



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

ABORDAGEM NO TRATAMENTO DENTÁRIO DO PACIENTE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por: Alcion Luiz Soares de Abreu Júnior

Viseu, 2020



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

ABORDAGEM NO TRATAMENTO DENTÁRIO DO PACIENTE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por: Alcion Luiz Soares de Abreu Júnior

Orientadora: Mariana Pinheiro Torres de Seabra

Viseu, 2020

Epígrafe

Alguns homens vêm as coisas como são, e dizem “Por quê?”
Eu sonho as coisas que nunca foram e digo “Por quê não?”

(George Bernard Shaw)

Dedicatória

Dedico a todos que de uma forma ou outra me ajudaram nessa caminhada.
“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”
(Antoine de Saint- Exupéry)

Agradecimentos

Agradeço a professora Mariana Seabra,
por todo o carinho e paciência comigo e para com seus alunos.
Agradeço à Universidade Católica Portuguesa pela oportunidade
de viver momentos inesquecíveis e de fazer novas amizades
e oportunidades.

RESUMO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o transtorno do espectro autista refere-se a um conjunto de condições que são definidas por alterações no comportamento social, linguagem e comunicação, em simultâneo com uma gama limitada de interesses e atividades. Deste grupo de condições faz parte o autismo. A complexidade das particularidades evidenciadas pelos pacientes autistas aumenta muitas vezes a dificuldade da consulta de Medicina Dentária, o que se torna uma questão bastante desafiadora para o clínico.

Crianças autistas são um dos desafios da consulta de Odontopediatria. Este facto não se deve apenas à imprevisibilidade do seu comportamento, mas também ao stress e à ansiedade que eles evidenciam durante o tempo em que estão em ambiente de consulta. Os profissionais devem perceber o comportamento típico destas crianças e ter a capacidade de se adaptar às suas circunstâncias, particulares para cada indivíduo. A falta de conhecimento neste campo ou a falta de experiência clínica tornam extremamente difícil a consulta de Medicina Dentária de crianças com transtorno do espectro autista.

Atualmente, há muita controvérsia sobre a prevalência de cárie em crianças com autismo. No entanto, existem fatores de risco associados a essa doença como é o caso das dificuldades manifestadas na escovagem, que podem potenciar o desenvolvimento de lesões de cárie. O fluxo reduzido de saliva inerente aos tratamentos farmacológicos a que estas crianças estão sujeitas também pode levar a um aumento das lesões de cárie e é um fator que tem obrigatoriamente que ser considerado.

Os Médicos Dentistas devem dar prioridade à prestação de serviços de saúde oral adequados a cada uma destas crianças. Infelizmente, ainda existem muito poucos profissionais que podem corresponder às reais necessidades destes pacientes. Os profissionais devem fazer formação contínua nesta área para que possam cuidar de crianças com necessidades especiais de uma forma individualizada.

Palavras-chave: Autista, Transtorno do Espectro Autista, Autismo, Tratamento dentário; Doença Periodontal; Cárie.

ABSTRACT

According to the World Health Organization, autism spectrum disorder refers to a set of conditions that are defined by changes in social behavior, language and communication, simultaneously with a limited range of interests and activities. Autism is part of this set of conditions. The complexity of the particularities evidenced by autistic patients often increases the difficulty of consulting Dental Medicine, which becomes a very challenging issue for the clinician.

Autistic children are one of the challenges of the Pediatric Dentistry consultation. This fact is not only due to the unpredictability of their behavior, but also to the stress and anxiety that they show during the time they are in consultation. Professionals must understand the typical behavior of these children and have the ability to adapt to their circumstances, which are particular to each individual. The lack of knowledge in this field or the lack of clinical experience make it extremely difficult to consult dentists in children with autism spectrum disorder.

Currently, there is much controversy about the prevalence of caries in children with autism. However, there are risk factors associated with this disease, such as the difficulties manifested in brushing, which can enhance the development of caries lesions. The reduced flow of saliva inherent to the pharmacological treatments to which these children are subjected can also lead to an increase in caries lesions and is a factor that must be considered.

Dentists should give priority to providing adequate oral health services to each of these children. Unfortunately, there are still very few professionals who can meet the real needs of these patients. Professionals must undergo continuous training in this area so that they can take care of children with special needs in an individualized way.

Keywords: Dental treatment; Autism; Autistic Spectrum Disorder; Periodontal disease; Caries.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
OBJETIVOS	15
REVISÃO DE LITERATURA	17
Condições Médicas	
Abordagem ao Tratamento dentário	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
BIBLIOGRAFIA	48
ANEXOS.....	52

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A *American Psychiatric Association* classifica o transtorno do espectro do autismo (TEA) como uma síndrome neuro-comportamental que ocorre de doenças do sistema nervoso central e interfere no desenvolvimento normal das crianças². Os sintomas ocorrem nos primeiros três anos de vida e incluem três áreas principais: social, comportamental e de comunicação. Como não existem marcadores biológicos específicos para identificar o autismo, o TEA pode ser identificado através de um comportamento clinicamente observável².

As características do autismo são descritas no sistema internacional de classificação e diagnóstico a DSM-5 (Diagnóstico e Manual de Transtornos Mentais, 5ª Edição) e CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Edição) da *American Psychiatric Association* versão 2013². Na classificação anterior a esta, foram considerados três conjuntos de critérios de diagnóstico clínico as barreiras de comunicação, as barreiras na interação social recíproca e interesses comportamentais restritos e repetitivos.

No DSM-5 (2013), as características do transtorno do espectro do autismo se enquadram-se em duas categorias:

- Problemas de interação social e comunicação: incluindo dificuldades no diálogo, compartilhamento reduzido de interesses ou emoções, desafios em compreender ou responder a sinais sociais, como contato visual e expressões faciais, déficits no desenvolvimento / manutenção / compreensão de relacionamentos entre outros.
- Padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades: agitar as mãos e andar com os dedos dos pés, brincar com brinquedos de uma forma

- incomum, falar de uma maneira única, ter necessidade significativa de uma rotina ou estrutura previsível, exibir interesses intensos em atividades incomuns para uma criança da mesma idade, vivenciar os aspectos sensoriais do mundo de uma forma incomum ou extrema, entre outros.

A expressão clínica do TEA varia muito, não apenas de pessoa para pessoa, mas também de pessoa para pessoa ao longo da vida e na combinação de sintomas. Os sintomas podem variar de leves a graves e costumam mudar com o tempo².

Complicações relacionadas com o autismo e doenças prévias (doenças de sono, convulsões, doenças mentais, entre outras) também podem afetar o comportamento dos pacientes com TEA².

O diagnóstico e o tratamento precoces são importantes para reduzir os sintomas do autismo e melhorar a qualidade de vida das pessoas com autismo e suas famílias².

Não há teste médico para autismo. O diagnóstico é feito a partir da observação de como a criança fala e age em relação a outras crianças da mesma idade. Profissionais treinados geralmente diagnosticam o autismo conversando com a criança e fazendo perguntas aos pais e aos cuidadores.

O acolhimento e o contato com o paciente e com a sua família são essenciais para evitar possíveis complicações³.

A medicina dentária tem vindo a mudar o atendimento a pessoas com autismo, incluindo prevenção e participação de membros da família em tais cuidados⁴. Dessa forma, pacientes com TEA receberão assistência abrangente quando necessário e receberão serviços profissionais mais especializados⁵. Devido às condições especiais de vida e às características da vida quotidiana, as pessoas com autismo podem enfrentar maior risco de problemas dentários, principalmente devido a dificuldades de higiene oral⁴.

Uma abordagem abrangente para atender às necessidades de saúde oral tornou-se um fator importante no tratamento do autismo⁶.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Descrever as principais características do Transtorno do Espectro Autista, mencionar as diferentes formas de condicionamento comportamental, tratamento, controlo e estratégias usadas para o atendimento médico dentário. Abordar a importância da prevenção das doenças orais no tratamento dentário.

Procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Pubmed®, b-on® e SciElo® para além do motor de busca Google Scholar®.

REVISÃO DE LITERATURA

REVISÃO DE LITERATURA

CONDIÇÕES MÉDICAS

Segundo o DSM-5, o TEA é dividido em três níveis de gravidade, com base na interação social, comunicação, interesses restritos e comportamento repetitivo².

Nível 1 (suporte necessário): habilidades insuficientes de comunicação social, dificuldade na interação social e aparente desinteresse pelas relações sociais. Existem resistências às tentativas de mudar ou redirecionar interesses².

Nível 2 (requer muito apoio): falta de habilidades de comunicação social verbal e não verbal, interação social limitada e resposta reduzida ou anormal à interação social. Quando sua rotina muda, existe frustração ou depressão².

Nível 3 (requer uma quantidade muito grande de suporte). Existe uma grave falta de comunicação social verbal e não verbal, as atividades sociais são muito limitadas e há pouca resposta às sugestões sociais de outras pessoas. Interesses restritos e comportamento repetitivo podem interferir seriamente em outras situações. Depois de mudar a rotina, os indivíduos sofrem muito².

Atualmente, não há marcadores biológicos específicos para crianças com a doença¹⁶. O diagnóstico é baseado na observação da interação do paciente com o mundo que o rodeia, em informações detalhadas sobre a entrevista (anamnese) com pais e / ou cuidadores e nas observações da equipe médica e exames neurológicos para descartar outros diagnósticos médicos e / ou doença mental⁷.

A Entrevista de Diagnóstico de Autismo - Revista (ADI-R) é considerada a referência base na estrutura do diagnóstico de TEA⁶. Este é um questionário de 90 perguntas que pode ser gerido pelos pais e / ou cuidadores ou por especialistas de

diferentes áreas (Psiquiatras, Neurologistas e Psicólogos). Apesar desses avanços, a idade média no diagnóstico ainda é de 4-5 anos⁷.

Várias hipóteses foram propostas desde a redução do número de células Purkinje cerebelares⁷, redução da conectividade entre redes neurais locais especializadas no cérebro e possíveis conexões excessivas em componentes neurais individuais isolados⁹, mutações no gene PTEN¹⁰, uso de pesticidas durante a gravidez⁹, pais com mais de 35 anos¹⁰ e alterações nos níveis específicos de quimiocinas e citocinas durante a gravidez¹¹, a exposição ao Mercúrio presente nas vacinas representava importantes causas de TEA⁷, no entanto, em 1999, a Academia Americana de Pediatria reduziu a exposição a essas substâncias, resultando em uma redução significativa no número de casos⁷.

Indivíduos com TEA podem enfrentar grandes desafios no processamento sensorial e na integração sensorial exibindo agressão ou autodestruição¹¹. O comportamento externo da interferência social apresenta-se como hiperatividade, o contato com estranhos e gosto de comida desconhecida e outros estímulos potencia o comportamento agressivo e autodestrutivo¹².

Os pesquisadores acreditam que num ambiente social, 80% a 100% dos indivíduos têm diferentes métodos de processamento de informações, comportamentos e estímulos¹³. Essa dificuldade de interpretação deve-se à existência de memória estática, que impede os indivíduos de extrair o contexto implícito nas situações e ações cotidianas¹⁴. É importante enfatizar que todos são únicos e têm características idênticas e características diferentes; portanto, todos os possíveis estímulos e comportamentos listados acima devem ser identificados e personalizados¹⁵. Além disso, as observações de comportamentos específicos são significativas apenas num ambiente social e não podem ser observadas isoladamente¹⁶.

O diagnóstico de TEA será realizado clinicamente de acordo com os parâmetros descritos na CID 10¹⁷, mesmo apresentando 1 ou mais sintomas. É importante a observação de mudanças comportamentais, incluindo comunicação verbal e não verbal, relações sociais e comportamentos restritivos e repetitivos¹⁸. O DSM-5 define o termo TEA como o nível de diagnóstico, englobando a categoria IDD (*Deficiências Intelectuais e de Desenvolvimento*) no caso de TEA².

O TEA é considerado uma das alterações que mais crescem entre as crianças⁷. No entanto, não se sabe se esse aumento no autismo é devido ao aumento da consciencialização ou se o número de crianças com autismo realmente aumentou⁸. São vários os grupos de TEA que têm características tais como mudanças constantes nos relacionamentos e interações sociais em várias situações, falta de interesse, comportamentos sociais anormais de emoções ou sentimentos, atividade limitada, comportamentos rígidos e repetitivos e comunicação verbal e não verbal limitada. Relativamente ao QI pode ser dividido em três níveis, de acordo com a gravidade, leve, moderado e grave. O comprometimento do quadro clínico do TEA inclui repetição de palavras e padronização da linguagem, além de dificuldades sociais, atraso na fala, pouco contacto visual, postura e expressão facial prejudicadas e comportamentos repetitivos, tais como palmas. As comorbidades foram reconhecidas em muitos estudos¹.

ABORDAGEM DO TRATAMENTO DENTÁRIO

Os distúrbios da comunicação autística e o aumento da sensibilidade sensorial em crianças com autismo fazem com que os pais encontrem algumas dificuldades na manutenção da higiene oral, sendo incapazes de realizar os esforços necessários neste âmbito¹³. Atualmente sabe-se que a percentagem de ausência ou ineficiência de

escovagem é muito alta e a maioria das crianças com autismo escova os dentes com a ajuda dos pais / cuidadores¹⁴.

Essas crianças geralmente são sensíveis, portanto a higiene oral em casa é mais difícil ou impossível⁹.

PRIMEIRA CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA

Durante a primeira consulta no dentista, o paciente e os pais / cuidadores devem discutir o plano de tratamento com a equipa médica dentária⁶. Os dados devem ser recolhidos na forma de entrevista de história médica abordando doenças clínicas relacionadas, gatilhos sensoriais, hábitos de higiene oral, comportamento social inadequado e histórico dentário (incluindo a resposta do paciente ao tratamento anterior)⁴. Nesse sentido, a anamnese da criança avalia possíveis obstáculos à intervenção médico dentária⁵. Esse grupo de pacientes deve ser dessensibilizado no exame inicial, de forma a proporcionar uma experiência agradável em todas as consultas⁹.

O principal objetivo do médico dentista deve ser considerar a prática da autonomia e independência do paciente para realizar as rotinas diárias de higiene oral⁴.

A consulta inicial é primordial para proporcionar uma oportunidade de adaptação ao ambiente para atender às necessidades sensoriais do paciente¹⁸. Os atendimentos das crianças autistas devem ser realizados passo a passo, embora a resposta de cada criança seja diferente¹⁶. Não sabemos quanto tempo leva para estabelecer uma relação de confiança antes de dar início ao tratamento propriamente dito¹¹.

Existem algumas estratégias que devem ser realizadas na primeira consulta no sentido de conseguir uma maior cooperação do paciente, entre elas destacam-se:

- Atribuir importância às formas de atendimento e à comunicação prestadas pelos pacientes, familiares e equipe de apoio;

- Promover familiaridade com salas de espera, a clínicas dentárias e instrumentos dentários. Fotos ou brinquedos personalizados podem ser usados como uma estratégia de dessensibilização.
- Marcar uma consulta na primeira hora para reduzir o risco de atraso e reduzir o tempo na sala de espera;
- Estabelecer uma estratégia de comunicação para promover o tratamento dentário. A estratégia deve ser centrada na família ou no meio em que convivem;
- Usar declarações simples, breves e claras, evitar usar terminologias, metáforas, uma vez que os pacientes com TEA costumam pensar literalmente no que ouvem e têm dificuldade em entender a linguagem e seu significado simbólico. Usar vozes calmas para explicar cada processo em detalhe e minimizar o contato físico;
- A habilidade e a adaptação de ensino da técnica de escovagem devem ser um dos objetivos do tratamento. Por exemplo, testar diferentes técnicas de escovagem, usar escovas manuais ou elétricas ou adaptadas, escolhas da pasta de dentes com um sabor tolerável, uso de revelador de placa bacteriana para avaliar a eficiência da escovagem pelo próprio paciente ou pelos pais/cuidadores;
- Durante a consulta, deve estar alerta aos pontos de gatilho específicos do paciente;
- Avaliar o PH salivar e a quantidade de saliva, avaliar a medicação bem como os horários das tomas;
- Para pacientes extremamente sensíveis ao paladar, evitar usar produtos com aromatizantes tais como agentes de polimento e pastas de flúor;
- Os pacientes podem usar óculos de sol para reduzir a estimulação da luz durante a consulta e / ou usar fones de ouvido com equipamento de música portátil para reduzir a estimulação sensorial;

Os pais de crianças autistas evitam ir à clínica dentária porque têm "medos" pré-concebidos de dificuldades relacionadas às rotinas de exames dentários, o que também se deve à dificuldade de realizar tratamento dentário⁷.

Para os pacientes que vem às consultas com os pais / cuidadores, a análise dos tipos de comunicação verbal ou não verbal é essencial⁴. Considerando que os pacientes com TEA têm problemas orais, os dentistas devem acompanhar o paciente autista para prevenir e tratar as doenças orais⁸. É importante desenvolver um plano de saúde e educação para a saúde oral em famílias de pacientes com TEA¹⁴.

DURANTE AS CONSULTAS DE MEDICINA DENTÁRIA

Durante o tratamento médico dentário, o uso de objetos pessoais deve ser utilizado para acalmar o stress e a ansiedade⁹. O tempo e da consulta deve ser reduzidos ao mínimo¹³. Mesmo durante o atendimento, profissionais e assistentes dentários devem prestar atenção à identificação de fatores que tenham efeito anormal no comportamento estimulante³.

Os pais/cuidadores podem ser convidados a participar na consulta e podem em conjunto consultar videoclipes ou CDs de músicas que os pacientes gostam para se sentirem mais familiarizados com a clínica¹⁶. Tendo em conta que as clínicas dentárias usam luzes fluorescentes fortes durante o tratamento devem ser usados auxiliares, uma vez que podem causar irritação e ansiedade nesses pacientes. Os dispositivos que produzem ruídos agudos, como turbinas de alta velocidade, podem também ser grande causadores de ansiedade e agressividade / irritação. Os materiais com textura, sabor e aroma desconhecidos são estimuladores de distúrbios emocionais causados pelo ambiente a sua volta¹⁴. É possível realizar a adequação sensorial do ambiente clínico⁵.

O fator agravante é que os pacientes autistas apresentam sensibilidades táteis e auditivas e, além de distraírem facilmente a atenção, eles também podem ter uma reação excessiva à luz, ruído e cheiro¹². Por exemplo, observou-se que o ruído do motor de alta velocidade é particularmente stressante para as pessoas com autismo; portanto, é necessário tomar precauções para reduzir o nível de estimulação sonora¹⁶.

É importante perceber que, ao identificar e minimizar esses fatores comportamentais negativos, os pacientes com TEA podem se tornar-se mais cooperativos no atendimento clínico¹¹.

O atraso na aquisição da linguagem é um sinal importante do desenvolvimento psicomotor, refletido nos adultos como uma diminuição no desenvolvimento intelectual (quociente de inteligência) e uma diminuição no comportamento cognitivo e adaptativo⁸. A forma de comunicação pode interferir no processamento dessas informações, portanto, os profissionais devem prestar atenção às expressões faciais, expressões corporais e gestos¹⁴. Se o paciente puder comunicar verbalmente, o profissional deve entender o número de palavras que conhece, para que ele possa narrar ou interagir com o assunto da conversa e a complexidade das atividades estarem inter-relacionadas¹⁷. Uma das maneiras mais eficazes de reduzir a ansiedade dentária é otimizar a controlabilidade e a previsibilidade do paciente, fornecer ao paciente explicações, dentro do seu entendimento e linguajar, e transmitir informações precisas sobre o que acontecerá e o tipo de experiência que ele pode esperar¹⁰.

Isso é especialmente importante porque o TEA envolve comprometimentos da comunicação e sensibilidade sensorial excessiva¹. Portanto, além de diminuir a velocidade da fala para promover o entendimento, os dentistas também devem informar cuidadosamente os pacientes com TEA sobre o que ele irá fazer e como³. Outra opção é usar métodos de ensino visual¹. O método de ensino visual é um método para introduzir

saúde oral em crianças com TEA. Estudos afirmam que usar métodos de ensino visual proporcionam maior cooperação durante o tratamento é superior à das crianças sem suporte visual⁸.

SAÚDE ORAL

As principais manifestações orais encontradas em pacientes com TEA são: as mordeduras crônicas em lábios e língua, erosão dentária, doença periodontal, cárie, hábitos parafuncionais, bruxismo, ma-oclusão e traumatismos¹⁴.

A maioria dos estudos sobre higiene oral em doentes com TEA apontam um pior estado de higiene oral sendo a maioria estatisticamente significativas. Este estado de higiene oral agrava a gengivite, índice de placa, cárie e doença periodontal³.

Este resultado pode ser devido à dificuldade que esses pacientes apresentam em serem autônomos, visto que geralmente dependem dos pais/cuidadores, professores, que devem estar motivados e treinados para realizar adequadamente os programas de saúde oral⁴.

Assim sendo, o tratamento de pacientes autistas constitui um desafio para os médicos dentistas e o sucesso geralmente depende do método adotado pelo profissional⁴

A literatura revela que, além da falta de higiene oral, as crianças com autismo apresentam dificuldades em escovar os dentes¹

Parece que a principal razão para o aumento da frequência de cárie dentária em crianças com TEA é a falta de escovagem frequente¹⁵. Em segundo lugar, as crianças não conseguem escovar os dentes de forma independente e correta¹⁰. Os dentistas utilizam várias técnicas para atender às necessidades dos pacientes com medo e dificuldade¹².

O autismo é um distúrbio comportamental, geralmente associado a fatores de risco para cárie dentária²⁰.

Existem discrepâncias quanto aos resultados encontrados nos diferentes estudos sobre cárie dentária e os doentes com TEA.

Alguns resultados mostram claramente que a cárie em crianças com TEA é mais comum que os controles normais de irmãos, utilizando-se irmãos normais como controle para excluir fatores de convergência, como o nível de escolaridade da mãe e o nível socioeconómico.

Constatou-se ausência de diferença significativa no consumo de açúcar entre crianças com TEA e os seus irmãos saudáveis. Um estudo realizado no Egito relatou resultados semelhantes¹³. Uma taxa mais alta de cárie foi observada noutro estudo sobre crianças com centros de autismo, e um estudo em Melbourne também observou que crianças com autismo têm uma experiência de cárie mais alta¹⁸.

Não há unanimidade quanto à incidência de cárie dentária em crianças com TEA, em comparação com a população geral.

Há evidência de um número maior de crianças com desgastes indicativos de bruxismo e maior frequência de lesões autoinfligidas em tecidos moles e hábitos autolesivos em pacientes autistas¹⁴.

É recomendável fornecer serviços de saúde oral subsidiados para essas crianças em escolas/locais apropriados detetando precocemente os problemas de saúde oral.

TÉCNICAS UTILIZADAS DURANTE A CONSULTA

As principais técnicas desenvolvidas para facilitar o tratamento dentário em pacientes com TEA são: “Dizer, mostrar, fazer”, dessensibilização, controle de voz, reforço positivo, distração.

No entanto, a aplicação desses recursos em pacientes com TEA é mais complicada, mas seu uso deve ser incentivado⁶. A linguagem corporal também pode ser usada para que os profissionais possam comunicar sua satisfação com bons comportamentos aos filhos através de suas expressões faciais⁸. A aplicação ou modelagem do conceito de pedagogia visual, o uso combinado de reforço e a adaptação sensorial também podem permitir que pacientes com TEA sejam submetidos a exames dentários²⁰.

Os métodos básicos de controle do comportamento são muito úteis no tratamento de pacientes com TEA⁷. Isso pode incluir a presença dos pais / cuidadores durante a consulta, o uso da técnica “*Tell-Show-Do*”, frases curtas, reforço diferenciado da fala e métodos de distração^{13,14,15}.

Os dentistas devem usar uma linguagem fácil para as crianças entenderem, explicarem a tarefa fazendo demonstrações e depois realizarem o procedimento de tratamento¹⁴. Além de exibir técnicas de desempenho e técnicas de distração usadas em vários métodos básicos de orientação comportamental também são propostos para se adaptar ao comportamento de pacientes com TEA, como TEACCH, PECS e ABA^{5,7}. Para linguagem corporal e comandos breves e objetivos, consulte o artigo^{5,7}.

O uso de questionários de pré-tratamento preenchidos por pacientes, pais/cuidadores esclarecerá as habilidades e as necessidades do paciente. O método de registrar mecanismos de comunicação e observar o que desencadeia, recompensas e

visitas serão úteis¹⁸. Esses formulários são essenciais para melhorar o atendimento e a cooperação do paciente em consultas futuras⁵.

O conhecimento dos tipos básicos de comportamento e perspectivas significativas são claros e podem ajudar com sucesso crianças com TEA em clínica¹¹. Um dos sinais iniciais do TEA foi a falta de atenção unificada, que literalmente significava falta de interesse no espaço e falta de curiosidade, e a incapacidade das crianças de comunicar informações por meio de linguagem verbal, gestos e olhos¹⁸

As habilidades visuais são uma vantagem para as pessoas com autismo, mesmo para indivíduos com conhecimento normal e linguagem fluente¹². Além disso, descobertas recentes sugerem que crianças com autismo podem contextualizar imagens e usá-las para orientar adaptativamente o seu comportamento em situações reais¹⁸. Além disso, em procedimentos complexos, o suporte visual pode ajudar a quebrar várias etapas, facilitando o acompanhamento das crianças com TEA¹⁹.

Nesse protocolo, com demonstração de imagens, foi testado no ambiente médico dentário e os resultados confirmam ainda mais essa evidência¹². Em termos de tratamento, os pais e / ou dentista devem comprovar as etapas de escovagem da criança e, em seguida, repetirão a operação conforme solicitado. Além de demonstrações para adultos, imagens mostrando a ordem da escovagem também podem ser usadas para indicar o que fazer⁸.

Em relação às técnicas de modificação de comportamento, a dessensibilização inclui o primeiro contato com o ambiente da clínica, sem qualquer tipo de tratamento⁶. O processo é iniciado solicitando aos pais informações sobre o tipo de reforço positivo gerado para a criança¹⁰. Essa adequação pode ser enfatizada pelo terapeuta que acompanha a criança e, idealmente, pela consulta¹³. O seu uso é ideal para a cooperação

infantil. No entanto, todo esse processo requer muito tempo e disponibilidade de toda a equipa¹⁰.

Nos últimos anos, com o desenvolvimento da tecnologia, a disponibilidade de dispositivos móveis e a facilidade da Internet de alta velocidade, o uso e o download de diferentes aplicativos têm aumentado¹⁵. Para a educação de crianças autistas o conteúdo da informação, o fácil acesso a esses métodos demonstra ter um valor superior. Várias aplicações foram desenvolvidas para ajudar a reduzir o stresse e a ansiedade em ambientes desconhecidos¹⁶.

Um estudo realizado no Hospital São Paulo, em Milão, utilizou imagens descritivas para cada uma das quatro etapas necessárias. Essas medidas incluem exame oral, higiene oral, selantes e próteses⁸. O estudo contou com a colaboração de um psicólogo especializado no tratamento de crianças e adolescentes com distúrbios do espectro do autismo, que apresentou imagens às crianças e treinou o programa com elas⁸. Cada tratamento dura pelo menos 30 minutos e é realizado com pouca luz, enquanto reduz a sucção ao mínimo, e os instrumentos dentários utilizados durante todo o processo de consulta estão prontos para minimizar o trauma e evitar barulho em excesso durante a consulta¹⁵.

Em relação aos livros com imagens ou fotografias coloridas, um estudo mostrou livros com imagens mostrando crianças em idade pré-escolar com autismo visitando o dentista¹⁵. Essas histórias são geralmente muito pequenas, baseadas em descrição, percepção, declarações breves e pistas visuais¹⁴. Eles os lerão para a criança imediatamente antes de descrever a situação, não para mudar o comportamento, mas para promover a compreensão da criança¹⁶.

Entre as crianças com distúrbios do espectro do autismo, as histórias sociais são úteis para tarefas como lavar as mãos, cumprimentar as pessoas e compartilhar

brinquedos⁸. O vídeo adaptado é uma ferramenta para pacientes com alterações na audição e dislexia¹². Apesar dos dentistas poderem encontrar vários vídeos online, de forma a mostrar o processo da escovagem dentária e da visita ao dentista, o seu uso é limitado¹⁸. Várias técnicas devem ser combinadas durante o processo de tratamento¹⁴.

A taxa de sucesso de cada processo depende da capacidade oral, nível de inteligência e cooperação de cada criança durante o processo de tratamento⁵. No entanto, independentemente da capacidade de cada paciente, a maioria dos pacientes demonstrou boa adesão¹⁸. É recomendável que mantenha a rotina da visita ao mesmo médico dentista regularmente e mantenha o mesmo horário, dia da semana, equipe médica, consultório e equipamentos utilizados. O tempo de espera e tratamento deve ser reduzido ao tempo mínimo necessário⁷. Além disso, proporcionar a essas crianças áreas de espera personalizadas é um ativo que minimiza a ansiedade causada pelo contato com outros pacientes⁸.

TÉCNICAS DE SUPORTE ADICIONAIS NO CONTOLE DO COMPORTAMENTO

As principais opções de Suporte adicionais no Controle de Comportamento desenvolvidas para facilitar o tratamento dentário em pacientes com TEA são: ABA, TEACCH, PECS, Pedagogia Visual, Técnicas Sensoriais.

ANÁLISE DE COMPORTAMENTO APLICADA (ABA)

A Análise de Comportamento Aplicada (ABA) ajuda a mudar o comportamento, ensinando habilidades específicas^{6,7}. Analisa funcionalmente os antecedentes do comportamento e futuras consequências^{6,7}. A aplicação da ABA em medicina dentária permite o desenvolvimento de novos métodos para essas crianças promoverem e

apoiarem os cuidados orais^{10,19}. Usando o ABA, esses pacientes podem ser ensinados, por exemplo, a sentar-se sozinhos na cadeira do dentista¹³. Um dos princípios da ABA é explicar o comportamento através do contexto e das consequências, ou seja, o comportamento (positivo ou negativo) ajuda a alcançar o objetivo desejado¹³.

O protocolo visual testado neste relatório é baseado nos princípios da ABA e, em geral, o tratamento dentário deve ser visto como um trabalho em equipe focado na identificação e modificação de comportamentos problemáticos no ambiente clínico¹⁴.

TRATAMENTO E EDUCAÇÃO DE AUTISTAS RELACIONADAS A COMUNICAÇÃO (TEACCH)

Existem métodos para salientar no atendimento de pacientes com TEA⁶. Entre os diferentes métodos o TEACCH (Tratamento e Educação de Crianças Autistas Relacionadas à Comunicação), que é um método que visa organizar o ambiente quotidiano dos pacientes, organizando suas atividades diárias através de diários, painéis e mesas¹⁰. A sigla TEACCH significa tratamento e educação de crianças com autismo e distúrbios da comunicação¹⁹. O objetivo deste método é desenvolver um sistema organizado, porque as pessoas pensam que as crianças se desenvolvem melhor num ambiente estruturado¹⁰. Durante um período de tempo, as crianças autistas entenderão esse padrão e obterão independência nessa atividade⁶. É um modelo personalizado que pode ser aplicado a pessoas de diferentes idades com autismo ou outras deficiências de desenvolvimento⁸.

É possível também usar estímulos visuais, físicos e vocais para orientar cada paciente, a fim de entender cada espaço e a sua função, bem como a sequência de atividades, para que as crianças possam entender a ordem de cada espaço¹⁹. Num estudo recente de adultos com TEA e deficiência intelectual leve, após cinco sessões de

treino usando métodos baseados no TEACCH, a colaboração durante os exames orais aumentou significativamente⁷.

Atualmente, um dos métodos mais utilizados é a aprendizagem visual desenvolvido no conceito de ensino "TEACCH". Esse conceito é resultado de uma fusão entre educação especial, controle de comportamento, terapia da fala e treino em tecnologia social¹². Essa abordagem não tradicional aproveita o fato de que crianças com autismo respondem melhor ao uso de fotos e imagens do que a comunicação em idiomas e usam livros com cores, histórias sociais e filmes adequados para mostrar às crianças o que fazer quando estão diante do atendimento¹². Pode ser combinado com técnicas tradicionais, como reforço positivo⁵.

PICTURE EXCHANGE COMMUNICATION SYSTEM (PECS)

O PECS é um modelo desenvolvido para pacientes com transtorno do espectro autista (TEA) e outros atrasos na comunicação, e seu objetivo é ajudar o desenvolvimento da voz. O acrônimo significa *Picture Exchange Communication System*¹⁰. O sistema consiste em várias imagens que mostram o que a criança quer e as crianças trocam esses números para se comunicar¹⁰. A tecnologia é baseada nos princípios da ABA, a fim de identificar os interesses da criança e ensinar-lhe outras atividades ao mesmo tempo⁶.

Baseia-se em cartões que contêm imagens simples e frases ou palavras relacionadas, e inclui seis estágios que envolvem como se comunicar, distância e persistência, diferenciação de imagem, construção de frases, resposta a perguntas e solicitação de críticas¹³. Ensine as crianças a escolher o cartão que melhor lhes convier. Nesses cartões não apenas podem aprender uma variedade maior de vocabulário, como também podem associar palavras às imagens que os representam e, como as crianças são obrigadas a mostrar cartões para os indivíduos, podem estabelecer interações

sociais¹⁶. Para vídeos relacionados a imagens⁷, utilizou-se uma combinação de vídeos e imagens no programa de treino para realizar um exame abrangente de crianças com distúrbios do espectro do autismo⁵. O vídeo mostra o paciente executando diferentes etapas da avaliação dentária, incluindo entrar na sala, sentar numa cadeira, encostar-se e permanecer o máximo de tempo possível¹³. Nesse procedimento, a maioria das crianças mostra atitude cooperativa durante o exame intraoral, o que requer o uso de espelhos e sondas¹⁶. Para crianças com o nível mais grave de autismo, que podem precisar contar com os cuidadores para atividades que exijam habilidades motoras específicas, é melhor usar vídeo e imagens juntos¹⁶.

Num estudo piloto de atendimento dentário preventivo, o PECS foi desenvolvido como um método não-verbal para se comunicar com pacientes com TEA e deficiências relacionadas ao desenvolvimento^{7,13}. Esse método é particularmente adequado para pacientes que não conseguem entender nem falar, não têm fala espontânea ou funcional ou não têm métodos de comunicação alternativos suficientes^{17,23}.

O PECS é usado para estabelecer a comunicação entre pacientes e profissionais, ajudando a TEA a entender e escolher o que deseja mais rapidamente através da comunicação digital. Deve ser incentivadas as recompensas ou fortaleça os comportamentos desejados e apropriados, que estão intimamente relacionados ao seu desenvolvimento, porque, à medida que o desenvolvimento é estimulado, o mau comportamento é minimizado, alterando o comportamento e favorecendo o tratamento ativo^{4,13}.

TÉCNICAS AVANÇADAS DE CONTROLE DE COMPORTAMENTO

As principais técnicas Avançadas de controle de comportamento desenvolvidas para facilitar o tratamento dentário em pacientes com TEA são: estabilidade protetora, sedação inalatória com óxido nitroso, sedação medicamentosa, anestesia geral.

ESTABILIDADE PROTETORA

A contenção física é um tema controverso⁹. Apesar da controvérsia, esta técnica ainda pode evitar a possibilidade de agressão e automutilação desses pacientes⁷. O uso de dispositivos de contenção deve ser cuidadosamente considerado e planejado, pois as crianças podem não ser capazes de reagir da maneira esperada, causando lesões como pequenas cicatrizes e arranhões⁸. Pacientes não-verbais com níveis mais altos de autismo têm menor probabilidade de responder ao controle comportamental de rotina (principalmente pacientes agressivos) e podem exigir restrição, sedação e / ou anestesia geral¹⁵.

Para alguns autores, o efeito estabilizador protetor em crianças com TEA pode mostrar um efeito calmante devido à sensação de pressão causada pelo uso contenção. No entanto, nem todos os pacientes respondem de maneira semelhante a esse controle, portanto, é necessário considerar que eles podem piorar seu comportamento no diagnóstico e tratamento subsequentes^{4,5,6}.

A estabilidade protetora inclui a restrição da liberdade de movimento da criança por meio de permissão e consentimento dos pais⁵. O objetivo é controlar ou impedir movimentos que possam ser prejudiciais ao tratamento, afim de reduzir o risco de lesões para a equipa e para o paciente¹⁵. Portanto, é benéfico realizar cirurgias dentárias com segurança e eficácia⁶. Se todas as outras técnicas não puderem impedir o comportamento da criança e o diagnóstico ou tratamento for urgente num curto prazo,

havendo risco de um comportamento involuntário e impulsivo exibido pelo paciente, à necessidade deste método na para ajudar pacientes, equipes médicas e seus responsáveis¹³.

Em algumas situações quando não há como proteger o paciente devido a condições físicas ou médicas, ou devido a trauma psicológico/ a experiências desagradáveis do passado estes métodos podem não ter sucesso¹⁵. No entanto, é necessário considerar que nem todos os pacientes se comportam de maneira semelhante a esse tipo de controle, o que pode piorar o diagnóstico e o tratamento futuros^{6,7}. O médico dentista deve prestar atenção à forma de contenção física para não lesionar os pacientes com TEA, não produzindo qualquer tipo de restrição respiratória ou estimular o aumento da temperatura corporal¹². Explicações e suporte detalhados com consentimento informado podem reduzir bastante as preocupações dos pais e aumentar a confiança^{19,20}.

Se esta técnica não for aceite, é possível realizar sedação consciente ou anestesia geral, realizada em ambiente hospitalar¹³, sendo sempre imprescindível estabelecer uma explicação detalhada e sólida com o consentimento informado¹³. Este consentimento reduz bastante as preocupações dos pais ou cuidadores, para que os profissionais tenham plena confiança no trabalho a ser realizado^{2,9,10}.

SEDAÇÃO COM ÓXIDO NITROSO

Por norma, os pacientes com necessidades especiais precisam de mais tratamentos dentários do que a população em geral^{2,5,10}. Este fato pode estar relacionado à dificuldade de manutenção de cuidados preventivos de saúde adequados e ao acesso limitado aos centros de saúde⁵.

O medo é uma condição comum em medicina dentária e geralmente está associado à ansiedade relacionada à cirurgia a ser realizada, sendo os principais fatores

que desencadeiam emergências médicas¹¹. Para eliminar o medo, temos várias técnicas, como o uso de óxido nitroso (N²O) e oxigênio (O²) para sedação consciente³. A concentração de N²O pode variar de 10% a 70%³. A titulação é determinada pela administração de uma pequena quantidade de medicamento que aumenta gradualmente até que o efeito clínico desejado seja observado². A possibilidade de titulação pode controlar imediatamente o efeito^{2,3}. O uso de uma mistura de óxido nitroso / oxigênio pode causar depressão, melhorando a capacidade do paciente de colaborar e reduzir sua ansiedade sem causar efeitos colaterais^{2,11}.

O N²O é um gás incolor, com baixa solubilidade no sangue, que rapidamente se difunde pela membrana alveolar, aumentando assim a concentração nos alvéolos e cérebro em segundos².

O verdadeiro papel do N²O no sistema nervoso central (SNC) ainda não está totalmente esclarecido, sendo relatado que há depressão do sistema nervoso central, principalmente no córtex cerebral¹¹.

O uso de N²O faz com que o sangue e o cérebro saturem pela primeira vez, o que ocorre dentro de 3 a 5 minutos após o início do uso, porque o N²O nos alvéolos e no sangue substitui rapidamente o N². O N²O tem efeitos anti-ansiedade, relaxamento e analgesia leves e ajuda a tratar pessoas com más experiências em tratamentos dentários^{2,3}.

A inalação de sedativos pode ser reduzida ou aprofundada de acordo com a resposta clínica do paciente e é muito seguro e praticamente sem contra-indicações absolutas¹¹. O uso de sedativos conscientes tem influência decisiva no comportamento dos pacientes com fobias, reduzindo a ansiedade e o medo durante as consultas².

Cabe ressaltar que, no caso de sedação com óxido nitroso, a administração requer alguma cooperação do paciente, o que pode ser difícil de garantir para pacientes autistas¹⁴.

SEDAÇÃO MEDICAMENTOSA

Embora todas essas técnicas sejam viáveis, quando falham, é necessário o uso de técnicas mais avançadas de controle de comportamento, como sedativos e anestesia geral para tratamento dentário⁴. As doses normais geralmente são ineficazes nesses pacientes, indicando que uma combinação de um ou mais sedativos pode atingir o efeito desejado⁹. Os sedativos mais utilizados são óxido nitroso, diazepam e cloridrato de hidroxizina^{2,3}. Embora amplamente utilizado, seu sucesso é limitado e não há opções de sedação para essas situações². Cabe ressaltar que, no caso de sedação com óxido nitroso, a administração requer alguma cooperação do paciente, o que pode ser difícil de garantir para pacientes autistas¹⁴.

Esses pacientes podem ser sedados usando terapias farmacológicas como óxido nitroso, diazepam, hidroxizina e prometazina, mas o uso desses medicamentos para pacientes autistas pode não atingir a sedação esperada¹¹. Portanto, é importante obter informações detalhadas sobre a resposta sedativa anterior de cada paciente, o que deve ser feito por profissionais treinados adequadamente². Além do óxido nítrico, os benzodiazepínicos também podem promover a sedação. Eles estão divididos em: diazepam, lorazepam, alprazolam, midazolam e triazolam. Cada um tem uma duração e movimento diferentes, mas todo o objetivo é reduzir a ansiedade³.

Acidentes que podem causar fraturas dentárias podem forçar os pacientes a exigir tratamento de emergência e trauma¹⁵.

A dor causada pela anestesia local insuficiente foi experimentada várias vezes, duas vezes mais que no grupo com TEA e duas vezes mais que no grupo controle⁹. Os pacientes do grupo TEA podem sofrer mais dor devido a percepção anormal ou outras sensibilidades sensoriais, porque reações alérgicas são relatadas com frequência¹⁰.

ANESTESIA GERAL

Muitas pessoas com autismo recebem atendimento no consultório, mas se não o fizerem, os pais devem perceber que a anestesia geral é a alternativa menos invasiva aos problemas dentários e uma alternativa para prevenir essas doenças¹².

O atendimento sob anestesia geral representa um risco para a saúde do paciente, portanto deve ser realizada apenas como último recurso. É uma alternativa na cooperação com pacientes autistas e o risco de stresse e trauma futuro é menor^{2,11,19}.

As indicações para anestesia geral são específicas de acordo com os regulamentos da Academia Americana de Odontopediatria, incluem, entre outras coisas, distúrbios comportamentais, transtornos mentais, distúrbios físicos e mentais graves e necessidades cumulativas de tratamento de pacientes com doenças. Procedimentos gerais de cirurgia para crianças pequenas que necessitam de tratamento extenso^{2,3}.

O autismo é uma condição que pode requerer anestesia geral e é uma doença cerebral que prejudica o desenvolvimento da neuropsicologia e afeta a capacidade das pessoas comunicarem, entenderem e falarem, afetando sua vida social³. Geralmente está associada ao atraso mental¹¹.

Para pacientes autistas, a anestesia geral é um método seguro que pode resolver os problemas de dor e as necessidades de tratamentos cumulativos². A integração entre a medicina dentária e a equipe médica auxiliar, incluindo o departamento de

anestesiologia, é a base para a conclusão dos tratamentos bem-sucedida nestes pacientes ¹⁹.

Além disso, os procedimentos cirúrgicos para esses pacientes requerem muitas vezes anestesia geral ou sedação, o que dificulta a obtenção de atendimento dentário em ambulatorio⁹. É enfatizada a importância do suporte psicológico e da terapia comportamental relacionada à anestesia geral ou sedação profunda, principalmente em pacientes com necessidades especiais¹¹. Através da monitorização psicológica, muitas pessoas podem receber melhor tratamento na clínica e distribuir suporte farmacológico através sedação ou anestesia geral, reduzindo custos e melhorando a qualidade de vida².

A anestesia geral pode ajudar muitos pacientes que não podem ser tratados de outras maneiras no atendimento dentário de qualidade^{2,9,10}.

Nesse caso, o estado geral de saúde deve ser avaliado com a equipe de anestesiologia e o custo / benefício do tratamento deve ser discutido com os pais/cuidadores⁴.

Para famílias que não têm capacidade de optar por anestesia geral por uma questão financeira, os benzodiazepínicos (como midazolam ou diazepam) podem ser usados para sedação, apresentando-se como uma boa opção para sedação medicamentosa em que a incidência de reações adversas é baixa e o custo é baixo^{2,19}.

LIMITAÇÕES AO TRATAMENTO

Durante o processo de consulta, a discussão de possíveis métodos de tratamento à frente do doente, deve ser evitada o máximo possível, e a movimentação da equipe médica deve ser reduzida¹⁸. Recomenda-se realizar consultas curtas, para reduzir estímulos sensíveis como odor, ruído e contato físico aos níveis estritamente necessários¹³. Pode ser usada a técnica de controle de voz (uma técnica que utiliza

entoações diferentes de palavras relacionadas ao contexto e seu significado), mas considerando que alguns pacientes não entendem o significado de entoações diferentes, seu impacto real na melhoria comportamental ainda é incerto. Se o paciente apresentar comportamento inadequado, deve ser ignorado desde o início¹⁴.

Uma equipa profissional deve ser formada para dar respostas variáveis e atípicas aos estímulos sensoriais, pois esses pacientes não gostam das menores mudanças no ambiente e, portanto, devem ser evitadas¹⁴. Para pacientes sem habilidades de comunicação verbal, estratégias de comunicação baseadas em símbolos, imagens e gestos podem ajudar a entender as possíveis dificuldades no processamento sensorial⁴. Se o plano de intervenção é a melhor escolha para o paciente, ele deve ser personalizado de acordo com as características pessoais, com base na experiência profissional e nos recursos fornecidos pela clínica odontológica^{14,15}. O tratamento deve ser centrado no envolvimento da família²⁰, e a comunicação oral ou não verbal deve ser considerada¹⁹.

Para crianças com capacidade limitada de recepção e falta de concentração articular, o uso de recompensas durante o tratamento pode não trazer os benefícios esperados¹⁷. Crianças menores com TEA podem responder melhor a certas técnicas de reforço ativo¹⁸. Portanto, a influência da idade da criança no comportamento social é muito importante para o tratamento do comportamento autista^{7,18}.

Para os pacientes com TEA, existem algumas limitações na habilidade e falta de concentração, portanto, não é recomendado o uso de expressões de recompensa, podem não trazer os benefícios esperados durante o tratamento odontológico, pelo que o conceito de pedagogia deve ser adotado¹⁵. Com o uso combinado da visão ou modelagem, aperfeiçoamento e adaptação sensorial, esses métodos podem contribuir para um exame oral satisfatório¹⁵.

Como resultado, semelhante a estudos anteriores^{4,5}, descobrimos que crianças com TEA apresentam higiene oral precária e aumento da doença periodontal. Isso constata que o papel dos pais é importante na melhoria da higiene oral de crianças com autismo⁵. Através de informações e inspeções regulares, o nível de higiene oral de pacientes autistas foi bastante aperfeiçoado, para o qual métodos especiais precisam ser desenvolvidos⁶. Pesquisas sobre treinamento para crianças com TEA compatíveis com cirurgia dentária são raras e limitadas a operações simples, como exames dentários^{6,9}. Indivíduos com problemas de comunicação, como crianças com autismo, se beneficiam de tempo e espaço estruturados¹⁸.

Acontece que a programação intensiva baseada em comportamento é uma estratégia eficaz para o treinamento desses pacientes¹⁷. Pessoas com autismo têm um forte talento musical⁸. Portanto, pode ser agradável para as crianças usar música durante a realização da escovagem e o tratamento. Pais e dentistas podem usar essa técnica durante o tratamento dentário para simplificar o método. Uma pessoa autista tem excelente memória e, se perceber que a música mudou, pode se recusar a escovar os dentes. Portanto, é muito importante gravar a música e reproduzi-la sempre¹⁷.

Pais e profissionais desenvolveram métodos que visam promover a compreensão, comportamento e interação, buscando contato visual, desenvolvimento verbal e lidando com os pensamentos e emoções de cada paciente¹⁵. Os dentistas podem modificar esses métodos para uso em casa e no escritório para facilitar a higiene oral¹³. A literatura mostrou que a música é um dos principais meios de aproximar os autistas dos interlocutores. Música, diálogo e programas de TV podem causar grande interferência, permitindo que o paciente se concentre na operação que está sendo realizada¹².

PREVENÇÃO

Os principais meios de Prevenção desenvolvidos para manter o tratamento dentário em pacientes com TEA são: desencorajar consumo de substâncias cariogénica, medicação livre de açúcares, flúor, selantes de fissuras, higiene oral, instruções ao trauma - protetor bucal, avaliar hábitos, consultas de rotina.

Qualquer que seja a abordagem, recomenda-se que estas crianças sejam examinadas o mais precocemente possível, tentando deste modo prevenir futuras complicações. A melhor abordagem é a prevenção da doença e a educação para a saúde oral¹⁹.

A incorporação da escovagem diária nas crianças autistas deve ser feita o mais cedo possível. Deve fazer parte da sua rotina diária. A escovagem deve ser feita de forma metódica e minuciosa²¹. A higiene oral diária efetuada o mais corretamente possível será um excelente contributo para um bom controlo da placa bacteriana, contribuindo assim para o controlo e prevenção de doenças como a cárie e gengivite¹⁹.

É necessário estabelecer uma rotina alimentar composta por três refeições com horas certas e um lanche. A ingestão de alimentos fora das principais refeições é um problema que se torna necessário reduzir ao máximo. É necessário incorporar na alimentação, pouco a pouco, novas texturas alimentares e variedade de alimentos. As bebidas, tais como, os sumos de fruta e as bebidas gaseificadas devem ser proibidas fora das refeições²¹. É necessário dar especial atenção a uma alimentação diversificada e equilibrada, ao consumo de água pura, de pastilhas elásticas com xilitol após uma alimentação caso não se possa fazer uma escovagem. Certos medicamentos podem reduzir o fluxo salivar; sempre que possível, estes deverão ser tomados durante a refeição¹⁹. As crianças autistas apresentam o mesmo tipo de patologias orais que as outras crianças, no entanto, nestas crianças a prevalência são mais elevadas.

Apresentam alta prevalência de cárie, gengivite e má oclusão que se devem essencialmente à má higiene oral, à dieta cariogénica, à medicação xerostomizante e a hábitos parafuncionais¹⁹. Os pacientes autistas possuem múltiplos problemas médicos e de comportamento que tornam o tratamento dentário difícil. Muitas vezes são incapazes de cooperar na consulta devido a dificuldades de interação e perceção. Devido ao difícil controlo destes pacientes, e às dificuldades a eles associadas, muitas vezes são preferidas as extrações dentárias a tratamentos restauradores¹⁹.

O tratamento dentário pode ser realizado com sedação ou anestesia geral¹⁵. Nem a sedação consciente nem a anestesia geral podem promover a aceitação da intervenção dentária.

O tratamento dentário em ambiente hospitalar deve sempre ser a última opção. Em pacientes com autismo, a anestesia geral é recomendada somente após todos os métodos terem sido tentados.^{13,14}. Ao propor esse tratamento, o médico dentista deve estar seguro; quando os pais informam e concordam com esse comportamento, devem assinar um termo de consentimento informado¹³. A cirurgia requer um planeamento, e o paciente deve ser avaliado para verificar se é adequado para o tratamento². O boletim de saúde individual deve conter informações sobre o histórico médico e dentário, além de mencionar se o paciente é alérgico, sofre de doença sistémica ou está tomar algum medicamento⁶. É importante verificar a precisão destes dados para evitar complicações e fornecer orientação às famílias⁴.

Os pacientes que recebem anestesia geral precisam avaliar sua condição sistémica¹¹. Após uma avaliação clínica global, os pacientes classificados como ASA (Sociedade Americana de Anestesiologia) I e ASA II podem ser submetidos a anestesia geral. No entanto, os indivíduos ASA III e ASA IV necessitam de acompanhamento médico especializado para observar os riscos desse procedimento¹⁹. É importante

ênfatizar a necessidade de uma equipe interdisciplinar para cuidar do TEA, a fim de adotar um método humanizado e bem treinado para o tratamento. No tratamento médico destes pacientes devem estar incluídos vários profissionais tais como pediatras, psiquiatras, neurologistas, terapeutas da fala, pedagogia, terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia e nutricionistas⁵.

A melhor maneira é prevenir doenças e oferecer educação em saúde oral através do acesso a serviços de tratamento dentários^{19,20}. Essas informações podem ser distribuídas através de folhetos e panfletos, para que crianças com necessidades especiais, pais e cuidadores possam visitar esses centros de atendimento⁵. Os profissionais podem usar o método de avaliação do comportamento funcional no processo de consulta prévia com os pais e organizar uma preparação completa, incluindo algumas ferramentas que serão usadas para consulta após a visita¹⁹. A luz suave, a música rítmica relaxam estes pacientes no consultório, reduzindo os efeitos adversos¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O autismo é uma doença que interfere no desenvolvimento e interação social.

As suas características incluem maior dificuldade de comunicação e uso da linguagem, déficits motores e comportamentos repetitivos, que são frequentemente muito repentinos e exagerados.

A maioria dos pacientes autistas apresenta má higiene oral devido à dificuldade na coordenação dos movimentos e hipersensibilidade sensorial.

Os pacientes com TEA geralmente apresentam uma maior prevalência de problemas dentários.

A generalidade destes doentes desenvolve cárie dentária provocada não só pelas falhas de higiene oral, mas também pelos medicamentos administrados que muitas vezes promovem um fluxo reduzido de saliva.

O diagnóstico e o tratamento precoce nesses pacientes são os fatores mais importantes para melhorar o prognóstico.

Muitas vezes os pais evitam a consulta com o médico dentista, porque estão preocupados com o comportamento inadequado dos seus filhos. Existem poucos profissionais com capacidade, conhecimento e disponibilidade para cuidar e tratar estas crianças.

Os profissionais devem adquirir conhecimentos das técnicas de controle de comportamento para poder assegurar o atendimento médico dentário destes pacientes.

A melhor forma de lidar com estes pacientes especiais é através da prevenção.

O diagnóstico e o tratamento precoce nesses pacientes são os fatores mais importantes para melhorar o prognóstico.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Abdullah M. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. *J Appl Oral Sci* 2011;19(3):212-7
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
3. Bartolomé-Villar B., Mourelle-Martínez M.R., Diéguez-Pérez M., de Nova-García M.J. Incidence of oral health in paediatric patients with disabilities: Sensory disorders and autism spectrum disorder. *J Clin Exp Dent*. 2016;8(3): 344-51.
4. Cagetti M.G., Mastroberardino S., Campus G., Olivari B., Faggioli R., Lenti C., Strohmer L. Dental care protocol based on visual supports for children with autism spectrum disorders. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2015 1;20 (5): e598-604.
5. Chandrashekar S., Bommangoudar J.S. Management of Autistic Patients in Dental Office: A Clinical Update; *Int J Clin Pediatr Dent*. 2018;11(3):219-227
6. Changa K.C., Wang L.Y., Wang J.H., Shawa C.K., Hwanga M.J., Wua C.H., Huang H.K. Dental utilization and expenditures by children and adolescents with autism spectrum disorders: A population-based cohort study; *Tzu Chi Med Journal* 2018; 30(1): 15–19.
7. Chi D.L., Momany E.T., Mancl L.A., Lindgren S.D., Zinner S.H., and Steinman K.J.; Dental Homes for Children with Autism: A Longitudinal Analysis of Iowa Medicaid's I-Smile Program; *Am J Prev Med*. 2016; 50(5): 609–615
8. Dahllöf B.G., Bejerot S.; Experiences of Dental Care and Dental Anxiety in Adults with Autism Spectrum Disorder; *Autism Res Treat* 2014;2014:238764.
9. Dangulavanich W., Limsomwong P., Mitrakul K., Asvanund Y., Arunakul M.; Factors associated with cooperative levels of Autism Spectrum Disorder children during dental treatments. *Eur J Paediatr Dent* 2017;18(3):231-236.
10. Delli K., Reichart P.A., Bornstein M.M., Livas C.; Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: Concerns, behavioural approaches and recommendations; *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013 1;18 (6): e862-8.
11. Duker S., Floríndez L.I., Como D.H., Henwood B.F., Polido J.C., Sharon A.; Cermak Strategies for Success: A Qualitative Study of Caregiver and Dentist Approaches to Improving Oral Care for Children with Autism Spectrum Disorder. *Leah I; Pediatr Dent*. 2019 15; 41(1): 4E–12E

12. Jo C-W., Park C-H., Lee J-H., Kim J-H.; Managing the behavior of a patient with autism by sedation via submucosal route during dental treatment; *J Dent Anesth Pain Med* 2017;17(2):157-161.
13. Kim I-h., Kuk T.S., Park S.Y., Choi Y-s., Kim H.J., and Seo K-S.; Prognosis following dental implant treatment under general anesthesia in patients with special needs; *J Dent Anesth Pain Med* 2017;17(3):205-213
14. Ohtawa Y., Yoshida M., Parental K.F.; Satisfaction with Ambulatory Anesthesia during Dental Treatment for Disabled Individuals and Their Preference for Same in Future; Department of Oral Health Science, Division of Special Needs Dentistry and Orofacial Pain, Tokyo Dental College. *Bull Tokyo Dent Coll* 2019;60(1): 53–60
15. Önoğ S., Kırzioğlu Z.; Evaluation of Oral Health Status and Influential Factors in Children with Autism. *Niger J Clin Pract* 2018;21(4):429-435.
16. Özkan A.S., Erdoğan M.A., Şanlı M., Kaçmaz O., Durmuş M., Çolak C. Retrospective Evaluation of Dental Treatment under General Anaesthesia; *Turk J Anaesth Reanim* 2015; 43: 332-6
17. Picciani B.L.S., dos Santos B.M., Silva-Júnior G.O., Marinho M.A., Papa E.G., Faria M.D.B., Bastos L.F., de Gouvêa C.V.D. Contribution of benzodiazepines in dental care of patients with special needs; *J Clin Exp Dent*. 2019;11(12): e1170-4.
18. Posse J.L., Novoa P.C., Pazos M.A., Barbosa I.R.; Behavioural aspects of patients with Autism Spectrum Disorders (ASD) that affect their dental management; *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014 1;19 (5): e467-72
19. Gandhi, RP., Klein, U. Autism spectrum disorders: an update on oral health management. *J Evid Based Dent Pract* 2014;14 Suppl:115-26.
20. Weil T.N.; Inglehart M.R., Habil P.; Dental Education and Dentists' Attitudes and Behavior Concerning Patients with Autism; *J Dent Educ*. Volume 74, Number 12.
21. Bonnet, V., Verhulst, D. *Hygiène bucco-dentaire et handicap: guide de recommandations*. 2017. Ed: SOHDEV (Santé Orale Handicap Dépendance et Vulnérabilité)

ANEXOS

ANEXOS

Declaração de cumprimento anti - plágio