

# FACILITANDO O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A PACIENTES AUTISTAS ATRAVÉS DE ABORDAGENS CLÍNICAS A PARTIR DE UMA REVISÃO DE LITERATURA

## FACILITATING DENTAL CARE TO AUTISTIC PATIENTS THROUGH CLINICAL TECHNIQUES BASED ON A LITERATURE REVIEW

Isabela Alves Araújo Miquilini \*

Flávia Carolina Gonçalves de Azevedo Meira \*\*

Gabriela Botelho Martins \*\*\*

### Unitermos:

Autismo;  
Transtorno Autístico;  
Odontologia;  
Manifestações Bucais.

### RESUMO

**Introdução:** TEA (Transtorno do Espectro Autista) é uma desordem incapacitante do desenvolvimento mental e emocional, que afeta os âmbitos da comunicação, aprendizagem e de relacionamentos. Alterações comportamentais, de linguagem e motoras são fatores que tornam perceptíveis o comprometimento do desenvolvimento a partir de sinais claros do transtorno. **Objetivo:** Facilitar o atendimento e manejo de pacientes autistas por parte do cirurgião-dentista a partir de abordagens clínicas direcionadas. **Metodologia:** Levantamento bibliográfico realizado em quatro plataformas de relevância acadêmica e filtragem a partir do software Mendeley, com 46 artigos levantados que apresentaram, de forma consistente, correlação direta ao tema proposto a partir dos resumos e textos completos. **Discussão:** O profissional disposto a lidar com pacientes autistas deve ser aberto a trabalhar com mudanças repentinas e habilidades singulares emocionais. Técnicas odontopediátricas e/ou farmacológicas são as principais alternativas que o cirurgião-dentista pode aderir para a condução do atendimento e sucesso do procedimento. Enfatiza-se que o atendimento deve ser realizado o mais cedo possível, buscando a prevenção de problemas, complicações e adaptação do paciente ao ambiente odontológico desde cedo. **Considerações finais:** O tratamento de pacientes autistas é possível dentro do consultório odontológico, desde que o profissional siga com as condutas recomendadas, a partir de uma abordagem e preparo adequados, reconhecendo a importância do atendimento individualizado, diferenciado e específico para cada paciente, utilizando desde técnicas odontopediátricas não-farmacológicas, farmacológicas e metodologias educativas individuais.

\* Estudante de graduação pela escola bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brasil.

\*\* Mestre em Patologia Bucal pela Universidade de São Paulo (USP) e Professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brasil

\*\*\* Doutora em Estomatologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Professora Associada do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia, departamento de Fisioterapia, Salvador, Bahia, Brasil

Autism;  
Autistic Disorder;  
Dentistry;  
Oral Manifestations.

**Introduction:** ASD (Autism Spectrum Disorder) is a disabling disorder of mental and emotional development, which affects the areas of communication, learning and relationships. Behavioral, language and motor alterations are factors that make developmental impairment noticeable from clear signs of the disorder. **Objective:** Guide professionals in the care and management of autistic patients based on targeted clinical approaches. **Methodology:** Bibliographic survey carried out on four platforms of academic relevance and filtering from the Mendeley software, with 46 articles surveyed that consistently presented a direct correlation to the proposed theme from the abstracts and full texts. **Discussion:** The professional willing to deal with autistic patients must be open to working with sudden changes and unique emotional skills. Pediatric dentistry and/or pharmacological techniques are the main alternatives that the dentist can adhere to for the conduction of care and the success of the procedure. It is emphasized that care should be performed as early as possible, seeking to prevent problems, complications and patient adaptation to the dental environment from an early age. **Final Considerations:** The treatment of autistic patients is possible within the dental office, if the professional follows the recommended conducts, based on an adequate approach and preparation, recognizing the importance of individualized, differentiated and specific care for each patient, using from non-pharmacological and pharmacological pediatric dentistry techniques and individual educational methodologies.

## INTRODUÇÃO

Apresentado pelo psiquiatra e médico austro-americano Leo Kanner, em 1943, o termo “autismo” é originado do grego “*autos*” = comportamento de voltar-se a si mesmo + “*ismo*” = sufixo de condição que define a característica principal do transtorno: viver voltado ao seu próprio mundo<sup>1,2</sup>. O transtorno de espectro autista (TEA) é, cientificamente, um distúrbio no neurodesenvolvimento que mostra seus sinais entre os 4-6 meses de vida, quando, por exemplo, o bebê não olha nem sorri para a mãe, porém é difícil o diagnóstico por conta das limitações desta fase de crescimento infantil<sup>2,3</sup>. Possui predileção pelo gênero masculino em proporção média de 1:5, todavia, o sexo feminino, quando afetado, pode ser mais grave<sup>2,4</sup>.

TEA é uma desordem incapacitante do desenvolvimento mental e emocional, afetando três âmbitos principais: comunicação, aprendizagem e relacionamentos<sup>5</sup>. Alterações comportamentais, de linguagem e motoras são fatores que tornam perceptíveis o comprometimento do desenvolvimento a partir de

sinais claros do transtorno: falta de afeto por qualquer pessoa - inclusive os próprios pais, movimentos repetitivos e estereotipados, ausência ou dificuldade de comunicação oral, pânico diante qualquer alteração mínima no ambiente e rotina, falta de capacidade imaginativa, sensibilidade extrema a estímulos visuais e auditivos inesperados, levando por consequência a reações inesperadas, independentemente do local<sup>6,7</sup>.

No que diz respeito à odontologia, lesões de cárie e doença periodontal são as evidências orais que geralmente encontramos nestes pacientes, fruto da higiene bucal prejudicada e deficiência motora, juntamente com a recusa de ajuda devido à aversão ao toque<sup>8</sup>. Desta forma, destaca-se que existe uma dificuldade de execução dos cuidados necessários por parte do paciente ou de seu responsável. Sem esquecer que alguns deles podem buscar atendimento sem diagnóstico e a identificação pelo profissional é importante para o andamento do processo.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é, através de uma revisão de literatura, tornar facilitado o atendimento de pacientes autistas a partir da orientação por parte do profissional para o manejo e possível identificação – nos casos não diagnosticados – de pacientes autistas.

## METODOLOGIA

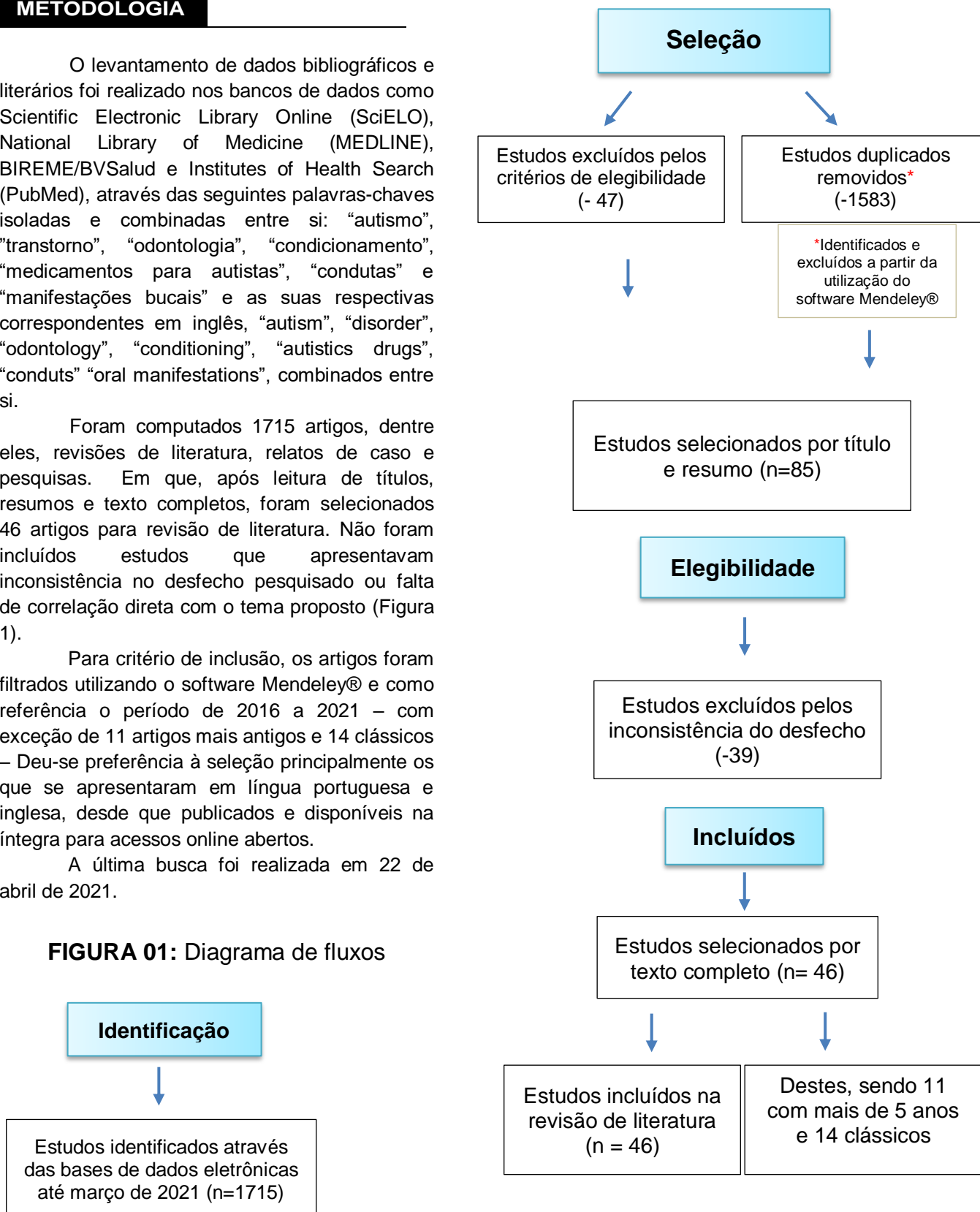
O levantamento de dados bibliográficos e literários foi realizado nos bancos de dados como Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine (MEDLINE), BIREME/BVSalud e Institutes of Health Search (PubMed), através das seguintes palavras-chaves isoladas e combinadas entre si: “autismo”, “transtorno”, “odontologia”, “condicionamento”, “medicamentos para autistas”, “condutas” e “manifestações bucais” e as suas respectivas correspondentes em inglês, “autism”, “disorder”, “odontology”, “conditioning”, “autistics drugs”, “conduts” “oral manifestations”, combinados entre si.

Foram computados 1715 artigos, dentre eles, revisões de literatura, relatos de caso e pesquisas. Em que, após leitura de títulos, resumos e texto completos, foram selecionados 46 artigos para revisão de literatura. Não foram incluídos estudos que apresentavam inconsistência no desfecho pesquisado ou falta de correlação direta com o tema proposto (Figura 1).

Para critério de inclusão, os artigos foram filtrados utilizando o software Mendeley® e como referência o período de 2016 a 2021 – com exceção de 11 artigos mais antigos e 14 clássicos – Deu-se preferência à seleção principalmente os que se apresentaram em língua portuguesa e inglesa, desde que publicados e disponíveis na íntegra para acessos online abertos.

A última busca foi realizada em 22 de abril de 2021.

**FIGURA 01:** Diagrama de fluxos



Em 1943, Leo Kanner definiu como psicose o conjunto de sinais do transtorno como uma doença específica relacionada a fenômenos da linha esquizofrênica, uma vez que todos os exames clínicos e laboratoriais foram incapazes de fornecer dados consistentes no que se relacionava à sua etiologia<sup>9,10</sup>. Em 1976, Ritvo alterou esta concepção, considerando como um distúrbio de desenvolvimento, apesar das oposições sofridas na época<sup>(11)</sup>. Outros autores, como Burack e Baron-Cohen ratificaram a ideia do déficit cognitivo, enfatizando a relação presente com a deficiência mental. Sua etiologia permanece, até o momento, indefinida, partindo de princípios de traumas gestacionais a predisposições orgânicas<sup>12,13,14</sup>.

O Transtorno do Espectro Autista é uma desordem incapacitante do desenvolvimento mental e emocional que afeta três âmbitos seguintes: comunicação, aprendizagem e relacionamento<sup>(15)</sup>. Segundo Gillberg (1990), é altamente improvável que existam casos de autismo adquirido, e enfatiza que o autismo é uma disfunção orgânica – e não um problema causado pelos pais – assim, não é matéria para discussão. Sendo, desta forma, uma alteração fisiológica e não adquirida do meio social ou familiar, como antigamente era preconizado<sup>16,17,18</sup>.

### Epidemiologia

Frith (1989) afirmou uma proporção de 1 a 5 casos a cada 10.000 crianças, sendo mais comumente acometido o gênero masculino em uma escala média de 3:1, bem próxima a de Kanner (1943), que inicialmente considerou 5:1 a proporção entre os gêneros. No entanto, não há comprovação direta no que diz respeito ao vínculo com o cromossomo X<sup>19</sup>.

Atualmente, a descrição epidemiológica ainda é limitada. Segundo a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde que representa o Brasil, estima-se que, em todo o mundo, 1 em cada 160 crianças tem transtorno do espectro autista. Não existem dados específicos para o Brasil, no entanto, a partir da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência de Nº 13.861/19 sancionada em 18 de Julho de 2019 que obriga o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a inserir no censo 2020 perguntas sobre o autismo, espera-se incluir no questionário do próximo Censo o número de

autistas diagnosticados<sup>20</sup>. Por conta da pandemia do Coronavírus a coleta do próximo Censo Demográfico está prevista para ser realizada entre os meses de agosto a outubro de 2021<sup>21</sup>. Com isso, será possível saber de forma atualizada quantas pessoas no Brasil apresentam esse transtorno e como elas estão distribuídas pelo território<sup>22</sup>.

A partir do último levantamento do Censo em 2010, o Brasil possui cerca de 24% da população total representada por deficientes, sendo a deficiência mental ou intelectual 1,40% deste dado, todavia, a prevalência de TEA parece estar aumentando globalmente a partir de estudos epidemiológicos realizados nos últimos 50 anos. Muitas explicações são prováveis para esse aumento, incluindo a expansão dos critérios diagnósticos, aumento da conscientização sobre o tema, o aprimoramento das informações reportadas e melhores ferramentas de diagnóstico<sup>23</sup>.

### O Diagnóstico e Características Clínicas

Klin (2006) afirmou que, consoante ao desenvolvimento natural do ser humano, existe dificuldade moderada/alta para diagnóstico do autismo e que a idade média para detecção seja em torno dos 18 meses de idade, pois é a fase do crescimento que a criança normalmente começa a querer se expressar e, portanto, começa a apresentar diferenciais de socialização observados pelos pais, ademais, alguns indícios anteriores já podem ser levados em consideração, como falta de contato visual e ausência de sorriso social<sup>24</sup>, geralmente observados pela mãe no momento da amamentação, por exemplo.

Para o diagnóstico clínico exato, a avaliação deve incluir um histórico detalhado, seguido de avaliações de desenvolvimento nos âmbitos psicológicos, comunicativos e adaptativos<sup>3</sup>. A identificação de pelo menos uma característica de todos os três agrupamentos comportamentais facilita a suspeita inicial, sendo eles (Quadro 01- autoria própria baseada na fonte 24).

Quadro 01: Agrupamentos comportamentais e suas variações

<p><b>1- Prejuízo qualitativo nas interações sociais</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desuso de comunicação verbal e interação social;</li> <li>• Sorriso inapropriado;</li> <li>• Falta de reciprocidade emocional, social e afetiva, inclusive com familiares.</li> </ul>
<p><b>2- Prejuízo qualitativo na comunicação</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atraso no desenvolvimento da linguagem verbal, como consequência, prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma comunicação continuada;</li> <li>• Uso estereotipado e/ou repetitivo da linguagem;</li> <li>• Diminuição do nível cognitivo capaz de imaginar situações hipotéticas, como brincadeiras.</li> </ul>
<p><b>3- Padrões restritivos repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupações rígidas com seus respectivos padrões restritos;</li> <li>• Adesão firme a rotinas e inflexível à mudança;</li> <li>• Rituais;</li> <li>• Movimentos repetitivos;</li> <li>• Fixação por objetos.</li> </ul>

Segundo a ASA (*Autism Society of America*), algumas características adicionais estão possivelmente presentes, sendo elas: pouco ou nenhum contato visual; dificuldade de relacionamento com outras crianças; aparente insensibilidade à dor; preferência pela solidão; rotação de objetos; ausência de resposta aos métodos convencionais de ensino; recusa a colos; ecolalia; age como se estivesse surdo; dificuldade de expressar necessidades e não tem real medo do perigo<sup>25</sup>.

Estudos feitos por Volkmar comprovaram que há um modelo duplo desta apresentação, sendo assim, enquanto muitas crianças começam a apresentar sinais graves durante a primeira infância, outras conseguem passar por esse período de desenvolvimento de maneira relativamente normal, com evidência fraca do transtorno que permanece até então praticamente imperceptível<sup>26</sup>. Isso se dá pelo fato de não existir um marcador biológico para o autismo<sup>27</sup>.

### O autismo e a Odontologia

Quanto ao Transtorno do Espectro Autista, é fatídico reconhecer os principais traços característicos, baseados nos âmbitos da aprendizagem, dos relacionamentos sociais e da comunicação, sendo essa última dividida em comportamentos verbais e não verbais<sup>28</sup>. Alguns pacientes podem buscar atendimento sem diagnóstico e a identificação pelo profissional é importante para o andamento do processo, bem como orientação aos familiares para buscar a investigação da condição, o que implica na criação de hábitos benéficos de acompanhamento ao

longo da vida. Ritvo (1978) expôs que evidências orais como lesões de cáries e doença periodontal podem ser encontradas nos pacientes, assim como em pacientes não-portadores, no entanto, são associadas especialmente à medicação em conjunto com a higiene bucal prejudicada<sup>12</sup>, consequência da deficiência de ordem motora associada à recusa de ajuda, devido à aversão ao toque. Fatores estes que evidenciam a dificuldade de execução dos cuidados necessários, seja por parte do paciente ou de seu responsável.

Em uma estimativa global, o índice de xerostomia, por uso de medicamentos, biofilme, dentes cariados, perdidos e obturados em pacientes autistas que apresentam especificamente deficiência neuro-motora é mais elevado do que na população saudável. Tal fato se dá pela maior atenção à condição sistêmica quando comparada à saúde bucal. Principalmente no que diz respeito à dentição decídua/mista, sustentado pelo argumento de que esfolia e não interfere. Quanto à dentição permanente, só é lembrada na presença de dor, o que explica o fato de a faixa etária média de apresentação ao consultório odontológico ser em torno de 7 a 14 anos de idade<sup>29</sup>.

Mediante tais características, o Manual do Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial portador do Transtorno Autístico afirmou que a resistência à mudança de rotina, ao aprendizado e ao contato físico são fatores dificultantes para abordagem por parte do profissional, o que desencadeia maior resistência ao atendimento odontológico e, conseqüentemente, possíveis reações agressivas<sup>25,28,29</sup>. Desta forma, enfatiza-se que o atendimento deve ser realizado o mais cedo possível, buscando

sempre a prevenção de problemas, complicações e adaptação do paciente ao ambiente odontológico<sup>30</sup>.

As interações medicamentosas mais conhecidas dentro do âmbito da Odontologia, quanto ao envolvimento do paciente autista, englobam o uso de: analgésicos não-opioides, anestésicos locais, antibióticos e anti-inflamatórios não-esteroidais. Pode ser observado aumento repentino da pressão sanguínea e frequência cardíaca com o uso de anestésicos locais durante cirurgias, se for administrado o Cloridrato de Metilfenidrato (Ritalina) no mesmo dia, desta forma, deve ser evitada a administração deste fármaco no dia em questão. Não foram encontradas interações entre a Risperidona com as medicações citadas inicialmente, no entanto, há uma ocorrência de sangramento gastrointestinal quando associada a Fluoxetina e o Ácido Acetilsalicílico<sup>31</sup>. A necessidade de utilizar medicação pré-anestésica, a via de administração e a escolha desse fármaco devem ser realizadas de forma bastante individualizada.

Tecnicamente, todo e qualquer dentista está apto a receber e atender um paciente autista, no entanto, deve-se lembrar que esses indivíduos apresentam comportamentos de caráter individuais que podem dificultar o atendimento, sendo assim, nos casos de pacientes que fazem uso de medicações, definir a listagem destas pode ser útil para estabelecer um quadro comportamental previsto a partir delas (Quadro 2 – autoria própria baseada nas fontes 32, 33 e 34).

A falta de conhecimento dos profissionais sobre a condição e manobras de condução são, de fato, também fatores dificultantes. Paralelo a isto, o cirurgião-dentista (CD) deve preparar-se para se adaptar às condutas de melhor manejo e abordagem para procedimentos de diferentes complexidades. Vale salientar que o tempo necessário para cada avanço dependerá da relação do profissional com o paciente, a partir da ênfase das medidas de abordagem para conquista da confiança<sup>35</sup>.

Amaral (2011) considerou que deve ser constante a busca por possibilidades de intervenção, visando menos desgaste e estresse nos atendimentos e, portanto, tornando-os mais efetivos para os pacientes e seus familiares e/ou responsáveis<sup>35</sup>.

Inicialmente, o profissional disposto a lidar estes pacientes deve ser aberto a trabalhar com mudanças repentinas e habilidades singulares emocionais. Quanto maior o foco no desenvolvimento da conquista desses pacientes e

maior a atenção odontológica voltada à prevenção, maiores serão os benefícios para o próprio paciente tanto quanto para seus responsáveis, criando ambientes familiares mais tranquilos e pacientes mais colaboradores e participativos<sup>35</sup>.

As técnicas e abordagens de condicionamento podem ser baseadas em dois padrões. O primeiro, voltado ao atendimento propriamente dito que envolve principalmente a sedação e o segundo, considerado como diferencial, que prega o acolhimento e envolvimento do paciente e da família, bem como o condicionamento e manejo, além do suporte psicológico para melhor condução<sup>29</sup>. A redução da ansiedade promove a melhora da compreensão; isso se dá a partir do desenvolvimento de boas relações entre o profissional e o paciente.

Na primeira consulta, o CD pode aproveitar as primeiras impressões para conhecer o paciente, a partir da observação de reações diante de elementos e fatores, sejam eles visuais ou sensoriais, como por exemplo, a decoração do consultório, a música ambiente e a intensidade da luz, e a partir disso definir o nível de interferência que esses elementos possuem no grau de TEA dele. Nesta mesma consulta, informações importantes devem ser coletadas na anamnese, como condições médicas, medicações, gostos do paciente, formas de comunicação utilizadas por ele, experiências anteriores – incluindo condicionamentos utilizados e sedações<sup>2,36</sup>.

Os familiares/responsáveis podem começar a preparar a criança antecipadamente, por meio de conversa, contando que ele vai fazer uma visita ao dentista, mostrando fotos e vídeos relacionados ao consultório e ao profissional, bem como fazendo o paciente relembrar as consultas anteriores, focando em pontos positivos e enaltecendo o atendimento, a fim de estabelecer um sentimento agradável e de expectativa positiva para quando chegar a data marcada<sup>36,37</sup>.

À primeira instância, o tratamento odontológico deve ser de curta duração e extremamente organizado, desde o próprio agendamento. Este, por sua vez, deve ser realizado - sempre que possível - no mesmo dia da semana e no mesmo horário, com o mesmo profissional e com a mesma equipe de suporte, se for o caso. Concomitante à preocupação quanto à promoção da comunicação, comandos claros e objetivos são válidos, como as técnicas odontopediátricas de dizer-mostrar-fazer, distrações, dessensibilizações, modelação e controle de voz, inclusive, reforços normalmente positivos (Quadro 03). Esses últimos devem ser

ofertados imediatamente após a conclusão de cada etapa em questão e garantem resultados mais controlados acerca da situação, a partir do incentivo ao paciente em dar o melhor de si<sup>29,37,38</sup>.

**Quadro 02** Fármacos mais comumente utilizados por pessoas com TEA e os sintomas previstos a serem amenizados

<b>FÁRMACOS</b>	<b>ATUAÇÃO</b>
<b>Antipsicóticos (Risperidona e Olanzapina)</b>	Melhoria nos sintomas dos comportamentos repetitivos e estereotipados, além de agressividade, estresse e irritabilidade, incluindo agitação e explosões temperamentais.
<b>Psicoestimulantes (Ritalina/Metilfenidrato)</b>	Tratamento da sintomatologia do TDAH, que envolve impulsividade, desatenção e hiperatividade.
<b>Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (Fluoxetina e Sertralina)</b>	Reduzir comportamentos obsessivos, estereotipados e rituais.
<b>Estabilizadores de Humor e Anticonvulsionantes (Valproato de Sódio)</b>	Tratamento do transtorno bipolar, melhorando a instabilidade, os comportamentos repetitivos e agressivos.
<b>Benzodiazepínicos (Clonazepan)</b>	Relaxamento e sedação.

**Quadro 03** – técnicas odontopediátricas não farmacológicas – autoria própria (fonte 38)

<b>TÉCNICA</b>	<b>REALIZAÇÃO</b>
<b>Dizer-mostrar-fazer</b>	O CD explica todos os passos de determinado procedimento, faz uma demonstração para entendimento do paciente e, em seguida, realiza.
<b>Reforço positivo</b>	Recompensa ou elogios através de expressões faciais agradáveis e/ou prêmios após o paciente apresentar bom comportamento e colaboratividade. Até um aperto de mão pode ser considerado.
<b>Reforço negativo</b>	Explicar o porquê que a conduta do paciente não foi adequada e mostrar que por este motivo ele não vai ganhar o devido elogio e/ou prêmio.
<b>Distração</b>	O CD distrai o paciente no momento em que alguma ação desencadeie medo ou reação indesejada, fazendo com que o mesmo pense/olhe para qualquer coisa ou direção diferente e foque nisso, ao invés do procedimento odontológico.

<b>Dessensibilização</b>	O CD deve apresentar gradativamente ao paciente os instrumentos e sons que provocam medo, posteriormente o induzir a um estado de calma e tranquilidade. Desta forma, ele irá se familiarizar com cada objeto de forma mais tranquila antes de cada procedimento. Pode ser aplicada dentro de casa por meio de brincadeiras ilustrativas e, inclusive, associadas ao reforço positivo.
<b>Modelagem</b>	A criança portadora de TEA acompanha outra criança de confiança – portadora ou não – que se sente segura durante o atendimento e mostra, assim, comportamentos favoráveis para que o outro entenda que não precisa temer e reproduza os mesmos bons comportamentos.
<b>Pedagogia Visual</b>	Desenvolve a capacidade do portador de TEA de se relacionar por meio de figuras e não de palavras, a partir de livros com imagens coloridas, mídias eletrônicas de vídeo e histórias com situações semelhantes àquelas que o paciente irá vivenciar em seguida.

### Outras metodologias que podem ser usadas pelos cirurgiões-dentistas:

**Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Limitações Relacionadas à Comunicação (TEACCH, do inglês *Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children*):** Se baseia na organização do ambiente, com o estabelecimento de rotinas organizadas e atividades sequenciais, além de estímulos corporais, sonoros e visuais (como figuras ilustrativas dos procedimentos que serão executados<sup>39,40</sup>.

**Sistema de Comunicação por Troca de Imagens (PECs, do inglês *Picture Exchange Communication System*):** Alguns autistas não desenvolvem a fala, mas conseguem se expressar indicando uma imagem que retrate o que deseja. Através deste método, a comunicação paciente-profissional dentro do consultório, por uma via não verbal, é facilitada<sup>41</sup>.

**Análise do Comportamento Aplicada (ABA, do inglês *Applied Behavior Analysis*):** Ensina, em etapas, habilidades específicas ao paciente autista, de forma que os bons comportamentos sofrem reforço positivo e os comportamentos indesejáveis são ignorados, desencorajados ou sofrem reforço negativo. Dentro da odontologia, esta metodologia permite a melhor aplicabilidade das técnicas convencionais para a execução dos atendimentos, diminuindo a necessidade de procedimentos como contenção e sedação<sup>36,41</sup>.

Uma nova alternativa para os pais é o programa Son-Rise®, que apresenta uma série de estratégias que têm por objetivo melhorar a

comunicação social, a interação e a flexibilidade do comportamento de forma a permitir que o atendimento seja mais tranquilo ao paciente e existe para ajudar quanto ao cuidado odontológico, baseado em orientações e treinamento aos pais e profissionais que sentem necessidade de suporte para dar início às atividades de intervenção nestes pacientes<sup>2</sup>. Dentro do programa, é possível contar com 9 meses de materiais de treinamento que inclui um extenso roteiro (vídeos, jogos, ilustrações e diversas atividades). Essa modalidade pode ser acessada por pais, responsáveis e todos que estão envolvidos no processo de desenvolvimento da criança e do jovem com autismo na modalidade presencial e online, esta última capaz de abranger todo o mundo<sup>42</sup>.

Prefere-se utilização de agentes farmacológicos quando a aplicação de técnicas comportamentais não é bem-sucedida. De forma geral, desconsiderando as condições sistêmicas de cada paciente, os medicamentos mais indicados e utilizados são o óxido nítrico, prometazina, hidroxina, hidrato de cloral e diazepam. No entanto, é imprescindível o conhecimento farmacológico, a fim de evitar risco de complicações por interações medicamentosas indesejadas<sup>43</sup>. No ambulatório, é permitido apenas o uso de anestesia local e sedação. Como em qualquer especialidade, o profissional deve estar apto a agir diante de intercorrências. No caso de procedimentos mais invasivos ou que as técnicas anteriormente citadas não forem possíveis, o procedimento pode ser feito em ambiente hospitalar com a utilização de anestesia geral<sup>2,44,45</sup>.

Nos casos em que as abordagens verbais e/ou farmacológicas, somente, não forem suficientes, é consenso entre os autores o uso de



métodos de contenção física em casos pontuais, quando se faz indispensável o atendimento naquele momento, de forma a dar segurança e proteção durante o procedimento. Podem ser utilizados sistemas de imobilização, como tecidos envoltórios, faixas ou com a terapia do abraço. Tal conduta deve ser sempre explicada previamente ao paciente e aos responsáveis, inclusive autorizada com a assinatura de um termo de ciência e consentimento<sup>2,33</sup>. A terapia do abraço (*holding therapy*) é a preferida, e consiste em envolver o paciente em abraços, na intenção de fazer com que ele aceite a conduta e consinta o contato corporal após a resistência inicial, no entanto, essa terapia não é totalmente eficaz em pacientes hipersensíveis ao toque ou que possuem dificuldade de adaptação emocional<sup>2</sup>.

Sabe-se que nem sempre o CD está apto no que diz respeito à estrutura e preparo quanto a condutas e manejo, portanto, é interessante o encaminhamento e acompanhamento do paciente – junto aos familiares – a um local de referência, uma vez que a confiança é estabelecida, a própria presença do profissional poderá tranquilizar o paciente e diminuir o nervosismo, mesmo que o procedimento seja feito por outro CD<sup>20,29,31</sup>. O trabalho multidisciplinar também permite encontrar estratégias para facilitar o atendimento dentro das unidades de cada paciente. Equipes podem ser compostas por psicopedagogos, médicos, fisioterapeutas e terapeutas comportamentais dentro do próprio consultório. A análise de comportamentos, hábitos e reações do paciente e dos familiares serve para elaborar abordagens individualizadas que norteiem com mais fluidez, segurança, conforto e competência o atendimento<sup>36,43</sup>.

É comum que os familiares/responsáveis levem tardiamente o paciente com TEA à primeira consulta odontológica, com cerca de sete a quatorze anos de idade, quando geralmente já existe necessidade de uma intervenção curativa. Este é um fator dificultante ao atendimento pois, em muitos casos, se faz necessária a realização de procedimentos mais invasivos e, portanto, demorados e complexos, características completamente contrárias às que estes pacientes precisam para se sentirem seguros no consultório odontológico. Portanto, a fim de amenizar essas situações, é recomendado que as visitas ao CD sejam iniciadas na primeira infância e sigam como regulares, para que o foco na prevenção de doenças e a manutenção da saúde bucal sejam constantes, sem mencionar que o próprio comportamento dos indivíduos é condicionado

por se acostumar com o ambiente desde cedo<sup>2</sup>.

Em 2006, Oriqui afirmou que é imprescindível que os cirurgiões dentistas modifiquem sua conduta e passem a realizar atividades de promoção e educação em saúde bucal durante as consultas individuais e visitas domiciliares, já que o estímulo à aprendizagem de higiene bucal correta por meio de técnicas adequadas e reforço positivo pode modificar de forma satisfatória a sua qualidade de vida<sup>46</sup>. Uma técnica adequada é a cronometragem do tempo de escovação e do uso do fio dental, tranquilizando o portador de TEA a partir do entendimento de quando a tarefa vai acabar<sup>28</sup>. Pode também ser lançada mão de mural com fotos mostrando os elementos utilizados na tarefa e como cada etapa deve ser executada, facilitando o momento da higienização oral e permitindo maior participação e envolvimento do paciente<sup>29</sup>.

Oriqui também expôs que carinho, atenção, atendimento e cuidado especial por parte da equipe de saúde bucal são atitudes esperadas pelos cuidadores e pelos familiares. O CD pode, inclusive, tomar a iniciativa de conhecer seus lares, hábitos diários e se aproximar do paciente e de sua família por meio da presença rotineira, conhecendo e propondo novos hábitos de rotina.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento de pacientes autistas é possível dentro do consultório odontológico, desde que o profissional siga com as condutas recomendadas, a partir de uma abordagem e preparo adequados, reconhecendo a importância do atendimento individualizado, diferenciado e específico para cada paciente.

O profissional da Odontologia não trata isoladamente dos dentes, mas do indivíduo como um todo. O paciente procura bem-estar integral, que abranja a saúde bucal, o conforto, autoestima e a inserção na sociedade. Portanto, considerar a totalidade de cada ser humano é dever do cirurgião-dentista, principalmente no que diz respeito a pacientes com Transtorno do Espectro Autista. A partir de uma série de medidas que podem ser tomadas para facilitar a condução do atendimento e dos procedimentos que desejam ser efetuados, desde as técnicas odontopediátricas não-farmacológicas, as farmacológicas e as metodologias educativas individuais, pode-se chegar a este objetivo.

Não obstante, ações e abordagens estudadas, criteriosas, individualmente elaboradas e humanizadas, são essenciais para buscar a colaboração, desenvolvimento da confiança e, por fim, alcançar o sucesso no tratamento do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Carlson N, Melo, L. Fisiologia Do Comportamento. Barueri, SP: Manole, 2002.1: 265-569.
2. Amaral COF, Malacrida VH, Videira FCH, Parizi AGS, Oliveira A, Straioto FG. Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para o atendimento odontológico. Arch Oral Res. (Impr.), 2012;8(2):143–51.
3. Backes B, Zanon RB, Bosa CA. Características Sintomatológicas de Crianças com Autismo e Regressão da Linguagem Oral. Psicol Teor e Pesqui. 2017; 33.1-10
4. Mapelli LD, Barbieri MC, Castro GVDZB, Bonelli MA, Wernet M, Dupas G. Criança com transtorno do espectro autista: cuidado na perspectiva familiar. Esc. Anna Nery. 2018;22(4): e20180116. [cited 2021 Mar 13]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452018000400232&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400232&lng=en). Epub Nov 23, 2018 <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0116>
5. Souza TDN, Sonegheti JV, Andrade LHR, Tannure PN. Dental Care on A Child with Autistic Spectrum Disorder: Case Report. Rev Odontol Univ Cid São Paulo. 2017; 29(2):191-197
6. Predebon A, Darold FF, Volpato S, Gallon A. Método educacional para autistas: Reforço alternativo para o tratamento odontológico utilizando sistema de comunicação por figuras. Ação Odonto [Internet]. 2013; 1(1): 85-98
7. Gonçalves LTYR, Gonçalves FYYR, Nogueira BML, Fonseca RRS, De Menezes SAF, Da Silva e Souza PAR, Menezes TOA. Conditions for Oral Health in Patients with Autism. Int J Odontostomatol. 2016; 10(1):9-7.
8. Ritvo ER, Freeman BJ. Introduction: The National Society for Autistic Children's definition of the Syndrome of Autism. J Am Acad Child Psychiatry [Internet]. 1978;17(4):565–75. [cited 2020 April 13]. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61011-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61011-6).
9. Kanner L. Early infantile autism – 1943-1955. J Orthopsychiat 1956; 26: 55-65.
10. Assumpção Jr FB, Pimentel ACM. Autismo infantil. Rev Bras Psiquiatr. 2000;22(suppl 2):37–9.
11. Burack JA. Debate and argument: clarifying developmental issues in the study of autism. J Child Psychol Psychiatr 1992; 33(3):617-21
12. Baron-Cohen S. Social and pragmatic deficits in autism: cognitive or affective? J Autism Develop Disord 1988; 8(3):379-401
13. Baron-Cohen S. The development of a theory of mind in autism: deviance an delay? Psychiatr Clin North Am 1991; 4(1):33-52
14. Araújo HCT, França MMC, Rocha AM. Manejo odontológico ao paciente autista. Rev Odontológica Contemporânea [Internet]. 2019;3(1):20-7. [cited 2020 April 13]. Available from: <http://rocfpm.com/index.php/revista/article/view/419>
15. Souza TDN, Sonegheti JV, De Andrade LHR, Tannure PN. Atendimento odontológico em uma criança com transtorno do espectro autista: relato de caso. Rev Odontol da Univ Cid São Paulo. 2017; 29(2):191-197
16. Gillberg C, Coleman M. The Biology of the Autistic Syndromes. London: MacKeith Press, 1992; 3:85-95
17. Assumpção FB, Pimentel ACM. Autismo infantil. Rev Bras Psiquiatr. 2000;22(suppl 2):37–9.
18. Frith U. Autism, explaining the enigma. Oxford: Blackwell Pub. 1989. 1: p.249-250
19. Cano TDM. Panorama Brasileiro Do Atendimento a Autistas e necessidade da inclusão no Censo 2020. Rev Med e Saúde Brasília. 2016;5(2): 203-216
20. Bastos, L, 2020. OPAS/OMS Brasil - Transtornos do espectro autista. OPAS/OMS. [online] Pan American Health Organization / World Health Organization. [cited 2020 April 13]. Available from: <https://www.paho.org/bra/index.php?Itemid=1098>

21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [online]. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-2020-censo4.html?=&t=o-que-e>. (Acesso em 10 de abril de 2021)
22. Câmara dos Deputados [online]. <https://www.camara.leg.br/noticias/562740-sancionada-lei-que-inclui-dados-sobre-autismo-no-censo-2020/#:~:text=O%20presidente%20da%20Rep%C3%ABlica%2C%20Jair,2020%20pergunta%20sobre%20o%20autismo>. (Acesso em 10 de abril de 2021)
23. Klin A. Autism and Asperger syndrome: an overview. *Rev Bras Educ Espec* [Internet]. 2006; 28:240-1. [cited 2020 April 13]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462006000500002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000500002)
24. Autism Society. 2020. What Is Autism? [online]. [cited 2020 April 13]. Available from: <https://www.autism-society.org/what-is>
25. Volkmar FR, Lord C, Bailey A, Schultz RT, Klin A. Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, London, v.45, n.1, p.135-170, 2004.
26. Volkmar FR, Bergman J, Cohen DJ. DSM III and DSM III-R diagnoses of autism. *Am J Psychiatry* 1988; 145:1404-8
27. Reis HIS, Pereira APS, Almeida LS. Características e especificidades da comunicação social na perturbação do espectro do autismo. *Rev Bras Educ Espec*. 2016; 22(3):325–36.
28. Alves ERG. Atendimento odontológico a autistas. 2005. [cited 2020 April 13]. Available from: [www.guiaodonto.com.br/ver\\_artigo.asp?codigo=228](http://www.guiaodonto.com.br/ver_artigo.asp?codigo=228) [2007junho05]
29. Campos CC, Haddad AS. Transtornos de comportamento e tratamento odontológico. In: Haddad AS. *Bioethics focus to autistics vulnerability: the dental care in family health strategies*. São Paulo: Santos; 2007 p.229-239.
30. Toledo AO, Bezerra ACB. Odontologia preventiva para excepcionais. In: Fourniol FA. *Pacientes especiais e a odontologia*. São Paulo: Santos; 1998. p. 423-32.
31. Marcolin MA, Cantarelli MG, Garcia Jr M. Interações farmacológicas entre medicações clínicas e psiquiátricas. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2004; 31(2):70-81. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000200003>
32. Nikolov R, Jonker J, Scahill L. Autistic disorder: current psychopharmacological treatments and areas of interest for future developments. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28(SUPPL. 1):39-46.
33. Oswald DP, Sonenklar NA. Medication use among children with autism-spectrum disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007;17(3):348–55.
34. De Filippis M, Wagner KD. Treatment of Autism Spectrum Disorder in Children and Adolescents. *Psychopharmacol Bull*. 2016; 46(2):18-41.
35. Amaral LD, Portillo JAC, Mendes SCT. Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na Saúde Bucal Coletiva. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 2011; 5(3):105-14.
36. Stein Duker LI, Floríndez LI, Como DH, Tran CF, Henwood BF, Polido JC, Cermak SA. Strategies for Success: A Qualitative Study of Caregiver and Dentist Approaches to Improving Oral Care for Children with Autism. *Pediatr Dent*. 2019 Jan 15;41(1). [cited 2021 Mar 20] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc6391730/>
37. Mendes SL, Jesus FLG, Araújo MM, Benquerer OPA, Castro OC. Pacientes Autistas: Manobras e técnicas para condicionamento no atendimento Odontológico. *Rev. Ext. Soc.* 11(2) [Internet]. [cited 2021 mar 20]. Available from: <https://Periodicos.Ufrn.Br/Extensaoesociedad/Article/View/22820> ]
38. Nelson T, Chim A, Sheller B, McKinney C, Scott J. Predicting Successful Dental Examinations for Children With Autism Spectrum Disorder In The Context Of A Dental Desensitization Program. *J Am Dent Assoc*, Jul 2017;148(7).485-492 [Cited 2021 Abr 05]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28433195/>
39. Orellana L, Martinez-Sanchis S, Silvestre F. Training adults and children with an autism spectrum disorder to be compliant with a clinical dental assessment using a TEACCH-based approach. *J Autism Dev Disord*, Apr

- 2014.44 (4).776-785. [Cited 2021 Abr 22]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-013-1930-8>.
40. Cagetti, MG, Mastroberardino S, Campus G, Olivari B, Faggioli R, Lenti C, Strohmenger L. Dental care protocol based on visual supports for children with autism spectrum disorders. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, Sep 2015. 20(5). 598-604, [Cited 2021 Abr 22]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26241453/>
41. Chandrashekhar S, Bommangoudar J. Management of Autistic Patients in Dental Office: A Clinical Update. *Int J Clin Pediatr Dent*. May-Jun 2018,11(3).219-227. [Cited 2021 Abr 22]. Available from [https://www.researchgate.net/publication/327113302\\_Management\\_of\\_Autistic\\_Patients\\_in\\_Dental\\_Office\\_A\\_Clinical\\_Update](https://www.researchgate.net/publication/327113302_Management_of_Autistic_Patients_in_Dental_Office_A_Clinical_Update)
42. Autism treatment Center of America. Son-Rise Program [online]. <https://autismtreatmentcenter.org/the-son-rise-program-online/> (Acesso em 10 de abril de 2021)
43. Mangione F, Bdeoui F, Monnier-Da Costa A, Dursun E. Autistic patients: a retrospective study on their dental needs and the behavioural approach. *Clin Oral Investig*, May 2020. 24(5). 1677-1685. [Cited 2021 Abr 22]. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00784-019-03023-7>
44. Gandhi R, Klein U. Autism spectrum disorders: an update on oral health management. *J Evid Based Dent Pract*. Jun 2014.14 p.115-126. [Cited 2021 Abr 20]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24929596>
45. Wang Yi-Chia, LIN; HUANG, Chi-Hsiang; SHOU-ZEN, Fan. Dental anesthesia for patients with special needs. *Acta Anaesthesiol Taiwan*, Sep 50(3),122-125. [Cited 2021 Abr 22]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23026171/>.
46. Oriqui MSY. Avaliação clínica das condições de saúde bucal de pacientes autistas. [Dissertação - Mestrado em Medicina Interna]. São José do Rio Preto (SP): Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2006. (Acesso em 22 de abril de 2021) Disponível em: <https://btd.famerp.br/handle/tede/213>

#### Endereço para correspondência

**Isabela Alves Araújo Miquilini**  
E-mail: [isabelamiquilini@hotmail.com](mailto:isabelamiquilini@hotmail.com)