adultos que têm esse transtorno, dado como Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Ele é uma síndrome caracterizada, principalmente, pela dificuldade de interação social e atraso na linguagem falada (GAUDERER, 1997).

O autismo ainda é um enigma para a ciência, mas que afeta mais de setenta milhões de pessoas pelo mundo, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU). Em 1906, o psiquiatra suíço Plouller utilizou o termo autismo pela primeira vez, ao descrever o isolamento frequente em alguns de seus pacientes. Mas, foi somente na década de 1940, que o transtorno recebeu maior atenção, quando médico austríaco Leo Kanner, vivendo nos Estados Unidos, teve contato com um paciente, onde o médico definiu como sendo autismo. Diversos autores estiveram a estudar e desenvolver sobre o assunto e suas descobertas, estando certas ou não, vêm contribuindo, até os dias atuais, para melhor compreensão desse transtorno (GAUDERER, 1997).

No ano 1944, Hans Asperger, escreveu sobre a “A psicopatia autista na infância” que, por sua vez, observava o padrão de comportamentos e sua prevalência. Em sequência, Michael Rutter, classificou o autismo em quatro critérios de extrema importância para o entendimento dessa síndrome (AUTISMO, 2016); (CARVAHO; SOUZA; CARVALHO, 2014).

Em 1981, Lorna Wing, mãe de uma criança autista e também psiquiatra inglesa, descreveu a chamada Tríade de Wing que revolucionou os conceitos de autismo (KLIN, 2006).

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) possui uma história marcada por alterações na nomenclatura e nos critérios utilizados para o diagnóstico. Atualmente, as características do distúrbio constam na edição mais atualizada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), como parte do Transtorno do Espectro Autista. O DSM é como um guia global para orientar profissionais de saúde do mundo inteiro. O TEA é classificado como um transtorno ou distúrbio do neurodesenvolvimento. Não se trata de uma doença e nem de síndrome, já que não é conhecido seu gene causador. Com isto, as causas concretas do TEA ainda são desconhecidas pela ciência. Como não se sabe ao certo a origem, não há cura, ainda, para o autismo. Contudo, os estudos sobre terapias e tratamentos, visando a qualidade de vida, vêm trazendo descobertas animadoras (CAMPOS; PICCINATO, 2019).

A forma de tratamento odontológico para uma criança autista deve, então, ser multidisciplinar. Deve-se, dessa forma, reunir informações mais detalhadas sobre o comportamento da criança e seu estado de saúde, por exemplo, se é colaborador e faz uso de medicações. O dentista deve obter os contatos dos demais profissionais que cuidam da criança autista, e interagir com eles, para então saber sobre as condições de saúde geral do paciente em caso de alguma emergência (ZINK, *et al.*, 2016); (MARRA, 2007); (VARELLIS; DUARTE; MOREIRA, 2005).

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. É de extrema importância manter a saúde geral, bem como a saúde bucal desse paciente. Há a necessidade de se conhecer mais sobre o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e, para isso, faz-se necessário pesquisar diferentes abordagens para melhor atendê-los. Com a integração dos pais e dentistas, percebe-se melhor compreensão desse transtorno, de modo a evitar situações que poderiam causar danos físicos e psicológicos para os pacientes e familiares, durante o tratamento odontológico. Especialistas e profissionais da saúde podem desenvolver protocolos de tratamento, que são individualizados, de acordo com o sintoma do paciente (CAMPOS; PICCINATO, 2019).

2 PROPOSIÇÃO

O trabalho proposto pretendeu apresentar diferentes formas de gerenciamento comportamental ao paciente autista, com vistas à promoção da saúde, motivar e orientar familiares e cuidadores para higiene bucal do paciente com TEA, bem como promover o conhecimento da comunicação alternativa aos dentistas, facilitando o gerenciamento comportamental e tratamento e desenvolver uma cartilha de prevenção bucal para pais e cuidadores dos pacientes com TEA.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

A Metodologia utilizada para este trabalho é qualitativa descritiva, através de uma revisão de literatura, utilizando livros, artigos científicos (com publicações entre os anos de 2014 a 2019) e material eletrônico (PUBMED; BIREME; Biblioteca Virtual de Saúde BVS; SCIELO; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde-LILACS), sobre o autismo e a Odontologia. Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis na íntegra, em língua portuguesa e inglesa. As palavras-chave utilizadas para busca foram, respectivamente: autismo; saúde; bucal; abordagem e manejo odontológico.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Autismo

A palavra “autismo” vem da junção do prefixo de origem grega “auto” que se refere a si mesmo mais o sufixo “ismos” indicando ação ou estado (JANKOWSKI, 2013).

Na psiquiatria, o termo autismo foi descrito, pela primeira vez, por Plouller, em 1906, mas, somente difundido em 1911, por Eugene Bleuder (MELLO, 2007).

O autismo foi citado novamente em 1943, por Leo Kanner, estudando onze crianças, que apresentavam dificuldades de comunicação e relacionamento, na qual denominou de Distúrbio Autístico do Contato Afetivo (ZINK, *et al.*, 2016).

Hans Asperger, em 1944, escreveu um artigo: “A psicopatia autista na infância”, observando que esta alteração de comportamentos repetitivos acontecia, predominantemente, em meninos. Na década de 80, Asperger foi reconhecido mundialmente como um dos pioneiros no estudo do autismo e, a síndrome de Asperger recebeu então o seu nome (CARVALHO; SOUZA; CARVALHO, 2014).

Michael Rutter, em 1980, classificou o autismo, considerando alguns critérios muito importantes para o entendimento dessa síndrome. Dentre os critérios, percebe-se: o atraso mental, a esquizofrenia e o distúrbio persistente do desenvolvimento da linguagem do tipo repetitivo. Dessa forma, classificou em três tipos: autismo leve, moderado e severo (CARVALHO; SOUZA; CARVALHO, 2014).

A linguagem sempre representa um aspecto fundamental no autismo, podendo ser considerada como elemento desencadeador (GANZ, *et al.*, 2012).

Diversas pesquisas associam as alterações de linguagem às causas do TEA, como elemento desencadeador ou como aspecto afetado pelas mesmas desordens que o causam. Em relação aos níveis de gravidade, observa-se o nível 1: leve (exige apoio); nível 2: moderado (exige apoio substancial); nível 3: grave/severo (exige maior apoio e muito substancial). Quanto ao nível 1, no aspecto de comunicação social, o paciente com TEA possui: dificuldade para iniciar interações sociais; ocasionalmente, oferecem respostas inconsistentes às tentativas de interação por parte do outro, dificultando trocas de atividades, organização e planejamento. Com relação ao nível 2, o portador de TEA possui: comunicação social verbal ou não verbal com maiores dificuldades; limitações em iniciar interações sociais com respostas reduzidas e atípicas; comportamentos restritos, repetitivos, com inflexibilidade para mudança no foco e na rotina. Já no nível 3, o portador de TEA apresenta: limitação severa/grave para iniciar interações sociais; inflexibilidade com extrema dificuldade para lidar com mudanças de comportamento; maior estresse e

sofrimento para mudar o foco ou atividade; comportamentos restritos e repetitivos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é uma síndrome caracterizada pela hipersensibilidade sensorial, hiperatividade e comportamento de autoagressão, o que dificulta a sua vida de relacionamento com a família e comunidade (GANDHI; KLEIN, 2014).

Estima-se que vinte a cada dez mil nascidos sejam portadores de autismo, predominantemente, no sexo masculino (KLIN, 2006).

Não existe uma causa específica para o desenvolvimento do TEA; o autismo também pode acontecer de forma isolada ou associada com outros distúrbios mentais (COSTA, *et al.*, 2014).

Normalmente, antes dos 30 meses de idade, a criança autista inicia a manifestação de comportamentos diferenciados, em que os genitores são os primeiros a perceber esses sinais, procurando pelo médico (JANKOWSKI, 2013).

Os transtornos do sono e da alimentação; incapacidade de comunicação; ecolalia; comportamento repetitivo; indiferença são as primeiras características observadas pelos seus genitores e apontados também pelos médicos, estudiosos do TEA (BATISTA, 2013).

O Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – Quarta Edição, DSM-IV, propõe um diagnóstico diferencial, para não confundir o autismo com outras patologias, em que o atraso mental; a esquizofrenia; o distúrbio persistente do desenvolvimento de início da infância (observado inicialmente pelos genitores); distúrbio do desenvolvimento da linguagem do tipo repetitivo, constituem a base do diagnóstico diferencial, onde um audiograma pode excluir essas características (JANKOWSKI, 2013).

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 (CARUZO; RODRIGUES; TAVARES, 2015).

Infelizmente, ainda não se tem a cura para o autismo, mas uma Equipe Multidisciplinar composta por profissionais de saúde (todas as áreas), educação, artes, esportes e lazer, contribuem e são fundamentais para o progresso e qualidade de vida aos seus portadores (QUEIROZ, *et al.*, 2014).

4.2 Integração de Pais e Profissionais

Os pais, após receberem o diagnóstico do autismo, necessitam de orientações através de uma equipe multidisciplinar, em razão da sua condição, proporcionando bem-estar e saúde. Inicialmente, é o médico, pediatra, que faz a ligação dos pais com os outros profissionais da área de saúde, educação, esporte, arte e lazer. Normalmente, é a esse profissional que os genitores recorrem quando os mesmos percebem os primeiros sinais do autismo, manifestado por meio da mudança de comportamento da criança (SILVA; PANHOCA; BLACHMAN, 2004).

É necessário que os profissionais trabalhem de forma multidisciplinar e integrada para melhorar o desenvolvimento da criança autista. Os profissionais que trabalham isoladamente comprometem (e até mesmo regridem) o seu desenvolvimento. Uma equipe Multidisciplinar de Saúde pode ser formada por diversas especialidades médicas (Pediatria; Neurologia; Psiquiatria; Endocrinologia); outras áreas de saúde associadas (Psicologia; Fisioterapia; Terapia Ocupacional; Fonoaudiologia; Biomedicina; Patologia Clínica; Nutrição e Odontologia); áreas de educação (Psicopedagogia); Esporte; Artes e Lazer. A falta de interação médica e odontológica resulta em saúde bucal precária e comprometida. Os pais, devido à demanda de cuidados com a criança especial autista, têm dificuldades de cuidar e exercer a higiene bucal na mesma (VARELLIS; DUARTE; MOREIRA, 2005); (ZINK, *et al.*, 2016).

Antes do atendimento odontológico, é importante que o dentista converse com os genitores, sem a presença da criança autista, para obter, dos mesmos, informações, tais como: se o paciente faz uso de medicações; se já teve convulsões; 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 e 3), para saber como intervir nos casos de emergência e tratamento odontológico (MARRA, 2007).

Os genitores e cuidadores, geralmente, criam vínculos com os profissionais que cuidam da criança autista. 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 os mesmos têm a capacidade de entender e transmitir o sentimento da criança para qualquer profissional desta equipe (AMARAL, *et al.*, 2012).

Existem muitos estudos e dúvidas sobre o autismo e o tratamento odontológico. Desta forma, na sua grande maioria, as abordagens devem ser mais individualizadas, pois nem todo problema deve ser resolvido da mesma maneira. O profissional deve ter, portanto, uma boa relação com o paciente, tendo em vista que a criança autista tem várias dificuldades, principalmente, de socialização e comunicação. Por isso, faz-se necessário conquistá-la. Na maioria dos casos, na primeira consulta, o dentista não consegue realizar o atendimento. 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).

4.3 Tratamento Odontológico no Paciente Autista

Normalmente, o contato do dentista com a criança autista acontece de forma tardia, tornando o tratamento mais complexo. No entanto, é fundamental que o autista tenha uma boa saúde bucal, com muita prevenção. O dentista deve, portanto, explicar aos genitores sobre a importância da prevenção, através de diferentes técnicas para execução da higiene bucal realizada por eles, em casa (CORRÊA, 2012).

Ademais, o dentista deve compreender que é necessário ganhar a confiança da criança autista. No entanto, isto requer tempo. No primeiro contato, o dentista deve procurar contato visual com ela, com a ajuda dos genitores, obtendo o máximo de informação possível sobre suas principais reações e comportamento (MARRA, 2007).

Geralmente, as crianças autistas têm muitos problemas bucais já instalados como: doença periodontal; cárie; bruxismo e má oclusão. Na anamnese, percebe-se que as dietas dessas crianças são sempre ricas em alimentos doces (recompensa por uma tarefa realizada); uso prolongado da mamadeira e alimentação pastosa (CORRÊA, 2012).

Outro fator relevante, a longo prazo, pode ser o uso de medicamentos que comprometem a saúde bucal como, por exemplo, o uso de anticonvulsivantes à base de fenitoína sódica e carbamazepina que, com o seu uso prolongado, e com a presença constante do biofilme dental e a falta da higienização correta, ocasionam a fibromatose gengival dilatínica, comprometendo, ainda mais, a qualidade da higiene bucal (QUEIROZ, *et al.*, 2014).

Comumente, a criança autista chega para a primeira consulta odontológica muito apreensiva, chora e se recusa a abrir a boca. Os genitores apresentam alto grau de ansiedade frente ao tratamento odontológico, e isso acaba sendo transmitido à criança. Por outro lado,

quando os genitores constatarem a falta de cooperação da criança, ficam muito desmotivados. Sendo assim, o dentista deve informar aos genitores que tudo isso faz parte do comportamento da criança e que é necessário envolvê-la no tratamento com a colaboração e o incentivo deles, portanto, várias tentativas e abordagens serão realizadas (JANKOWSKI, 2013).

4.4 Métodos de Abordagens aos Pacientes Autistas na Odontologia

Existem vários métodos, técnicas e formas pedagógicas de abordar um indivíduo com autismo. Dentre essas variedades de técnicas, podemos citar: TEACCH; ABA; PECS; Programa SON RISE, dentre outros. O TEACCH significa Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Deficiência relacionadas à comunicação, tendo, como objetivo, desenvolver sistemas organizados, em que se entende que as crianças possam se desenvolver em ambientes mais estruturados, onde ela possa compreender um padrão com aquisição de independência em suas atividades de vida diária, no decorrer do tempo. Na Odontologia, o TEACCH é aplicado de forma que a sequência da escovação seja demonstrada pelos pais aos seus filhos autistas, fazendo com que a criança repita o procedimento em casa, visando a compreensão e a formação do hábito (GAUDERER, 1997); (LEAR, 2004).

O Método ABA significa Análise do Comportamento Aplicado, cuja finalidade é que, com o comportamento positivo ou negativo, pode-se conseguir algo que se deseja. Baseado nesse princípio, o ABA tem como objetivo remover os comportamentos indesejáveis. A ABA é aplicada na Odontologia de forma que o dentista não desista do tratamento e a criança se comporte na consulta. Como abordagem, o dentista primeiro observa o comportamento do paciente autista, para depois desenvolver uma alternativa de tratamento. É um método que requer esforço por parte dos pais e da criança (LEAR, 2004); (ZINK; DE PINHO, 2008).

O PECS significa Sistema de Comunicação por Troca de Figuras, e tem como objetivo ajudar no desenvolvimento da fala. Utilizando figuras, imagens que representam o que elas gostam ou desejam, elas trocam figuras ou imagens entre elas e outras crianças, entre os pais, profissionais como forma de comunicação. O PECS é um sistema individualizado de figuras, que é baseado nos princípios da ABA, que seria de trazer o interesse da criança autista e ensinar diversas atividades. O PECS é aplicado na Odontologia, quando o dentista faz uma demonstração utilizando imagens, figuras que representam as etapas de escovação e o uso de fio dental, utilizando do reforço positivo e

trocando as figuras sempre que a criança executa uma etapa com sucesso (LEAR, 2004); (BATISTA, 2013).

A técnica do Dizer-Mostrar-Fazer faz parte do Programa SON RISE, desenvolvido na década de 70 por genitores, cujo filho foi diagnosticado com autismo severo. A metodologia foi descrita como forma de interação da criança com outras pessoas, a fim de trocar experiências e absorver informações. As atividades devem ser realizadas de forma lúdica, com a participação dos genitores, incentivando a criança autista no Dizer-Mostrar-Fazer (ZINK, *et al.*, 2016).

4.4.1 Contato Visual

Uma característica muito importante na criança autista é a dificuldade de ela manter o contato visual. O dentista deve conhecer essa característica e tentar várias maneiras de conseguir esse contato visual e estabelecer a comunicação. O dentista deve ficar na direção da criança e quando ambos estão na mesma altura, o olho no olho é facilitado e, assim, existe a possibilidade de transmitir segurança a ela. Usar óculos maiores com cores chamativas, jalecos coloridos e gorros com desenhos, contribuem para essa atenção visual. Colocar espelho no consultório, junto ao refletor, pendurar brinquedos da preferência da criança, também, no refletor, com o intuito de buscar contato visual, contribui para o manejo mais adequado da mesma. Sempre que conseguir o contato, elogie, pois quando elogiada, a criança autista se sente motivada para realizar a ação novamente, tendo, no reforço positivo, uma das abordagens mais adequadas. O contato visual é uma atividade que requer treino e o dentista necessita incentivar sempre essa busca para prosseguir com sucesso na abordagem e no atendimento odontológico (GANZ, *et al.*, 2012).

4.4.2 Demonstração da Técnica de Escovação com Outras Crianças

É de grande ajuda para o dentista e genitores, a participação de outras crianças na técnica de escovação, para a abordagem do autista. As outras crianças devem ser conhecidas da criança autista, por exemplo, primos, amigos ou irmãos. As crianças são usadas como modelos, para que o autista realize a ação. O dentista mostra para as outras crianças, de forma bem lúdica, usando, por exemplo, um fantoche, macro modelo ou um boneco, a técnica de escovação. O objetivo é repetir a ação ensinada, inclusive à criança autista. Cada etapa realizada com sucesso deve ser seguida de um elogio (parabéns; que maravilha; muito bom; dentre outros). Concluindo a escovação, o dentista e os genitores podem recompensar a criança autista. Isso significa que a mesma, toda vez que repetir essa

ação, vai receber algo que a agrada, o que aumenta a probabilidade e a possibilidade de repetir a tarefa com sucesso (LEAR, 2004); (AMARAL, *et al.*, 2012).

4.4.3 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. É necessário, às vezes, que elas observem e vejam o que está sendo falado, para que consigam fazer também. 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).

4.4.4 Músicas

O paciente autista tem várias aptidões e, na maioria das vezes, a que mais lhe agrada é a música. É prazeroso para a criança autista utilizar música durante a escovação. Interessante é inventar uma letra, para uma música conhecida (paródia) da criança autista ou de sua preferência, substituindo pela sequência da escovação. Dessa forma, os pais e os dentistas podem cantar a música para a criança autista, toda vez que ela for escovar os dentes. Essa ação induz, majoritariamente, o que a criança autista tem que fazer. O autista tem excelente memória, não se deve trocar a música ou a letra, pois ele pode se negar a fazer a escovação. Sendo assim, a música ou a letra deve sempre permanecer a mesma (LEAR, 2004); (AMARAL, *et al.*, 2012).

4.5 Desafios dos Pais e Profissionais Durante o Atendimento Odontológico

É necessário haver uma abordagem odontológica precoce para a criança autista, na tentativa de se estabelecer contato entre paciente e profissional. Os genitores devem ser orientados a fazer higiene bucal precocemente, para evitar agravos bucais. Seria melhor a prevenção, devido às dificuldades de abordagem e manejo, sobretudo, em realizar o tratamento e a manutenção (MARRA, 2007).

A maior dificuldade dos genitores é de realizar a higiene bucal em casa. Quando a criança autista ainda é um bebê, os genitores devem envolver um pano de boca ou gaze nos

dedos, umedecida com água filtrada ou soro fisiológico e passar na gengiva ou ainda usar escova manual ou elétrica, ajudando sempre a criança nesta tarefa (CAGETTI, *et al.*, 2015).

Existem famílias com problemas diversos como: falta de informações ou de condições financeiras; enfrentando momentos de dificuldades variadas (cansaço, preconceito), que necessitam muito do acolhimento do dentista, além do atendimento à criança. O alto custo dos tratamentos odontológicos complexos impede que os genitores levem a criança ao consultório odontológico com maior frequência, de modo a aumentar os agravos bucais, ou ainda levar ao dentista somente em caso de dor. Nesse caso, os genitores devem procurar pelo atendimento gratuito nas Unidades Básicas de Saúde (SUS), nas Policlínicas Odontológicas das Universidades, convênios, dentre outros (AMARAL; CARVALHO; BEZERRA, 2016).

Outra grande dificuldade dos genitores é encontrar profissionais da Odontologia que atendam crianças, adolescentes ou adultos, com autismo. Nem todos os dentistas atendem pacientes portadores de necessidades especiais, e ainda existem poucos centros especializados no Brasil e no mundo para esse atendimento (GOMES, *et al.*, 2015).

Pelo fato de existirem poucos dentistas especializados no atendimento aos pacientes portadores de necessidades especiais no Brasil, existe receio por parte de profissionais do âmbito da clínica geral em Odontologia, em realizar o atendimento odontológico nesses pacientes (comportamento agressivo, falta de colaboração, medo e recusa) e, até mesmo, pela falta de experiência profissional. Um dentista, para cuidar de crianças especiais (e também das autistas), deve ser muito paciente, observador e sempre aberto a novas possibilidades e experiências (KATZ, *et al.*, 2009).

Os genitores demoram a encontrar um profissional capacitado para atender o paciente autista, e os mesmos chegam ao consultório odontológico com dor aguda; infecção; raízes residuais, a ponto de ter que fazer exodontias múltiplas. Isso tudo consiste em situações desagradáveis para o atendimento, devido às situações de urgência e emergência (WALDMAN; PERLMAN; WRONG, 2008).

A falta de recursos odontológicos especializados para o atendimento do portador de autismo constituiu outro grande desafio encontrado pelos dentistas. Algumas crianças necessitam da contenção física, outras de sedação para que fiquem mais colaborativas e, até mesmo, em condições extremas, com um autismo severo, de anestesia geral para o tratamento odontológico. Todos esses procedimentos, além do custo elevado, não são acessíveis na maioria dos sistemas públicos de saúde, exceto nos grandes centros e capitais do país (AMARAL; CARVALHO; BEZERRA, 2016).

Outro grave desafio, por fim, para o atendimento odontológico, em pacientes autistas, é sobre a escassa literatura encontrada, o que dificulta o plano de tratamento aos dentistas. Mesmo o profissional ciente de que o paciente necessita de abordagem individualizada, faz-se necessário informações adicionais e científicas em maior número e acesso (PICCIANI, *et al.*, 2019).

4.6 Sedação Consciente em Pacientes Autistas

Em crianças autistas e não colaborativas, na qual muitas tentativas de abordagem e manejo para o atendimento odontológico foram realizadas, a sedação consciente torna-se uma alternativa eficiente, permitindo que os pacientes fiquem mais tranquilos durante o atendimento. Sob esse contexto, o primeiro gás inalatório utilizado na sedação consciente foi o óxido nitroso, que foi descoberto pelo químico inglês Joseph Priestley em 1770. No entanto, esse gás foi utilizado na área odontológica, em meados de 1800, pelo dentista Horace Wells (GAUJAC, *et al.*, 2009).

No sistema nervoso central, o óxido nitroso atua promovendo conforto ao paciente, diminuindo a dor, apenas durante o seu uso. Através do aquecimento do nitrato de amônia, o gás é obtido e, assim, é transformado em óxido nitroso (N₂O) e água (H₂O). Em cinco minutos, esse gás realiza efeitos e não se liga a nenhum componente sanguíneo, sendo facilmente liberado pelo organismo. Essa sedação está indicada, principalmente, nos casos de fobia e medo em pacientes autistas. No entanto, em doenças sistêmicas graves; deficiência de vitamina B12; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); escleroses múltiplas estão contraindicados o seu uso (GAUJAC, *et al.*, 2009).

O uso do óxido nitroso, nos Estados Unidos e em alguns países da Europa, faz parte da grade curricular obrigatória do curso de graduação em Odontologia. Os alunos têm vivência e prática dessa modalidade, especialmente, nos atendimentos de Odontopediatria e de Pacientes Especiais, na modalidade de atendimento odontológico em consultório. Os alunos da graduação terminam o curso de Odontologia com habilitação para realizar esse tipo de atendimento. No Brasil, não há esse tipo de grade horária nos cursos de graduação em Odontologia como obrigatoriedade. No serviço público do país, o atendimento também não contempla essa modalidade, a não ser em serviços terceirizados ou em clínica privada. Isso também dificulta para os pacientes autistas e suas famílias, a terem acesso a tal tipo de atendimento e ao custo operacional do mesmo (GAUJAC, *et al.*, 2009).

Apenas os dentistas habilitados podem usar a técnica da sedação consciente, no Brasil. O profissional brasileiro, após o término da graduação, pode fazer o curso e se

tornar habilitado e, portanto, realizar o atendimento nesta modalidade, em clínica privada. Em razão disso, e pelo fato de que poucos fabricantes desenvolvem esse aparelho no Brasil, somente alguns profissionais utilizam o óxido nitroso. Sendo assim, os genitores devem estar cientes que precisam ter um profissional habilitado em óxido nitroso para utilizar a sedação consciente no seu filho autista. Esse método é bastante utilizado nos Estados Unidos e em alguns países da Europa em pacientes autistas, pois reduz o estresse e o trauma destes pacientes causados pelo tratamento odontológico (GAUJAC, *et al.*, 2009).

Os benzodiazepínicos também promovem efeitos sedativos. Os fármacos mais utilizados nos pacientes autistas para tratamento odontológico são: diazepam; lorazepam; alprazolam; midazolam e triazolam. Cada um destes fármacos tem um tempo de duração e ação diversa, com a finalidade de diminuir a ansiedade (GAUJAC, *et al.*, 2009); (JANKOWSKI, 2013).

4.7 Atendimento Odontológico do Autista em Ambiente Hospitalar

O tratamento odontológico hospitalar, em bloco cirúrgico, com anestesia geral, deve ser a última alternativa para o paciente portador de TEA, quando as demais alternativas e formas de abordagens forem tentadas, sem sucesso. O dentista deve estar ciente dessa modalidade de atendimento e os genitores devem ser informados e concordarem com essa conduta, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Tal modalidade de atendimento requer planejamento pelo dentista e pela equipe médica do hospital. O paciente portador de TEA deve fazer exames laboratoriais; consulta prévia com o médico clínico geral; cardiologista; neurologista e anesthesiologista. Após as avaliações e confirmação de que o paciente autista está apto para o tratamento, o mesmo está liberado para esse tipo de atendimento. Os genitores, ainda assinam mais um termo de consentimento esclarecido sobre os riscos normais oriundos da anestesia geral. 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 há necessidade de intubação. Sendo assim, existem maiores riscos com utilização criteriosa desse procedimento (CASTRO, *et al.*, 2010).

Para o atendimento odontológico no paciente autista, com anestesia geral, é necessária uma equipe multidisciplinar para dar suporte durante o atendimento, composta por: médico anesthesiologista; enfermeiro; cirurgião dentista; técnico de saúde bucal ou auxiliar de saúde bucal. Após o atendimento, o paciente é levado para a recuperação, ainda dentro do bloco cirúrgico e, depois, para o quarto do hospital. Geralmente, a alta acontece

no mesmo dia, sendo que os genitores são orientados quanto ao pós-operatório em casa. O tratamento em ambiente hospitalar é temido pelos genitores devido aos riscos que na verdade são comuns a qualquer paciente. Os autistas resistentes ao tratamento, que não colaboram facilmente, têm, na anestesia geral, uma opção menos traumática, no entanto, há maior resistência por parte dos genitores, quanto a essa modalidade de tratamento odontológico (AMARAL, *et al.*, 2012).

5 RESULTADO

Conforme proposto como objetivo foi desenvolvido a cartilha de prevenção odontológica aos Pais e Cuidadores dos autistas.

Os pacientes com autismo, principalmente as crianças no momento de realizar a higiene bucal e no atendimento odontológico, apresenta-se com choro, gritos, virando a cabeça e apertando a boca para fechá-la. Crianças com autismo, ou até mesmo os pacientes adolescentes e adultos autistas, quando entendem o todo e não apenas uma parte, lidam melhor com a situação. Neste caso, a higiene bucal é o todo e as partes são: creme dental; escova; fio dental; pia; torneira; água e abrir a boca. Geralmente para melhor resultado, o autista precisa entender como estas partes encaixam no todo, que é escovar os dentes. No entanto, o que dificulta mais a eles é não entenderem sobre dentes limpos e sujos e ainda terem cárie (AMARAL, *et al.*, 2012); (JANKOWSKI, 2013).

As situações relacionadas com a sensações, ou seja: o gosto do creme dental e a introdução da escova dentro da boca. Por este motivo se faz necessário preparar o autista para a higiene bucal. Para melhor preparar podemos utilizar algumas formas divididas em etapas, como: colocar fotos dos instrumentos de higiene bucal próximo do local a ser realizado, ilustrando para que o autista possa ver claramente estes instrumentos de uso e como serão utilizados a cada etapa do processo de higiene bucal (COSTA, *et al.*, 2014).

É necessário que os pais ou cuidadores escovem os seus próprios dentes e passem o fio dental, demonstrando, desta forma para que o autista veja os movimentos realizados com a escova e o fio dental. É interessante utilizar outras formas para demonstrar a importância de estar fazendo a higienização da boca, como: contar uma história; cantar uma música que passe a mensagem de maneira positiva sobre o assunto. Outra forma lúdica seria utilizar modelos que representam uma boca com dentes, fantoches, bonecos e com uma escova, creme dental e fio dental fazer os devidos movimentos corretos, demonstrando como escovar os dentes e passar o fio dental. Os movimentos com a escova são: circular (bolinha); o vai e vem (trenzinho) e varredura (vassourinha) (CARUZO; RODRIGUES; TAVARES, 2015); (ZINK, *et al.*, 2016).

Outras formas lúdicas, correlacionadas com a higiene bucal podem ser exploradas, tais como: abrir a boca grande (bocão); fazer caretas de frente ao espelho; mastigar com a boca aberta e fechada; esfregar a língua sobre os dentes; comer alimentos de textura

diferenciada e mostrar os resíduos na boca; permitir que o autista escolha a cor e o tipo de escova (preferencialmente de cabo longo para tocar o mínimo possível o rosto e de cerdas arredondadas e macias) e com os seus personagens favoritos; sabor (gosto) do creme dental, incentivando o autista a provar, colocar primeiramente no dedo, sentir o cheiro e a textura e levar a boca, lembrando que deve ser colocada pequena quantidade de creme dental na escova do tamanho de um grão de arroz ou ervilha, dependendo da idade. São ações que devem ser realizadas com frequência e diariamente, tornando assim um hábito comum a criança autista (PICCIANI, *et al.*, 2019).

O ato de morder e mastigar a escova ou sugar suas cerdas é normal aos autistas. Mas se o autista não encontrar desconforto nesta ação, pode então avançar para a próxima etapa e introduzir a escova dentro da boca iniciando os movimentos. É importante informar quando essa ação vai terminar. Para isto, os pais devem contar de zero a dez ou de zero a vinte, lentamente enquanto pode ser colocada uma música que fale sobre a escovação e as partes que devem ser escovadas dentro da boca. A música ajuda a lembrar da sequência da higiene bucal. Deve ser ensinado ainda pelos pais, a cuspir e enxaguar a boca após a escovação (MARRA, 2007).

É fundamental que os pais ou cuidadores lembrem sempre de recompensar o autista a cada etapa concluída com êxito, utilizando o reforço positivo do aprendizado, como: Parabéns; Muito bem; Maravilhoso; Você conseguiu (MELLO, 2007); (PICCIANI, *et al.*, 2019).

Ao desenvolver estes métodos de higienização bucal diariamente, os pais ou cuidadores devem entender que é um processo que requer tempo e paciência para assimilação e aprendizagem do autista. É uma tarefa cotidiana e que deve ter uma rotina com horários específicos e aquisição do hábito (PICCIANI, *et al.*, 2019).

6 DISCUSSÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) se manifesta diferentemente em cada indivíduo, de acordo com os níveis de comprometimento. Por isso, é necessário que o dentista busque diferentes formas de abordagens, mesmo que não consiga resultados satisfatórios (GANZ, *et al.*, 2012); (BATISTA, 2013); (ZINK, *et al.*, 2016).

A maioria dos pacientes autistas se recusa a receber tratamento odontológico, onde a hipersensibilidade sensorial, hiperatividade e comportamento de autoagressão, dificultam o tratamento odontológico (GANDHI; KLEIN, 2014) (UDHYA, *et al.*, 2014).

Diante do exposto e das dificuldades apresentadas na abordagem no consultório odontológico com os pacientes com TEA, esse tratamento, muitas vezes, deverá ser realizado sob anestesia geral (BARTOLOMÉ-VILLAR, *et al.*, 2016); (JABER, 2019).

O atendimento odontológico sob anestesia geral oferece riscos à saúde do paciente autista e, portanto, só deve ser realizado em último caso (AMARAL, *et al.*, 2012). Em contrapartida, será a melhor alternativa para que haja maior colaboração do paciente autista com menor risco de estresse e trauma futuros (AGUIAR, *et al.*, 2003);

A falta de controle do biofilme dental e as doenças cárie e periodontal são consideradas os principais problemas de saúde bucal nesses indivíduos com TEA (WALDMAN; PERLMAN; WONG, 2008); (DA SIVA, *et al.*, 2017).

O contato do paciente autista com o dentista deveria ser iniciado o mais rápido possível, sem dor, para que fosse construída uma relação de confiança, em que o paciente aceitasse, de livre e espontânea vontade, o tratamento (MARRA, 2007).

É necessário, portanto, que a família tenha orientação e conhecimento sobre os problemas que acometem a cavidade bucal e as alternativas para que estas doenças não venham acontecer de maneira intensa para o paciente (SILVA; PANHOCA; BLACHMAN, 2004); (CASTRO, *et al.*, 2010).

O relacionamento paciente-profissional é limitado, quando a comunicação quase inexistente nos pacientes com TEA. O contato visual é uma atividade que requer tempo e treino, sendo que o profissional necessita incentivar a busca desse contato para prosseguir nas atividades de condicionamento, abordagem e manejo para tratamento odontológico (KATZ, *et al.*, 2009); (CAGETTI, *et al.*, 2015); (ZINK, *et al.*, 2018).

A comunicação alternativa (CA) é uma área clínica da Pedagogia que se propõe a compensar, temporária ou permanentemente, indivíduos com dificuldades severas de comunicação, apresentando novas habilidades através de imagens, com técnicas de baixo

custo (materiais artesanais e de uso individual) ou de alta tecnologia (uso de software, computadores, vocalizadores, substituindo ou ampliando a comunicação oral e/ou escrita como o uso de aplicativos). Diante disto, o uso de figuras antecipatórias na Odontologia seria uma forma de facilitar a comunicação entre profissional e o indivíduo com TEA, antecipando as fases do tratamento odontológico no consultório (PICCIANI, *et al.*, 2019).

O uso de dispositivos móveis na Odontologia tem despertado atenção na inclusão de pacientes portadores de necessidades especiais, possibilitando conectividade, portabilidade, auxílio no manejo comportamental, reduzindo o número de sessões de uma profilaxia, quando comparado ao uso de figuras antecipatórias, sendo mais benéfico e positivo (SANTAROS; CONFORTO, 2015).

Algumas técnicas de gerenciamento comportamental podem ser utilizadas tais como: técnica de reforço positivo (assim que a habilidade é conquistada é recebido o reforço positivo) (muito bom); auxílio com fantoches para condicionamento de abertura de boca e mantê-la aberta, contando em voz alta de um a vinte, para que se acostume com o tempo (a contagem favorece a previsibilidade, diminui a ansiedade e a desorganização neurológica). Portanto, há técnicas básicas como: comunicação; distração; imitação, dessensibilização; técnicas físicas (estabilização protetora realizada pelos profissionais, assistentes, pais ou utilização de dispositivos especializados) e técnicas avançadas (óxido nitroso, sedação ou mesmo anestesia geral) (PICCIANI, *et al.*, 2019).

Para atendimentos de indivíduos com TEA, o dentista deve estar capacitado para procedimentos odontológicos, motivado a orientar cuidadores e familiares, além de apto a promover dessensibilização para o ambiente odontológico (KATZ, *et al.*, 2009); (JABER, 2011); (ZINK, *et al.*, 2016); (AMARAL; CARVALHO; BEZERRA, 2016).

Ainda sobre as formas de abordagem ao paciente, a Análise de Comportamento Aplicada (ABA) é a que tem atingido resultados mais satisfatórios, pois não considera o autismo como doença e, sim, como atraso mental que pode ser corrigido (BATISTA, 2013). Entretanto, o Programa SON RISE, quando adaptado à Odontologia, também é um método eficaz, uma vez que busca compreender o universo do paciente portador de TEA, com vistas ao êxito do tratamento (JANKOWSKI, 2013).

Todos os autores consultados concordaram que é indispensável, primeiramente, a minuciosa coleta de dados do paciente, antes de iniciar o tratamento, realizando a anamnese, inicialmente, só com os pais. Em seguida, o paciente deve ser preparado em casa, com imagens, uso de tecnologia para o momento de ir ao consultório. Os autores supracitados ainda afirmam que é necessário que o dentista tenha conhecimento sobre o

autismo para se obter sucesso em qualquer procedimento odontológico possível, no consultório odontológico. Outras opções de tratamentos devem ser tentadas e bem indicadas como a sedação e a anestesia geral, em que o paciente é avaliado por uma equipe multiprofissional hospitalar em relação a sua saúde geral.

7 CONCLUSÃO

De acordo com a revisão da literatura, é possível concluir que o atendimento odontológico do paciente autista é muito complexo, requer muita dedicação, habilidade, assim como conhecimento sobre o TEA e os seus níveis de comprometimento por parte do cirurgião dentista, necessitando de uma equipe multidisciplinar para melhor atendimento.

A grande dificuldade dos pais dos autistas é fazer a limpeza dos dentes em casa, pois os agravos podem ser evitados, quando a higiene bucal é instituída de forma precoce. O dentista, portanto, deve orientar sempre os pais e cuidadores de como cuidar da higiene bucal de maneira correta e sistematizada.

É possível realizar o atendimento odontológico do paciente no consultório ou em domicílio, sem que haja necessidade da contenção química e física ao paciente, o que evitará estresse, no autismo leve, ou nível 1. Entretanto, no autismo moderado e severo, compreendendo, respectivamente, os níveis 2 e 3, as opções de tratamento odontológico são: a sedação consciente; sedação pelo uso dos benzodiazepínicos e anestesia geral, em ambiente hospitalar.

É imprescindível que o cirurgião dentista perceba e compreenda as limitações de cada indivíduo portador do TEA, para a escolha da alternativa menos traumática de atendimento odontológico, com vistas à qualidade de vida e à promoção da saúde desses pacientes.

REFERÊNCIAS

AMARAL, C. O. F. *et al.* Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para o atendimento odontológico. **Arch Oral Rev.** 2012 May-Aug; 8(2): 143-51.

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.

AUTISMO. Disponível em: <[HTTP://pt.slideshare.net/aurivan/pedagogia-autismo](http://pt.slideshare.net/aurivan/pedagogia-autismo)>. Acesso em: 01 de julho de 2016.

BARTOLOMÉ-VILLAR, B. *et al.* Incidence of oral health in paediatric patients with disabilities: sensory disorders and autismo spectrum disorder. Systematic review II. **J Clin Exp Dent.** 2016; 8(3): 344-51.

BATISTA, A. A. Relato de caso clínico e revisão de literatura de paciente com transtorno global do desenvolvimento. **Monografia [Graduação em Odontologia] – Universidade Estadual de Londrina.** Londrina, 2013.

CAGETTI, M. G. *et al.* Dental care protocol based on visual supports for children with autism spectrum disorders. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.** 2015; 20(5): 598-604.

CAMPOS, V.; PICCINATO, R. **Autismo do diagnóstico ao tratamento:** as melhores orientações sobre o universo autista. 1.ed. Bauru, SP: Alto Astral, 2019.

CARUZO, V. C.; RODRIGUES, L. M. S; TAVARES, M. M. Importância do conhecimento dos enfermeiros sobre o autismo e suporte familiar: relato de experiência. **Seminários: Mostra de TCC da Enfermagem.** USS, 2015; 6(2):8.

CARVALHO, M. P.; SOUZA, L. P. A.; CARVALHO, J. A. Síndrome de Asperger: Considerações sobre espectro do autismo. **Revista Científica do ITPAC.** Araguaína, 2014; 7(2): 1-10.

CORRÊA M. **Conto de uma rainha azul.** Duque de Caxias, Rio de Janeiro: Sinergia, 2012.

COSTA, E. L. *et al.* **Autismo infantil:** Assistência de Enfermagem. Goiânia: Faculdade Padrão Faculdade de Enfermagem; 2014.

DE CASTRO, A. M. *et al.* Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. **Rev Odontol UNESP.** Araraquara, 2010 mai-jun; 39(3): 137-142.

GANZ, J. B. *et al.* Meta-analysis of PECS with individuals with ASD: Investigation of targeted versus non-targeted outcomes, participant characteristics, and implementation phase. **Research in Developmental Disabilities.** 2012; 33: 406-18.

GAUDERER, C. **Autismo e outros atrasos de desenvolvimento:** guia prático para pais e profissionais. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

GAUJAC, C. *et al.* Sedação consciente em Odontologia. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. 2009 set-dez; 21(3): 251-7.

GOMES, P. T. *et al.* Autism in Brazil: a systematic review of Family challenges and coping strategies. **J Pediatr**. 2015; 91: 111-21.

JABER, M. A. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autismo. **J Appl Oral Sci**. 2011; 19(3): 212-7.

JANKOWSKI, I. S. A criança autista e a Odontopediatria. **Monografia [Graduação em Odontologia] – Universidade Estadual de Londrina**. Londrina, 2013.

KATZ, C. R. T. *et al.* Abordagem psicológica do paciente autista durante o atendimento odontológico. **Odontol Clin Cientif**. 2009; 8(2): 115-21.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Rev Bras. Psiquiatr**. 2006; 28(Supl D): S3-11.

MARRA, P. S. Dificuldades encontradas pelos responsáveis para manter a saúde bucal em portadores de necessidades especiais. **Tese [Mestrado em Odontologia] - Universidade do Grande Rio**. Duque de Caxias, RJ, 2007.

MELLO, A. M. R. S. **Autismo: Guia Prático**. 5.ed. São Paulo: AMA, 2007.

PICCIANI, B. L. S. *et al.* **Diretrizes para Atendimento Odontológico de Pacientes Sistemicamente Comprometidos**. 1. ed. São Paulo: Quintessence Editora, 2019. p. 241-246.

QUEIROZ F. S. *et al.* Avaliação das condições de saúde bucal de portadores de necessidades especiais. **Rev. Odontol UNESP**. 2014 nov-dec.; 43(6): 396-401.

SANTAROSA, L. M. C.; CONFORTO, D. Tecnologias móveis na inclusão escolar e digital de estudantes com transtornos de espectro autista. **Rev Bras Educ Especial**. 2015; 21(4): 349-66.

SILVA, O. M. P.; PANHOCA, L.; BLACHMAN, I. T. Os pacientes portadores de necessidades especiais: revisando os conceitos de incapacidade, deficiência e desvantagem. **Salusvita**. 2004; 23(1): 109-116.

VARELLIS, M. L. Z.; DUARTE, C. A.; MOREIRA, L. A. **O paciente com necessidades especiais na Odontologia: manual prático**. São Paulo: Santos, 2005.

WALDMAN, H. B.; PERLMAN, S. P.; WONG, A. J. Providing dental care for the patient with autismo. **Calif Dent Assoc**. 2008; 36(9): 662-70.

ZINK, A. G. *et al.* Communication application for use during the first dental visit for children and adolescents with autism spectrum disorders. **Pediatr Dent**. 2018; 1;40(1):18-22.

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. DOI: 10.1111/Sed. 12183.

ZINK, A. G. *et al.* Use of a Picture Exchange Communication System for preventive procedures in individuals with autism spectrum disorder: pilot study. **Spec Care Dentist**. 2016; 36(5): 254-9.

ZINK, A. G; DE PINHO, M. D. Atendimento odontológico do paciente autista – relato de caso. **Rev ABO Nac**. 2008; 16: 313-6.