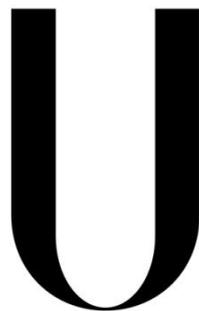


Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina Dentária



LISBOA

---

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

**A Criança Autista na Consulta de Odontopediatria**

**Ana Rita Buco Luzia Nunes**

Dissertação  
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2016

Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina Dentária



---

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

**A Criança Autista na Consulta de Odontopediatria**

**Ana Rita Buco Luzia Nunes**

Dissertação orientada  
Pela Prof. Doutora Alda Reis Tavares

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2016



Ana Rita Luzia

**Dedicatória**

Ao meu tio Zé, o meu anjo da guarda.



## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Professora Dra. Alda Tavares, por ter aceitado orientar esta dissertação, pela sua disponibilidade e compreensão, pelo seu saber, pelas suas sugestões e perspicácia que tanto contribuíram para a execução deste trabalho.

À minha mãe, Maria do Céu Luzia, por todo o cuidado, dedicação, sacrifício, amor e paciência. És uma guerreira e o meu maior exemplo.

À minha irmã, Joana, a outra metade de mim. Sem ti nunca teria chegado até aqui.

Aos meus avós, Maria do Carmo e Zé, por me apoiarem incondicionalmente.

Aos meus tios, Júlio e Nando, pela sua preocupação e disponibilidade.

Às minhas tias, Bela e Paula, por fazerem parte da minha vida e estarem sempre disponíveis para mim.

Aos meus primos, os meus meninos, André, Tiago e Tomás por me fazerem sorrir com todas as brincadeiras e mimos.

Ao Gonçalo Rodrigues, namorado da mana, pela paciência, chocolates e gomas sempre que me refugio em vossa casa.

À Sara Domingos que mesmo longe não deixa de se preocupar e de me apoiar.

À Rita Padeiro, uma amiga para todas as ocasiões.

Às minhas colegas e companheiras de almoço, Filipa Almeida, Catarina Fortes, Cristina Serras, Catarina Anastácio, Mariana Rodrigues, Vera Lopes e Filipa Rodrigues, por manterem a minha sanidade. Sem vocês estes meses teriam sido muito mais complicados.



### **Lista de Abreviaturas**

**ABA:** *Applied Behaviour Analysis*

**ABC:** *Assessment of Concerning Behaviour Scale (ABC)*

**ASA:** *Autism Society of America*

**DSM:** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

**M-CHAT:** *Modified Checklist for Autism in Toddlers*

**PECS:** *Picture Exchange Communication System*

**SCAC:** *Seattle Children's Autism Center*

**STAT:** *Screening Tool for Autism in Toddlers & Young Children*

**TEACCH:** *Treatment and Education of Autistic and Communication related  
handicapped Children*



## Resumo

O Transtorno do Espectro do Autismo é uma desordem do desenvolvimento que se caracteriza por uma tríade de défices na reciprocidade social, incapacidade de comunicação e padrões de comportamento restritos e repetitivos.

Está descrito no DSM-V, onde se insere nas Desordens do Neurodesenvolvimento e engloba os diagnósticos de Síndrome do Autismo, Síndrome de Asperger e Desordem Difusa Não Específica do Desenvolvimento.

Surge tipicamente durante os primeiros três anos de vida, não tem cura, afeta mais o género masculino numa proporção de 4:1 e a sua etiologia permanece desconhecida embora fatores genéticos e ambientais sejam apontados como possíveis causas.

O diagnóstico é feito com base em critérios específicos, testes e análise clínica.

As crianças autistas apresentam inúmeros desafios relacionados com a consulta de Medicina Dentária, não só pela amplitude de comportamentos que apresentam mas também porque a consulta representa uma situação de stress para os mesmos.

É comum apresentarem uma higiene oral deficiente, o que resulta num maior aparecimento de cáries, gengivites e periodontites. A criança autista tem ainda maior tendência para o bruxismo e para problemas ortodônticos.

Existem inúmeros métodos de controlo de comportamento que podem ser aplicados e que têm vindo a ser desenvolvidos ao longo do tempo. Entre eles o *Tell-Show-Do*, reforço positivo e o TEACCH que recorre a visualização utilizando imagens em livros e cartões, vídeos e histórias sociais.

O papel dos pais é de extrema importância pois são o elo de ligação entre a criança e o Médico Dentista, fornecem informação sobre os filhos que pode auxiliar no controlo de comportamento durante a consulta e são os responsáveis pela manutenção de uma boa saúde oral destas crianças quando motivados para tal.

É essencial que os Médicos Dentistas estejam cientes do que este Transtorno representa e que as clínicas estejam adaptadas a estas crianças.

Palavras-chave: Autismo, Odontopediatria, Desafios, Controlo de Comportamento



### **Abstract**

The Autism Spectrum Disorder is a developmental disorder characterized by a triad of deficits in social reciprocity, impairments in social skills and restrictive and repetitive behaviour standards.

It is described in DSM-V under neurodevelopment disorders and includes the Autism Syndrome, Asperger Syndrome and Pervasive Neurodevelopment Disorder Not Otherwise Specified.

It commonly appears during the first three years of life, it affects the male gender more than the feminine in a 4:1 proportion and it's etymology is still unknown although genetic and environmental factors might be involved.

The diagnosis is based on specific criteria, tests and clinical observation.

Autistic children exhibit a number of challenges related to dental appointments, not only for the wide range of behaviour but also because the dental appointment represents a stressful situation for them.

Parents role is highly important for they are the link between the child and the Dentist, giving information about their children that is crucial for behaviour control methods during dental procedures. They are also the main responsible for maintaining a good oral health care for their children, once they are motivated.

It is imperative for Dentists to be aware of what this Syndrome represents and dental clinics must be adapted to receive these children.

Key words: Autism, Paediatrics, Challenges, Dentistry, Behaviour Control Methods



## Índice

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	iii
Lista de Abreviaturas.....	v
Resumo.....	vii
Abstract.....	ix
Introdução.....	1
Objetivo.....	9
Materiais e Métodos.....	9
Desafios em Medicina Dentária.....	10
A importância dos pais e cuidadores nas diferentes fases do tratamento.....	15
Métodos de Controlo de Comportamento.....	17
Discussão.....	24
Conclusão.....	27
Bibliografia.....	I
Anexos.....	VI



## Introdução

O termo Autismo deriva da palavra grega *autus* e foi introduzido no início do século XX por Eugene Bleuler para definir o distúrbio de pensamento relacionado com a Esquizofrenia (Oliveira e col., 2007).

Em 1943, o psicólogo americano Leo Kanner, descreveu pela primeira vez o Autismo ao apresentar 11 crianças cujo comportamento era diferente das outras. Ele suspeitou que se tratasse de uma característica inata que impedia estas crianças de desenvolverem apetências sociais e publicou a obra “Distúrbios Autísticos do Contacto Afetivo”. Por esta razão, esta desordem é também referenciada como Autismo da Infância ou Autismo de Kanner (J e col.,2014). As crianças avaliadas focavam a sua atenção em objetos inertes, não reparando na entrada e saída de pessoas no espaço em que se encontravam (Evans, 2013).

Em 1944, o psiquiatra austríaco Hans Asperger, considerado um dos pioneiros do Autismo, observou o mesmo tipo de perturbações em crianças com maior capacidade de comunicação verbal e social, escrevendo o artigo intitulado “A Psicopatia Autista na Infância” que viria a ser publicado um ano depois. É a ele que se deve o nome do Síndrome de Asperger.

Em 1975, Rutter, Bartak e Cox publicaram o “*Comparative Study of Infantile Autism and Specific Developmental Receptive Language Disorder*” no *British Journal of Psychiatry*, onde concluíram que as crianças autistas manifestam formas particulares de comunicação verbal como ecolalia, pronomes reversos, expressões estereotipadas e linguagem metafórica (Evans, 2013).

A *Autism Society of America (ASA)* define o Autismo como uma desordem do desenvolvimento que surge, tipicamente, durante os três primeiros anos de vida resultando de uma alteração neurológica que afeta o funcionamento normal do cérebro com impacto ao nível das áreas da interação social e das capacidades de comunicação (J e col.,2014). Está presente ao longo da vida e não tem cura (El Khatib e col., 2014; J e col.,2014; Rutter, 2005), sendo mais comum no género masculino, numa proporção de 4:1 (El Khatib e col., 2014).

Caracteriza-se por uma tríade de défices na reciprocidade social, incapacidade de comunicação e padrões de comportamento restritos e repetitivos (Cagetti e col., 2015).

É no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd ed* (DSM-III, 1980) que o Autismo é reconhecido pela primeira vez como uma entidade individual, pertencendo aos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento que englobam quatro categorias. São elas o Autismo Infantil, a Desordem Invasiva da Infância, o Autismo Residual e uma forma Atípica (Evans, 2013).

Desde então, esta classificação tem vindo a ser alterada. Mais recentemente, no DSM-V publicado em 2013, foi inserido nas Desordens do Neurodesenvolvimento e, de modo a minimizar o risco de sobreposição de diagnósticos, passou a designar-se por Transtorno do Espetro do Autismo, o qual abarca uma maior amplitude de manifestações e diferentes graus de afetação. Este inclui os diagnósticos de Síndrome do Autismo, o Síndrome de Asperger e a Desordem Difusa Não Específica do Desenvolvimento (Gandhi e Klein, 2014; Mackenzie, Abraham e Goebel, 2013). O termo Espetro deve-se à amplitude das manifestações que este transtorno apresenta, dependendo da severidade da condição autista, do nível de desenvolvimento intelectual e social e da idade cronológica do indivíduo.

O Síndrome do Autismo representa a forma mais pura e severa desta condição, onde está presente uma incapacidade intelectual com uma grande dificuldade a nível comportamental e social.

O Síndrome de Asperger constitui uma forma mais leve do autismo onde já não existem problemas com a linguagem ou qualquer incapacidade intelectual, demonstrando no entanto uma falta de empatia, baixa capacidade para desenvolver amizades, foco de interesse só em determinados assuntos e movimentos descoordenados.

A Desordem Difusa Não Específica do Desenvolvimento ou o “Autismo Atípico”, onde se inserem as pessoas que apresentam algumas características do Síndrome do Autismo e de Asperger mas que não se incluem nos critérios do diagnóstico específico (J e col.,2014).

As desordens do neurodesenvolvimento estão descritas como um grupo de condições que se inicia durante o período de desenvolvimento. Manifestam-se cedo,

normalmente antes da criança atingir a idade escolar e caracterizam-se por um défice do desenvolvimento que causa prejuízo a nível social, pessoal, académico e funcional (DSM-V, 2013).

A etiologia do Transtorno do Espetro do Autismo é desconhecida, no entanto, presume-se que inclui fatores genéticos e ambientais (Delli e col., 2013), embora, em alguns pacientes, se detetem alterações estruturais e funcionais no sistema límbico (Limeres-Posse e col., 2014).

Foi ainda descrita a hipo-ativação de determinadas áreas do cérebro que estão relacionadas com a integração motora. Por atingir, preferencialmente o género masculino, sugere-se uma alteração ao nível do cromossoma Y. Baron-Cohen e col. (2011) atribuíram este facto ao elevado nível fetal de testosterona que afeta, potencialmente, genes e cromossomas (Al-Maweri e col., 2014).

Estudos recentes indicam que parâmetros como o gene CNTNAP2, defeitos mitocondriais, desregulação da citosina, concentrações altas de androgénios intrauterinos e uma idade materna avançada poderão estar envolvidos na fisiopatologia deste Síndrome (Delli e col., 2013).

Fatores ambientais durante o primeiro trimestre de gestação como a nutrição, drogas psicotrópicas, doença autoimune materna, infeção viral e ainda o *stress* psicológico, podem estar implicados em desordens neurológicas como o Transtorno do Espetro do Autismo (Gandhi e Klein, 2014).

Assim, considerando a sua natureza complexa, é improvável que exista uma única etiologia (Stein e col., 2014).

Estudos efetuados em gémeos demonstraram que a suscetibilidade genética para o autismo se estende muito além do sugerido pelo conceito tradicional de diagnóstico e ainda que, entre os gémeos monozigóticos, ambos autistas, o grau de desenvolvimento cognitivo pode ser diferente entre eles (Rutter, 2005).

O Autismo é diagnosticado numa análise clínica com base em critérios de comportamento específicos que incluem inabilidade para interagir e comunicar socialmente e a existência de padrões repetitivos e restritos no que respeita a interesses e atividades e, ainda pela presença de características individuais (J e col., 2014; Stein e col., 2014; DSM-V, 2013).

Este processo recorre a *specifiers*, os quais consistem em características individuais, que incluem, entre outros, dificuldades no relacionamento social, condição

médica prévia, a presença de outra desordem do desenvolvimento que possa estar associada, idade e severidade (DSM-V, 2013).

O DSM-V (2013) descreve os critérios de diagnóstico dividindo-os em cinco grupos, de acordo com as características do indivíduo.

O Grupo A dos défices persistentes na comunicação social e na interação em múltiplos contextos, que se manifestam pela dificuldade na reciprocidade sócio emocional, problemas na comunicação e em comportamentos não verbais relacionados com a interação social, défices no desenvolvimento e manutenção e compreensão das relações. Alguns exemplos são a incapacidade para manter a fluidez de uma conversa, a impossibilidade de estabelecer o contacto olhando nos olhos, a falta de expressões faciais, a dificuldade em estabelecer relações de amizade e desinteresse pelas pessoas que o rodeiam.

O Grupo B dos padrões de comportamento repetitivos, interesses e atividades restritos que se manifestam por, pelo menos, duas das seguintes características: movimentos motores repetitivos ou estereotipados, recorrer sempre aos mesmos objetos e ao mesmo discurso, insistência em rotinas e inflexibilidade das mesmas, fixação demasiado intensa em determinadas situações que fogem ao normal, hiperatividade e híper reatividade em relação às características do ambiente que os rodeia.

O Grupo C que refere a existência de sintomas no período inicial do desenvolvimento.

O Grupo D onde os sintomas apresentados causam uma dificuldade significativa na interação social e ocupacional, bem como em outras áreas funcionais.

O Grupo E que corresponde às desabilidades intelectuais que ocorrem em simultâneo com o Transtorno do Espectro do Autismo.

Os indivíduos que apresentem défices marcados ao nível da comunicação social mas que não apresentem outros sintomas que se incluam nos critérios para o autismo, devem ser avaliados para a desordem de comunicação.

Uma primeira abordagem inicia-se durante uma consulta pediátrica de rotina, a fim de avaliar se a criança está a assimilar as capacidades básicas para a sua faixa etária, nas idades dos 9 meses, 18 meses e durante o período compreendido entre os 24 e os 30 meses. Contudo, para confirmar uma suspeita de autismo, as idades ideais são os 18 meses e os 24 meses.

Foram desenvolvidos testes específicos para a detecção precoce do autismo tais como o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) (Anexo 1) e no *Screening Tool for Autism in Toddlers & Young Children* (STAT):

O M-CHAT consiste num questionário, a ser preenchido pelos pais das crianças com idades compreendidas entre os 16 e os 30 meses.

É atribuída uma pontuação às respostas para, com base no algoritmo criado, definir o nível de risco que a criança apresenta de ser diagnosticada com o Transtorno do Espectro do Autismo.

A classificação permite três níveis de risco:

**Baixo risco:** Pontuação total de 0-2; se a criança tiver até 24 meses de idade, fazer nova avaliação após o segundo aniversário, não sendo necessária qualquer outra medida.

**Risco moderado:** Pontuação total de 3-7; Administrar o questionário de seguimento (segunda etapa do M-CHAT-R/F) para obter informação adicional acerca das respostas do componente “em risco”.

Caso a pontuação se mantenha em 2 ou mais, considera-se que a criança tem avaliação positiva, sendo referenciada para diagnóstico do Transtorno do Autismo, avaliação e intervenção precoce por especialistas. Se a pontuação for inferior a 1, o resultado do teste é negativo, não sendo necessária qualquer intervenção, para além da marcação de uma nova consulta para controlo.

**Alto risco:** Pontuação total de 8-20; Não é necessário o questionário de seguimento. A criança é imediatamente referenciada para o diagnóstico do Transtorno do Autismo para avaliação e intervenção precoce por especialistas.

O STAT é uma medida interativa, destinado a crianças entre os 24 e os 30 meses de idade, que consiste em 12 itens que avaliam as capacidades de comunicação e de comportamento e com uma duração de 20 minutos. Quando administrado, permite o rastreio de crianças com características do Espectro do Autismo, possibilitando uma intervenção precoce.

Posteriormente é necessária uma análise detalhada do comportamento e desenvolvimento da criança, entrevistas com os pais, testes de audição e de visão e ainda testes genéticos e exames neurológicos.

Algumas crianças apresentam ainda fases estacionárias ou regressões, que ocorrem durante os primeiros dois anos de vida, com uma deterioração que pode ser gradual ou rápida no comportamento social e no uso de linguagem. Esta perda é considerada um sinal de alerta para o Transtorno do Espectro do Autismo (Gandhi e Klein, 2014; DSM-V, 2013).

Os primeiros sintomas apresentados são, com maior frequência, o desenvolvimento tardio da linguagem, aliado à falta de interesse demonstrado pelas interações sociais, comportamentos diferentes na forma como brinca e padrões pouco usuais de comunicação (DSM-V, 2013).

O diagnóstico precoce apresenta inúmeras vantagens quer para a família, quer para a criança uma vez que facilita a procura de informação atempada no que diz respeito a instituições de ensino especializadas, à identificação do nível de desenvolvimento e das condições psiquiátricas e o rápido acesso às intervenções possíveis para melhorar o comportamento e a comunicação (J e col., 2014).

Existem três níveis de severidade quanto à dependência de outros. Assim, do primeiro para o terceiro nível, temos o paciente que precisa de ajuda, o que necessita de cuidados substanciais e, por último, os que requerem cuidados muito substanciais (Gandhi e Klein, 2014).

Fisicamente são crianças como as outras, mas que apresentam reações extremas à invasão do espaço pessoal e são incapazes de iniciar ou manter uma conversa ou responder a questões. Podem existir ainda sintomas neurológicos não específicos como a falta de coordenação motora, desenvolvimento tardio do domínio das mãos e um tónus muscular pouco desenvolvido (El Khatib e col., 2014; Friedlander e col., 2006; Weddell, Sanders e Jones, 2004).

Por norma apresentam resistência a todos os rituais que lhes são estranhos, sendo comum as restrições excessivas em relação a alimentos, devido ao sabor, cheiro e textura dos mesmos (DSM-V, 2013).

Os défices verbais têm inúmeras manifestações, dependendo da idade do indivíduo, nível intelectual e habilidade linguística. Uma das características destes doentes é o facto de entenderem as coisas de forma literal (DSM-V, 2013).

O diagnóstico diferencial do Transtorno do Espectro do Autismo é feito com o Síndrome de Rett e o Mutismo Seletivo.

O primeiro difere do Autismo por apresentar uma incidência maior no gênero feminino e, porque as crianças com este Síndrome revelam, entre as idades de um e quatro anos, uma melhoria nas capacidades de comunicação.

O segundo porque, por norma, a criança afetada exhibe comportamentos ditos normais em determinados contextos (DSM-V, 2013).

Estudos revelam que as crianças com o Espetro do Autismo têm uma higiene oral pior quando comparadas com as crianças sem qualquer tipo de déficit cognitivo (El Khatib e col., 2014; Limeres-Posse e col., 2014). As principais razões apontadas para este facto são destreza reduzida, capacidades de aprendizagem diminuídas, problemas sensoriais, deficiências nutricionais, maior afinidade para doces e hábitos de refeição atípicos (Mohinderpal Chadha e col., 2012). Porém, entre aquelas que apresentam défices cognitivos, as crianças com o espectro do autismo são as que apresentam melhor higiene oral (Gace, Kelmendi e Fusha, 2014).

As famílias destas crianças estão, regra geral, assoberbadas por ser necessária supervisão constante nas tarefas básicas como a higiene diária, alimentação, entre outros cuidados, apresentando uma dificuldade em seguir as instruções para uma higiene oral adequada (El Khatib e col., 2014).

As crianças autistas que não se encontrem num ambiente estável, que apresentem limitações ao nível da função cognitiva, comunicação, comportamento, capacidades sociais e dificuldade em fazer amizades, têm uma maior probabilidade de necessitar de tratamentos dentários (McKinney e col., 2014). A criança autista tem, tipicamente, limitações ao nível sensorial e de comportamento que podem dificultar a realização de tratamentos dentários (Cermak e col., 2015; McKinney e col., 2014; Stein e col., 2014). De notar que, qualquer alteração na rotina destas crianças pode provocar uma reação negativa e uma atitude de resistência (Limeres-Posse e col., 2014).

As consultas dentárias tornam-se um desafio pelo facto destas crianças serem mais sensíveis aos sons altos e não usuais, à intensidade da luz, a cheiros diferentes e à presença de instrumentos na cavidade oral (Cermak e col., 2015; McKinney e col., 2014).

Os pediatras, bem como aqueles que acompanham estas crianças diariamente, têm um papel de extrema importância na sua referenciação aos diferentes profissionais de saúde. O conhecimento dos fatores que influenciam a necessidade, bem como a

dificuldade do tratamento dentário pode ser uma ajuda preciosa para que os profissionais de saúde possam identificar estes pacientes e encaminhá-los para médicos dentistas que possuam a experiência necessária para os cuidados dos mesmos (McKinney e col., 2014).

Sempre que possível deve consultar-se um psiquiatra ou psicólogo, que possua experiência com crianças com o Transtorno do Espectro do Autismo, uma vez que o seu conhecimento pode ser útil no planeamento do tratamento e na resolução uma crise aguda de comportamento, caso ela ocorra (Mackenzie, Abraham e Goebel, 2013).

Em 2007, a ONU instituiu o dia 2 de Abril como o “Dia Mundial da Consciencialização do Autismo”, por forma a despertar o interesse da sociedade para este Transtorno.

A Federação Portuguesa de Autismo é, em Portugal, a entidade que lida com a defesa dos direitos destes pacientes. Existem ainda, associações federadas em diversos pontos do País.

Em Portugal, estima-se que o Autismo afete cerca de 0,6% no Norte, 1,25% no Centro, 1,23% em Lisboa e Vale do Tejo, 0,7% no Alentejo e 0,24% no Algarve das crianças em idade escolar (Oliveira e col., 2007).

## **Objetivo**

Este trabalho é uma revisão narrativa sobre o tratamento de pacientes com o Transtorno do Espectro do Autismo no âmbito da Odontopediatria, com ênfase na abordagem na consulta de Medicina Dentária e nos cuidados da saúde oral.

## **Materiais e Métodos**

No âmbito desta dissertação, foi realizada uma pesquisa, anterior a 30 de Maio de 2016 nas bases de dados da *Pubmed* ([www.pubmed.com](http://www.pubmed.com)) e *B-on* ([www.b-on.pt](http://www.b-on.pt)) com as palavras-chave “*autism*”, “*oral health*”, “*pediatrics*”, “*children*”, “*dentistry*”, “*dental treatment*” e “*challenges*”.

Adicionalmente, foram incluídos artigos pesquisados manualmente por serem artigos primários referenciados em bibliografia resultante da pesquisa efetuada e obtidos os textos disponíveis na biblioteca da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

### **Desafios em Medicina Dentária**

A criança autista representa um desafio ao tratamento dentário uma vez que não existe nenhum perfil de comportamento específico que permita antecipar a atitude destes pacientes ao longo da consulta (Cermak e col., 2015; Limeres-Posse e col., 2014; McKinney e col., 2014; Stein e col., 2014).

As reações adversas podem dever-se à frustração provocada pela alteração na rotina, por estarem num ambiente fora do habitual, medo e ansiedade. Este último pode ser desencadeado antes sequer da entrada no gabinete dentário (Brown, Brown e Woodburn, 2014; Gandhi e Klein, 2014; J e col.,2014; Stein e col., 2014).

As dificuldades de comunicação estão diretamente relacionadas com a falta de cooperação. Assim, quanto mais difícil for a comunicação, menor será a cooperação (J e col.,2014; Stein e col., 2014).

Outros comportamentos como hiperatividade, rápida frustração, baixa taxa de atenção, impulsividade, agitação, agressividade, lesões auto-infligidas e até birras, dificultam largamente a prestação de serviços por parte do Médico Dentista (El Khatib e col., 2014; J e col.,2014; Limeres-Posse e col., 2014; Stein e col., 2014; Lai e col., 2012; Friedlander e col., 2006;).

Em acréscimo, as atitudes repetitivas, imprevisíveis e os movimentos impulsivos são também uma fonte de preocupação pois colocam em risco de acidente o paciente e a equipa de profissionais que está a realizar o tratamento (Stein e col., 2014).

Os pais desempenham um importante papel no estabelecimento de uma relação de confiança entre o paciente autista e o médico dentista, assegurando ainda que estas crianças recebem o tratamento dentário adequado às suas necessidades (McKinney e col., 2014).

É essencial obter a história médica através dos cuidadores, abrangendo a medicação passada e presente, reações adversas a medicamentos e informações sobre o comportamento que a criança apresentou anteriormente em situações de elevada ansiedade (Mackenzie, Abraham e Goebel, 2013)

Os pais e cuidadores são fontes valiosas na identificação de formas de comunicar com os seus filhos, podendo auxiliar o Odontopediatra a interpretar as atitudes dos mesmos (Mackenzie, Abraham e Goebel, 2013).

Uma consulta prévia com os pais/cuidadores para avaliação do comportamento da criança é sugerido, com o intuito de reunir o máximo de informação possível relativamente às rotinas e receios da criança. Nessa visita, o dentista pode organizar uma preparação que inclui a familiarização com os instrumentos dentários, o ensinamento de ordens verbais utilizadas na consulta, como “mãos para baixo” e “olhe para mim” (Limeres-Posse e col., 2014; Delli e col., 2013; Klein e Nowak, 1998) e, ainda mostrar imagens da clínica de modo a que a criança se familiarize com o espaço. Este último procedimento baseia-se no facto destas crianças reagirem melhor a imagens quando comparadas com palavras (Delli e col., 2013).

Caso esta primeira abordagem seja realizada em casa, deve fazer-se com duas pessoas, pois enquanto uma interage com os pais, a outra fica disponível para a criança (Cermak e col., 2015).

De acordo com a escala de Frankl a criança autista apresenta maior tendência para se comportar de uma forma negativa ou definitivamente negativa durante a consulta de Medicina Dentária (El Khatib e col., 2014). No entanto, as atitudes destes pacientes podem variar entre a total colaboração e a impossibilidade de realizar sequer uma observação oral (Limeres-Posse e col., 2014).

No contexto clínico, estas crianças apresentam comportamentos desafiantes e difíceis de ultrapassar como a hiperatividade, hipersensibilidade sensorial e comportamentos de auto mutilação (Gandhi e Klein, 2014).

A Hiperatividade é comum à maioria dos pacientes autistas e manifesta-se pela incapacidade de estar quieto no mesmo sítio, andando pelo consultório e podendo culminar numa tentativa de fuga (Gandhi e Klein, 2014).

A Hipersensibilidade sensorial relaciona-se com as respostas defensivas que estas crianças apresentam quando se encontram num ambiente diferente e estéril. Muitas vezes, estes pacientes reagem com comportamentos repetitivos os quais, de alguma forma os acalma e alivia como, por exemplo, torcer as mãos, bater nos braços e emitir barulhos estranhos (Gandhi e Klein, 2014).

A região oral e perioral são áreas de grande sensibilidade e ao mínimo toque pode provocar uma reação (Delli e col., 2013). O reconhecimento atempado do estímulo nocivo e a sua eliminação é desejável. Tentar inibir este tipo de comportamento pode ter um efeito contrário ao desejado, não reduzindo a ansiedade (Gandhi e Klein, 2014).

A auto mutilação é dos comportamentos mais desafiantes que apresentam e representa um mecanismo de defesa na impossibilidade de comunicar com o médico dentista (Gandhi e Klein, 2014). Tal comportamento causa, geralmente, lesões ao nível da cabeça, pescoço e boca (Vajawat e Deepika, 2012). Quando associado à epilepsia, é esperado que estes pacientes apresentem lesões traumáticas na cavidade oral e maior número de traumatismos dentários (Bellis e Westgarth, 2015; Gandhi e Klein, 2014).

A higiene oral é deficiente devido à falta de destreza de alguns pacientes, do sabor e da textura da pasta de dentes que muitos consideram desagradável e ainda, pela possibilidade de se engasgarem com a escova de dentes. Como consequência, a escovagem inadequada favorece a retenção de placa bacteriana e o desenvolvimento de lesões de cárie e patologias periodontais que associados problemas ortodônticos são os mais comuns na criança autista (El Khatib e col., 2014; Gandhi e Klein, 2014; Vajawat e Deepika, 2012).

A escovagem dentária, quando supervisionada pelos pais, é mais eficiente, sendo fundamental que os pais estejam motivados para tal (El Khatib e col., 2014; Delli e col., 2013; Mohinderpal Chadha e col., 2012; Lowe e Lindemann, 1985).

Murshid e col. (2014) preconizaram que a criança autista tem preferência por alimentos moles e doces e que tende a manter a comida dentro da boca, ao invés de a deglutir, aumentando assim o risco de cárie. Além disso, o facto da medicação ser dada sob a forma de xaropes açucarados não deve ser negligenciado (Al-Maweri e col., 2014).

Certos hábitos podem comprometer largamente a saúde oral destas crianças uma vez que tendem a apresentar bruxismo, lesões auto-infligidas, mordeduras nos lábios, sucção da língua e mastigação de objetos como gravilha, filtros de cigarro e canetas (El Khatib e col., 2014; 5.4; Jaber, 2011).

A presença de efeitos adversos na cavidade oral relacionada com medicação está descrita na literatura, particularmente a hipossalivação, úlceras orais, atraso na cicatrização, aumento gengival, sialorreia, sialodenite, estomatite, edema e descoloração da língua (Vajawat e col., 2015; Limeres-Posse e col., 2014; Delli e col., 2013).

O tratamento farmacológico a que estes pacientes estão submetidos não tem qualquer efeito na capacidade de comunicação ou socialização. A terapêutica utilizada é

para controlo dos sintomas associados ao Síndrome do Autismo como a epilepsia, ansiedade ou a irritabilidade (Limeres-Posse e col., 2014). Os fármacos mais utilizados são a Risperidona, Olanzapina, Fluoxetina, Sertralina, Carbamazepina, Ácido Valpróico, Clonidina e o Metilfenidato (Limeres-Posse e col., 2014; Nazeer, 2011; Barbaresi, Katusic e Voigt, 2006).

Sabe-se que estas crianças apresentam níveis de ansiedade mais elevados demonstrando comportamentos considerados negativos quando confrontadas com o ambiente de trabalho do Médico Dentista como as luzes, o cheiro e o sabor dos produtos dentários e ainda à presença de instrumentos dentro da cavidade oral. Estes factos, aliados ao pouco conhecimento que a grande maioria dos Médicos Dentistas apresenta sobre como superar as características de comportamento apresentadas por estes pacientes, à falta de recursos financeiros para criar um ambiente adequado para estas crianças e ainda às limitações de tempo na consulta e no acesso ao tratamento por parte destes pacientes, dificultam o serviço dentário prestado a estas crianças (Cermak e col., 2015; El Khatib e col., 2014; Limeres-Posse e col., 2014; McKinney e col., 2014; Purohit, Acharya e Bhat, 2010).

Algumas estratégias podem tornar o ambiente mais confortável e serem úteis para reduzir os níveis de ansiedade durante a consulta como reduzir a intensidade da luz, a criança usar óculos escuros e ouvir uma música relaxante, colocada com ou sem auriculares. Os pais podem trazer o CD preferido da criança (Gandhi e Klein, 2014; Stein e col., 2014; Delli e col., 2013).

Por apresentarem comportamentos imprevisíveis, a estratégia que resulta para um paciente pode ser ineficaz para outro, não existindo uma técnica de controlo de comportamento única que prove ser eficaz para todos (J e col., 2014; Limeres-Posse e col., 2014).

No decorrer da consulta, o corpo clínico deve estar atento para identificar qualquer parâmetro que possa ser considerado *trigger point* de desvio comportamental (Delli e col., 2013).

A atitude destas crianças parece ser o maior obstáculo nos tratamentos dentários podendo ser necessário recorrer a técnicas de comportamento avançadas como imobilização e o uso de métodos farmacológicos (Stein e col., 2014). A sedação consciente não é eficaz por ser necessária a colaboração da criança (Delli e col., 2013).

Deve avaliar-se ainda se o tratamento pode ser efetuado num gabinete de medicina dentária ou se terá de ser efetuado sob anestesia geral (Stein e col., 2014).

Dada a sintomatologia multifatorial deste Síndrome, é necessário que o Médico Dentista altere a sua abordagem de paciente para paciente, de acordo com as características que cada criança apresenta (Delli e col., 2013).

### **A importância dos pais e cuidadores nas diferentes fases do tratamento**

Os pais e cuidadores são, normalmente, o elo de ligação entre o paciente autista e o Médico Dentista (McKinney e col., 2014). Pais que sejam ouvidos, que acreditem que os seus conselhos sobre “como lidar com o seu filho” estão a ser levados em conta e, que sintam que existe uma preocupação, por parte do profissional, de se adaptar às necessidades da criança, vão estar mais disponíveis para auxiliar durante a consulta (Brown, Brown e Woodburn, 2014). As informações que fornecem sobre as crianças são preciosas como, por exemplo, os gostos particulares, se a criança sabe ler e expressar-se, qual o nível de desenvolvimento em que se encontra e quais as tarefas que a mesma consegue desempenhar sozinha, que podem ajudar no controlo comportamental (Gandhi e Klein, 2014).

Uma vez diagnosticado o Autismo, o contato imediato com os pais é soberano para promover uma boa saúde oral, dado que uma introdução atempada aos cuidados dentários prepara estas crianças para uma boa higiene oral desde cedo (El Khatib e col., 2014; Murshid, 2015).

Os pais, em conjunto com o Médico Dentista, podem adotar estratégias durante a consulta que ajudem a criança a relaxar e colaborar (Brown, Brown e Woodburn, 2014), pois reconhecem os sinais de mau comportamento dos seus filhos que impeça a realização do tratamento dentário (El Khatib e col., 2014; Lai e col., 2012). Por esta razão, são também mais recetivos ao uso de restrição física (Gandhi e Klein, 2014).

Um estudo efetuado no *Seattle Children's Autism Center* (SCAC) focou-se num grupo de pais de crianças autistas, para entender melhor quais as dificuldades que as mesmas enfrentam em relação ao cuidado dentário e à higiene oral. Foram identificados três temas abrangentes inter-relacionados, sendo eles, a existência de uma variabilidade nas dificuldades apresentada nos cuidados orais e na sua resolução, o facto de os pais preferirem um maior número de tratamentos dentários por consulta para as seus filhos e ainda, um tratamento dentário personalizado, adaptado às características únicas que os seus filhos apresentam (Lewis e col., 2015).

Em relação à variabilidade apresentada a nível das dificuldades, sabe-se que diferentes fatores afetam o cuidado oral destes pacientes. Os pais descrevem a dificuldade que algumas crianças apresentam na escovagem dentária devido à sua aversão em colocar a escova na boca, bem como o facto de, com todas as dificuldades

inerentes ao dia-a-dia de um autista, a higiene oral não ser uma das suas prioridades (Lewis e col., 2015).

No que respeita à necessidade de um tratamento dentário mais extenso, muitos pais reportam a sua preocupação de que o tratamento dentário seja traumático para o seu filho autista e a sua frustração relacionada com o fato de serem realizados tão poucos tratamentos em cada consulta. Apesar de saberem os riscos, há pais que acreditam que um tratamento sob anestesia geral é menos traumático (Lewis e col., 2015).

Quanto à personalização dos tratamentos, os pais reportaram que não existe uma forma universal de realizar tratamentos nos seus filhos referindo a importância de participarem nas tomadas de decisões quanto ao plano de tratamento e ao método de controlo do comportamento da criança (Lewis e col., 2015).

Num estudo efetuado no Hospital de San Paolo, a colaboração por parte dos pais foi considerada essencial para a realização do protocolo, dando relevância à importância destes para promover as alterações de comportamentos nos seus filhos, incluindo hábitos de higiene oral (Cagetti e col., 2015).

Os pais manifestam ainda algumas reservas em relação ao uso de pasta fluoretada e a determinados materiais de restauração dentária, em particular a amálgama por apresentar mercúrio na sua composição (Gandhi e Klein, 2014).

As preocupações em relação ao uso de pasta fluoretada prendem-se com o facto de estas crianças poderem engolir a pasta ao invés de a cuspirem, aumentando o receio dos pais sobre o potencial efeito neurotóxico atribuído ao flúor (Gandhi e Klein, 2014).

Ainda em relação à pasta de dentes, estas crianças são extremamente sensíveis a sabores diferentes. Os pais/cuidadores podem experimentar as diferentes pastas, selecionando a que é mais tolerada pela criança (Delli e col., 2013).

A introdução de objetos de higiene oral, como a escova e a pasta, deve ser feita de forma gradual. Estas crianças podem estar mais recetivas a escovas com um *design* e textura diferentes e uma escova elétrica pode tornar-se útil (Delli e col., 2013). De facto, parece existir uma melhor tolerância à escova elétrica devido à sua vibração e, com o passar do tempo, as crianças começaram a desenvolver alguma autonomia ao nível da higiene oral (Lewis e col., 2015).

## Métodos de Controlo de Comportamento

Os métodos de controlo básico de comportamento são muito úteis em Odontopediatria. Estes incluem a presença dos pais durante a consulta, o recurso a técnicas de *Tell-Show-Do*, frases curtas, reforço verbal diferenciado (Delli e col., 2013), métodos de distração (Gandhi e Klein, 2014) e ainda o recurso a Makaton (Anexo 2) (Bellis e Westgarth, 2015).

Em relação a técnicas de comunicação:

A técnica *Tell-Show-Do* tem demonstrado ser pouco eficaz em pacientes autistas devido às limitações que apresentam ao nível da concentração (Limeres-Posse e col., 2014; Hernandez e Ikkanda, 2011).

Os métodos de comunicação verbais acompanhados de expressões faciais embora muito usados na população infantil, mostram ser pouco eficazes na criança autista dada a sua dificuldade em interpretar a linguagem usada, bem como expressões faciais (Limeres-Posse e col., 2014). Frases usadas na prática clínica diária como “sobe para a cadeira”, podem ter consequências desastrosas devido à falta de perceção destas crianças, o que as torna demasiado literais (Bellis e Westgarth, 2015). No entanto, é uma técnica útil desde que as ordens sejam dadas de forma clara e concisa, utilizando frases curtas e uma linguagem perceptível para a criança (Limeres-Posse e col., 2014).

A *Applied Behaviour Analysis* (ABA) é o ramo da Psicologia que, através da análise da relação entre o comportamento e o meio onde o indivíduo se insere, modifica comportamentos de forma a atingir os resultados desejados (Delli e col., 2013).

O ABA, aplicado em Medicina Dentária, permite desenvolver novas abordagens em relação a estas crianças a fim de promover e favorecer os cuidados orais. Com recurso à ABA, estes pacientes podem ser ensinados, por exemplo, a sentarem-se na cadeira do dentista sozinhos (Cuvo e col., 2010; Delli e col., 2013).

No que respeita a técnicas de modificação de comportamento, a Dessensibilização consiste num primeiro contacto com o ambiente de um consultório de Medicina Dentária sem que seja efetuado qualquer tipo de tratamento (Limeres-Posse e col., 2014). Este processo é iniciado pedindo informações aos pais sobre o tipo de reforço positivo que resulta para o seu filho. Em seguida, ensaia-se com a criança os passos que correspondem à observação dentária, sempre aliado ao reforço positivo. Esta

simulação pode ser realizada com o terapeuta que acompanha a criança e idealmente, é seguida de uma consulta dentária. A sua utilização traz benefícios na cooperação da criança. Contudo, o processo exige muito tempo e disponibilidade de toda a equipa dentária (Gandhi e Klein, 2014).

Atualmente, uma das abordagens mais usadas é a aprendizagem visual desenvolvida no conceito pedagógico “TEACCH” (*Treatment and Education of Autistic and Communication related handicapped Children*). Este conceito é resultado de uma fusão entre a educação especial, o controlo comportamental, a terapia da fala e o treino das técnicas sociais (Limeres-Posse e col., 2014; Welterlin e col., 2012).

Esta abordagem não tradicional, aproveita o facto da criança autista responder melhor ao uso de fotografias e imagens quando comparadas com comunicação verbal e recorre a livros com imagens coloridas, a histórias sociais e a vídeos adaptados para demonstrar à criança o que deve fazer, quando e como. Pode ser combinada com as técnicas tradicionais como, por exemplo, o reforço positivo (Cagetti e col., 2015; Gandhi e Klein, 2014; Pilebro e Bäckman, 2005).

O recurso à Visualização permite que a criança aprenda, em casa, os procedimentos que serão efetuados na consulta, favorecendo a colaboração durante o tratamento dentário (Pilebro e Bäckman, 2005).

Bäckman e Pilebro (2005) conduziram um estudo em 14 pacientes autistas usando esta técnica para melhorar a escovagem dentária. Este estudo tinha como objetivo avaliar a utilização desta pedagogia como método de ensinamento da higiene oral a estas crianças, recorrendo a uma série de fotografias que descreviam, passo a passo, a escovagem.

As imagens, que foram colocadas na casa de banho ou no local onde normalmente se efetuava a higiene oral, consistiam numa demonstração sistemática da técnica (Jaber, 2011; Pilebro e Bäckman, 2005).

Aos 18 meses, três já praticavam a escovagem sem necessitarem de ajuda, quatro continuavam dependentes dos pais e, para as restantes sete, a higiene oral envolvia os pais e a criança (Pilebro e Bäckman, 2005).

Os autores concluíram que, a pedagogia visual é um método eficaz para ensinar a higiene oral a este grupo de crianças especiais, indo também de encontro à necessidade que estes pacientes apresentam no que respeita à existência de uma rotina (Pilebro e Bäckman, 2005).

Outro estudo, levado a cabo no Hospital de San Paolo em Milão, recorreu ao uso de imagens ilustrativas de cada passo necessário para efetuar quatro procedimentos. Estes incluíam o exame oral, uma sessão de higiene oral, selantes e restaurações (Cagetti e col., 2015).

O estudo contou com a colaboração de um psicólogo especializado no tratamento de crianças e adolescentes com o Transtorno do Espectro do Autismo, que apresentou as imagens às crianças e treinou com elas os procedimentos.

Cada tratamento teve duração de pelo menos trinta minutos e foram efetuados com a luz baixa, com a sucção reduzida ao mínimo e, os instrumentos dentários utilizados ao longo da consulta estavam já preparados para minimizar a confusão e evitar o barulho causado pela abertura da embalagem dos mesmos. A taxa de sucesso de cada um dos procedimentos dependeu da fluidez verbal, do nível intelectual e da cooperação de cada criança durante a examinação. Contudo, uma boa *compliance* foi verificada na maioria dos pacientes, independentemente das capacidades que cada um apresentava.

Este estudo demonstrou que, os tratamentos dentários podem ser efetuados sem que seja necessário recorrer a sedação ou a anestesia geral (Cagetti e col., 2015).

Em relação aos livros com imagens coloridas ou fotografias, Bäckman *e col.* (1999) realizaram um estudo onde mostraram um livro com imagens demonstrando uma visita ao dentista a crianças autistas em idade pré escolar. Os autores reportaram uma melhoria na cooperação das mesmas quando comparadas com as crianças que não tinham sido sujeitas a esta ferramenta de pedagogia visual.

As histórias sociais foram introduzidas por uma professora de educação especial, Carol Gray, numa tentativa de provocar algum interesse e entendimento destas crianças em temas sociais relacionados com determinadas atividades, bem como as expectativas geradas. Estas histórias são tipicamente pequenas e baseiam-se em descrições, perceções e afirmações curtas acompanhadas de pistas visuais (citado por Gandhi e Klein, 2014). São lidas à criança imediatamente antes da situação que descrevem e não são usadas para alterar o comportamento mas sim para facilitar o entendimento da criança (Elmore, Bruhn e Bobzien, 2016).

Na criança com o Transtorno do Espectro do Autismo, as histórias sociais podem ser benéficas no desempenho de tarefas como lavar as mãos, cumprimentar pessoas e partilhar brinquedos (Gandhi e Klein, 2014).

Os vídeos adaptados são uma ferramenta para pacientes com limitações auditivas e de leitura. O seu uso é restrito, embora os Odontopediatras possam encontrar vários vídeos *online*, que demonstram a escovagem e a visita ao consultório (Gandhi e Klein, 2014).

O *Picture Exchange Communication System* (PECS) representa outra das intervenções usadas na criança Autista. Baseia-se em cartões que contêm uma imagem simples, com uma frase ou palavra associadas e inclui seis fases que dizem respeito a como comunicar, distancia e persistência, diferenciação de imagens, estruturar frases, responder a questões e tecer críticas. As crianças são ensinadas a escolher o cartão que melhor se adapta ao que querem transmitir. Estes cartões concedem, não só a aprendizagem de um vocabulário mais amplo, como também a associação das palavras às imagens que as representam e ainda, como requer que a criança apresente o cartão a um indivíduo, permite que se estabeleça uma interação social (Elmore, Bruhn e Bobzien, 2016).

Em relação aos vídeos associados a imagens, Orellana e col. (2014) recorreram a uma combinação de vídeos e imagens num programa de treino de modo a conseguir um exame dentário completo em crianças com o Transtorno do Espectro do Autismo. O vídeo demonstrava um paciente a executar os diferentes passos de uma avaliação dentária, incluindo entrar na sala, sentar-se na cadeira, recostar-se e realizar intercuspidação máxima. A maioria das crianças neste programa mostrou-se cooperante durante o exame intraoral que recorreu ao uso de espelho e sonda (Elmore, Bruhn e Bobzien, 2016).

A utilização de vídeo e imagens em conjunto são a melhor opção para crianças que apresentam o nível mais severo de Autismo e que podem depender dos seus cuidadores para atividades que requerem destreza motora específica (Elmore, Bruhn e Bobzien, 2016).

Recentemente, com a evolução da tecnologia e a popularidade dos aparelhos móveis, com internet de velocidade elevada, o uso e *download* de aplicações diversas tem vindo a aumentar. O fácil acesso a estes métodos provou ser uma mais valia no que respeita à educação de crianças autistas que beneficiam da repetição de conteúdos de informação. Assim, Mintz e col. desenvolveram uma aplicação para ajudar a reduzir o *stress* e a ansiedade destas crianças em ambientes estranhos para as mesmas (citado por Elmore, Bruhn e Bobzien, 2016).

Normalmente é necessária uma combinação de várias técnicas no decorrer do tratamento (Limeres-Posse e col., 2014).

É recomendável manter uma rotina de visita ao dentista, respeitando o mesmo horário da consulta, dia da semana, equipa médica, consultório e equipamento utilizado. O tempo de espera e de tratamento deverão ser reduzidos ao mínimo necessário (Limeres-Posse e col., 2014; Gandhi e Klein, 2014).

A sala de espera causa desconforto nestes pacientes e alguns pais preferem ficar no carro à espera da consulta devido, não só à ansiedade que a espera provoca mas também por se sentirem desconfortáveis e até constrangidos pelas atitudes que os seus filhos por vezes apresentam (Lewis e col., 2015).

Em acréscimo, uma área de espera individualizada para estas crianças é uma mais valia por forma a minimizar a ansiedade causada pelo contacto com outros pacientes (Gandhi e Klein, 2014).

Debater possíveis abordagens durante a consulta deve ser evitado ao máximo e os movimentos da equipa médica devem ser reduzidos (J e col., 2014).

Recomendam-se visitas de curta duração, que reduzam, ao estritamente necessário, os estímulos sensitivos, como cheiros e barulho e o contacto físico (Limeres-Posse e col., 2014; Delli e col., 2013).

Caso o paciente apresente um comportamento inadequado, este deve ser ignorado desde o início (Limeres-Posse e col., 2014).

A aproximação da criança autista e do Médico Dentista deve ser feita de forma gradual, embora cada criança reaja de maneira diferente desconhecendo-se *à priori* quanto tempo irá demorar até se estabelecer uma relação de confiança ou de quantas consultas serão necessárias (Limeres-Posse e col., 2014).

Um objeto pessoal que o tranquilize e acalme em situações de *stress* e ansiedade deve ser permitido durante o tratamento dentário (Limeres-Posse e col., 2014).

Em relação a técnicas mais físicas, a restrição é, também, um assunto controverso (Limeres-Posse e col., 2014).

Kamen e Skier (1985) defendem que a sua utilização em pacientes autistas é desnecessária e ineficaz, no entanto, autores como Klein (1998) e Lindemann (1983) são da opinião que a restrição é benéfica pois causa um efeito calmante no paciente, podendo ser necessária para diagnóstico e tratamentos considerados urgentes (Gandhi e

Klein, 2014). Apesar da controvérsia, esta técnica é utilizada para evitar a possibilidade de agressão e automutilação por parte destes pacientes (Limeres-Posse e col., 2014).

O uso da restrição deve ser cuidadosamente pensado e planeado dado que a criança pode não responder da maneira esperada, causando lesões como pequenas nódoas negras e arranhões (Gandhi e Klein, 2014).

Apesar de todas estas técnicas serem viáveis, quando estas falham, é necessário o recurso a técnicas mais avançadas de controlo de comportamento como o uso de agentes sedantes e anestesia geral para a realização do tratamento dentário (Limeres-Posse e col., 2014).

Habitualmente as doses normais são ineficazes nestes pacientes, sugerindo-se uma combinação de um ou mais sedativos para obter os efeitos desejados. Os sedativos mais usados são o Óxido Nitroso, Diazepam e Clorohidrato de Hidroxizina. Apesar de muito utilizados, o seu sucesso é limitado, não havendo um protocolo de sedação para estes casos. Saliente-se que, no caso da sedação com Óxido Nitroso, a administração requer alguma colaboração por parte do paciente, o que pode ser difícil assegurar em pacientes autistas (Limeres-Posse e col., 2014).

A anestesia geral é o último recurso, sendo um procedimento necessário para a realização de tratamentos dentários, quando as técnicas anteriormente descritas não são eficazes (Limeres-Posse e col., 2014).

Em relação à saúde oral, qualquer que seja a abordagem, recomenda-se que estas crianças sejam examinadas por um Odontopediatra o mais cedo possível, tentando deste modo prevenir futuras complicações. No entanto, uma vez que estes pacientes apresentam múltiplas complicações ao nível da saúde geral, os seus problemas dentários podem não ser considerados prioritários por parte dos cuidadores (Murshid, 2015). Além disso, os pais tendem a evitar, com maior frequência que o desejado, levar estas crianças a consultas dentárias por terem receio dos procedimentos (Al-Maweri e col., 2014).

Devem ser feitas tentativas, por parte dos cuidadores, dos Médicos Dentistas e Higienistas, para instruir a criança autista a ter uma boa higiene oral, considerando métodos repetitivos uma vez que estes indivíduos tendem a desenvolver capacidades ao longo do tempo (Vajawat e Deepika, 2012).

A melhor abordagem é a prevenção da doença e a educação para a saúde oral através do acesso aos serviços dentários. Esta informação pode ser divulgada através de

brochuras e panfletos, tornando-os acessíveis aos centros para crianças com necessidades especiais, pais e cuidadores (Murshid, 2015).

## **Discussão**

O Autismo é uma desordem global, que não conhece barreiras, não discrimina indivíduos independentemente da sua nacionalidade, etnia ou estatuto social (J e col.,2014; Cagetti e col., 2015).

Não existe nenhum teste médico, como análises ao sangue ou biópsia, que consiga prever o aparecimento deste Transtorno (J e col.,2014; Jaber, 2011).

Na última década, tem-se verificado um aumento exponencial no aparecimento de casos de autismo. Este facto tem sido atribuído às alterações na prática de diagnóstico, aos padrões de referência, a uma maior disponibilidade de serviços e à consciencialização populacional (El Khatib e col., 2014; Limeres-Posse e col., 2014; Rutter, 2005).

O Autismo tem ganho uma maior visibilidade, não só para os profissionais de saúde mas também para os pais e a população geral (El Khatib e col., 2014). É provável que os profissionais de saúde oral se deparem com estas crianças no seu consultório, sendo necessário que exista um bom conhecimento deste Transtorno e das suas particularidades (Gandhi e Klein, 2014).

A saúde oral é importante para a saúde geral de uma criança, posto isto, o tratamento dentário deve ser visto como parte integrante dos programas de saúde coordenados pela equipa médica (Cermak e col., 2015; Delli e col., 2013).

Uma abordagem multidisciplinar, que integre dentista, pais e psicólogos, é útil no planeamento da consulta, nos métodos de controlo de comportamento a ser utilizados e no exame oral propriamente dito (Delli e col., 2013).

O papel dos pais, cuidadores, psicólogos e pediatras é de extrema importância na obtenção de tratamento dentário. O médico pediatra pode referenciar a criança e possíveis problemas para um Odontopediatra, promovendo a saúde oral e facilitando o acesso ao tratamento dentário, podendo também intervir ao nível dos cuidados orais básicos preventivos como a observação intraoral para detetar possíveis problemas e a aplicação de vernizes de flúor (McKinney e col., 2014).

Estas crianças apresentam inúmeras fobias, relacionadas com as dificuldades de aprendizagem, bem como a incapacidade para lidar com fatores que não são familiares e que lhes causam desconforto. Dentro destas, encontra-se o medo do Médico Dentista (Cagetti e col., 2015).

Em Odontopediatria os desafios recaem sobre a imprevisibilidade do comportamento, uma vez que, o grupo de crianças que representa este Transtorno exhibe uma variação ampla de atitude ao longo das consultas (Delli e col., 2013).

Na criança autista, o *stress* psicológico está diretamente relacionado com a falta de cooperação dificultando a execução de procedimentos, mesmo os mais simples como uma destarização (Stein e col., 2014).

O facto de a comunicação estar comprometida leva, geralmente, à incapacidade de expressar o desconforto e a dor causados por patologias dentárias de forma adequada e perceptível (Cagetti e col., 2015).

É importante que o Médico Dentista compreenda que a higiene oral, nestes pacientes, representa uma pequena parte do que é necessário ser supervisionado e que, por essa razão, todo o apoio que puder prestar ao pai e cuidadores é de elevada importância (El Khatib e col., 2014).

A falta de tratamento dentário continua a ser uma das grandes falhas, se não a maior, no que respeita a cuidados essenciais em crianças com necessidades especiais (Lai e col., 2012). As razões apontadas para tal são a sua atitude em relação ao tratamento, a falta de seguro de saúde, reduzido orçamento familiar e a falta de conhecimento em relação aos cuidados básicos de saúde oral (Delli e col., 2013; Lai e col., 2012).

É fundamental que exista uma adaptação das clínicas dentárias que vá de encontro às necessidades especiais das crianças autistas e que a equipa dentária esteja treinada para atender estes pacientes (Brown, Brown e Woodburn, 2014).

Preventivamente, recomenda-se um programa de educação oral para os pais e professores, com ênfase na importância da manutenção de uma boa higiene oral, o uso da pedagogia visual no ensino da escovagem, profilaxia com flúor e selantes de fissura (Mohinderpal Chadha e col., 2012).

O aumento da consciencialização para a importância de uma boa saúde oral nestas crianças, junto dos pais e cuidadores, dando ênfase aos problemas dentários junto das instituições educacionais e planeando seminários consecutivos sobre o tema, pode encorajar a procura de serviços dentários apropriados (Murshid, 2015).

O Transtorno do Espectro do Autismo não é fácil de perceber, aceitar e de lidar.

A compreensão deste Síndrome inclui aconselhamento parental, educação em centros especializados com um ambiente estruturado, terapia da fala e a aprendizagem

das capacidades sociais, com o objetivo de facilitar alguma independência por parte destas crianças nas tarefas diárias (Jaber, 2011).

As técnicas de controlo de comportamento para estes pacientes devem ser mais desenvolvidas, de forma a melhorar a *compliance* com os procedimentos de cuidado oral, para que exista uma maior eficácia na promoção da saúde oral em crianças autistas (Lu, Wei e Huang, 2013).

Embora não exista cura para o Autismo, quanto mais cedo for feito o diagnóstico e intervenção, maior a probabilidade de a criança vir a ser funcional a nível social numa etapa mais avançada da sua vida (Mohinderpal Chadha e col., 2012).

Além dos dois testes descritos, M-CHAT e STAT, foi recentemente aprovado um protocolo para o desenvolvimento e validação de um questionário que avalie os comportamentos e a saúde mental de indivíduos com Transtorno do Espectro do Autismo, denominado *Assessment of Concerning Behaviour Scale* (ABC). O objetivo do ABC é que este constitua uma medida de triagem, identificando os sintomas do Autismo, a sua severidade e fornecer uma possível resposta terapêutica. Pretende-se que a sua utilização seja clínica, baseada num questionário, com cerca de 40 perguntas para responder em aproximadamente 20 minutos e que possa ser efetuado pelos pais/cuidadores, professores/empregadores, pelo próprio doente caso seja possível, e pelo clínico (Santosh e col., 2016).

Aperfeiçoar os cuidados dentários e aumentar as oportunidades de tratamento nesta população única, traduz-se num aumento de procura dos serviços dentários e um aumento da qualidade de vida das crianças com o Transtorno do Espectro do Autismo (Elmore, Bruhn e Bobzien, 2016).

## Conclusão

Os pais desempenham uma função de grande importância, não só porque são eles que monitorizam a higiene oral da criança, mas também porque depende a procura de um Médico Dentista que efetue os tratamentos necessários. Contudo, parece existir ainda alguma relutância da sua parte em levar estas crianças especiais a uma clínica dentária. Este facto aparenta estar relacionado com o receio de não encontrarem um Médico Dentista que esteja disposto a tratar uma criança autista, que esteja alerta para esta condição e que compreenda as suas necessidades especiais.

Quanto mais cedo for dado a conhecer a estas crianças o ambiente de uma clínica dentária, bem como se iniciar uma relação com o Médico Dentista, melhor será a sua colaboração durante os procedimentos.

Existe uma maior aceitação aos tratamentos dentários, quer por parte dos pais, quer pelas crianças, se houver um contacto inicial num ambiente familiar para a criança. Ainda, espera-se que a aceitação seja melhor se essa primeira abordagem for feita em casa, com a ajuda de um psicólogo que faz o questionário inicial aos pais e/ou cuidadores, enquanto o médico dentista se dedica exclusivamente a criar algum tipo de relação com a criança. Esta abordagem provou ser benéfica ao nível do controlo de comportamento durante as consultas, no entanto, exige uma disponibilidade por parte do médico dentista e de um psicólogo e acarreta custos elevados, o que a torna pouco prática.

As estratégias utilizadas em consultório devem ser pensadas e exigem uma colaboração entre a equipa dentária e os pais. As técnicas descritas devem ser realizadas para auxiliar a criança, reduzindo a sua ansiedade e o seu receio que, na maioria das vezes, é o que dificulta o curso de tratamento levando a reações excessivas.

O planeamento do tratamento da criança autista deve ser individual. Dentro do Transtorno do Espectro do Autismo encontram-se crianças que apresentam alguma interação e colaboração, enquanto outras não conseguem assimilar qualquer tipo de informação.

Assim, não existe uma abordagem ideal. Contudo existem vários métodos que devem ser utilizados individualmente ou combinados entre si. A técnica *Tell-Show-Do*, embora muito utilizada, é pouco eficaz na maioria das crianças autistas dada a sua

reduzida capacidade de compreensão e concentração. Contudo, pode ser benéfica nas formas mais leves do Transtorno do Espectro do Autismo.

Estes pacientes sentem grandes dificuldades no que respeita a uma consulta de Medicina Dentária. No entanto, quando se consegue descobrir qual a estratégia que resulta para cada um e se estabelece, de alguma forma, uma linha de comunicação, a sua colaboração melhora enormemente permitindo a realização de qualquer tratamento que seja necessário.

A anestesia geral deve ser utilizada apenas nos casos mais severos do Transtorno do Espectro do Autismo, após tentar recorrer a todas as outras técnicas e quando não é possível obter qualquer colaboração por parte da criança.

É imperativo que haja maior procura de informação por parte dos Médicos Dentistas generalistas em relação às abordagens a utilizar nestes pacientes.

### **Bibliografia**

1. Al-Maweri SA, Halboub ES, Al-Soneidar WA, Al-Sufyani GA. Oral lesions and dental status of autistic children in Yemen: A case-control study. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2014;4(Suppl 3):S199-203.
2. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Washington DC;1980.
3. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
4. Backman B, Pilebro C. Visual pedagogy in dentistry for children with autism. *ASDC journal of dentistry for children*. 1999;66(5):325-31, 294.
5. Barbaresi WJ, Katusic SK, Voigt RG. Autism: a review of the state of the science for pediatric primary health care clinicians. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2006;160(11):1167-75.
6. Baron-Cohen S, Lombardo MV, Auyeung B, Ashwin E, Chakrabarti B, Knickmeyer R. Why are autism spectrum conditions more prevalent in males? *PLoS biology*. 2011;9(6):e1001081.
7. Bellis W, Westgarth D. 'It is easy to find yourself working outside your comfort zone when working with autistic children'. *British dental journal*. 2015;219(7):315-6.
8. Brown J, Brown J, Woodburn J. Dental services for children with autism spectrum disorder. *Learning Disability Practice*. 2014; 17(3):20-25.
9. Cagetti MG, Mastroberardino S, Campus S, Olivari B, Faggioli R, Lenti C, et al. Dental care protocol based on visual supports for children with autism spectrum disorders. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*. 2015;20(5):e598-604.
10. Cermak SA, Stein Duker LI, Williams ME, Lane CJ, Dawson ME, Borreson AE, et al. Feasibility of a sensory-adapted dental environment for children with autism. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*. 2015;69(3):6903220020p1-10.

11. Cuvo A, Godard A, Huckfeldt R, DeMattei R. Training children with autismo spectrum disorders to be compliant with an oral assessment. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2010; 4(4):681-696.
12. Delli K, Reichart PA, Bornstein MM, Livas C. Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: concerns, behavioural approaches and recommendations. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*. 2013;18(6):e862-8.
13. El Khatib AA, El Tekeya MM, El Tantawi MA, Omar T. Oral health status and behaviours of children with Autism Spectrum Disorder: a case-control study. *International journal of paediatric dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children*. 2014;24(4):314-23.
14. Elmore JL, Bruhn AM, Bobzien JL. Interventions for the Reduction of Dental Anxiety and Corresponding Behavioral Deficits in Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of dental hygiene : JDH / American Dental Hygienists' Association*. 2016;90(2):111-20.
15. Evans B. How autism became autism: The radical transformation of a central concept of child development in Britain. *History of the human sciences*. 2013;26(3):3-31.
16. Friedlander AH, Yagiela JA, Paterno VI, Mahler ME. The neuropathology, medical management and dental implications of autism. *Journal of the American Dental Association*. 2006;137(11):1517-27.
17. Gace E, Kelmendi M, Fusha E. Oral health status of children with disability living in Albania. *Materia socio-medica*. 2014;26(6):392-4.
18. Gandhi RP, Klein U. Autism spectrum disorders: an update on oral health management. *The journal of evidence-based dental practice*. 2014;14 Suppl:115-26.
19. Hernandez P, Ikkanda Z. Applied behavior analysis: behavior management of children with autism spectrum disorders in dental environments. *Journal of the American Dental Association*. 2011;142(3):281-7.
20. J U, M MV, J P, Srinivasan I. Autism Disorder (AD): An Updated Review for Paediatric Dentists. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*. 2014;8(2):275-9.

21. Jaber MA. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. *Journal of applied oral science : revista FOB*. 2011;19(3):212-7.
22. Kamen S, Skier J. Dental management of the autistic child. *Special care in dentistry: official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*. 1985;5(1):20-3.
23. Klein U, Nowak AJ. Autistic disorder: a review for the pediatric dentist. *Pediatric dentistry*. 1998;20(5):312-7.
24. Lai B, Milano M, Roberts MW, Hooper SR. Unmet dental needs and barriers to dental care among children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*. 2012;42(7):1294-303.
25. Lewis C, Vigo L, Novak L, Klein EJ. Listening to Parents: A Qualitative Look at the Dental and Oral Care Experiences of Children with Autism Spectrum Disorder. *Pediatric dentistry*. 2015;37(7):E98-104.
26. Limeres-Posse J, Castano-Novoa P, Abeleira-Pazos M, Ramos-Barbosa I. Behavioural aspects of patients with Autism Spectrum Disorders (ASD) that affect their dental management. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*. 2014;19(5):e467-72.
27. Lindemann R, Henson JL. Self-injurious behavior: management for dental treatment. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*. 1983;3(2):72-6.
28. Lowe O, Lindemann R. Assessment of the autistic patient's dental needs and ability to undergo dental examination. *ASDC J Dent Child* 1985; 52: 29–35.
29. Lu YY, Wei IH, Huang CC. Dental health - a challenging problem for a patient with autism spectrum disorder. *General hospital psychiatry*. 2013;35(2):214 e1-3.
30. MacKenzie J, Abraham G, Goebel S. Management of pediatric patients with autistic spectrum disorders in the emergency department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. 2013; 14(1):56.

31. McKinney CM, Nelson T, Scott JM, Heaton LJ, Vaughn MG, Lewis CW. Predictors of unmet dental need in children with autism spectrum disorder: results from a national sample. *Academic pediatrics*. 2014;14(6):624-31.
32. Mohinderpal Chadha G, Kakodkar P, Chaugule V, Nimbalkar V. Dental survey of institutionalized children with autistic disorder. *International journal of clinical pediatric dentistry*. 2012;5(1):29-32.
33. Murshid EZ. Dental knowledge of educators and healthcare providers working with children with autism spectrum disorders. *Saudi medical journal*. 2015;36(12):1477-85.
34. Murshid EZ. Diet, oral hygiene practices and dental health in autistic children in Riyadh, Saudi Arabia. *Oral health and dental management*. 2014;13(1):91-6.
35. Nazeer A. Psychopharmacology of autistic spectrum disorders in children and adolescents. *Pediatric clinics of North America*. 2011;58(1):85-97, x.
36. Oliveira G, Ataide A, Marques C, Miguel TS, Coutinho AM, Mota-Vieira L, et al. Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Developmental medicine and child neurology*. 2007;49(10):726-33.
37. Orellana LM, Martinez-Sanchis S, Silvestre FJ. Training adults and children with an autism spectrum disorder to be compliant with a clinical dental assessment using a TEACCH-based approach. *Journal of autism and developmental disorders*. 2014;44(4):776-85.
38. Pilebro C, Backman B. Teaching oral hygiene to children with autism. *International journal of paediatric dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children*. 2005;15(1):1-9.
39. Purohit BM, Acharya S, Bhat M. Oral health status and treatment needs of children attending special schools in South India: a comparative study. *Spec Care Dentist* 2010; 30: 235–241.
40. Rutter M. Incidence of autism spectrum disorders: changes over time and their meaning. *Acta paediatrica*. 2005;94(1):2-15.
41. Santosh P, Tarver J, Gibbons F, Vitoratou S, Simonoff E. Protocol for the development and validation of a questionnaire to assess concerning

- behaviours and mental health in individuals with autism spectrum disorders: the Assessment of Concerning Behaviour (ACB) scale. *BMJ open*. 2016;6(3):e010693.
42. Stein LI, Lane CJ, Williams ME, Dawson ME, Polido JC, Cermak SA. Physiological and behavioral stress and anxiety in children with autism spectrum disorders during routine oral care. *BioMed research international*. 2014;2014:694876.
43. Vajawat M, Deepika PC. Comparative evaluation of oral hygiene practices and oral health status in autistic and normal individuals. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2012;2(2):58-63.
44. Vajawat M, Deepika PC, Kumar V, Rajeshwari P. A clinicomicrobiological study to evaluate the efficacy of manual and powered toothbrushes among autistic patients. *Contemporary clinical dentistry*. 2015;6(4):500-4.
45. Weddell JA, Sanders BK, Jones JE. Dental problems of children with disabilities. In: McDonald RE, Avery RD. (eds). *Dentistry for the Child and Adolescent*. 8th edn. St. Louis: Mosby-Year Book Inc, 2004: 460–486.
46. Welterlin A, Turner-Brown LM, Harris S, Mesibov G, Delmolino L. The home TEACCHing program for toddlers with autism. *Journal of autism and developmental disorders*. 2012;42(9):1827-35.

## Anexo 1

### M-CHAT-R™

Por favor, responda a estas questões acerca da sua criança. Lembre-se de como é que a sua criança se comporta habitualmente. Se o comportamento tiver sido observado algumas vezes, mas ela habitualmente não o faz, então por favor responda não. Por favor responda **sim ou não** para cada questão. Muito obrigado.

1. Se você apontar para qualquer coisa do outro lado da sala, a criança olha para o que está a apontar ? ( <b>Por exemplo:</b> se você aponta para um brinquedo ou um animal, a criança olha para o brinquedo ou animal?)	Sim	Não
2. Já alguma vez se interrogou se a sua criança poderia ser surda?	Sim	Não
3. A sua criança brinca ao faz-de-conta? ( <b>Por exemplo,</b> fingindo que está a beber de um copo vazio, a falar ao telefone ou a fingir que dá a papa a uma boneca ou a um peluche)	Sim	Não
4. A sua criança gosta de trepar para as coisas? ( <b>Por exemplo:</b> mobília, escorregas no recreio ou escadas?)	Sim	Não
5. A sua criança faz movimentos involgares com os dedos perto dos olhos? ( <b>Por exemplo,</b> abana os dedos perto dos olhos)	Sim	Não
6. A sua criança aponta com um dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? ( <b>Por exemplo,</b> apontar para um alimento ou brinquedo que está fora do seu alcance)	Sim	Não
7. A sua criança aponta com um dedo para mostrar-lhe algo interessante? ( <b>Por exemplo,</b> apontar para um avião no céu ou um camião grande na estrada)	Sim	Não
8. A sua criança está interessada noutras crianças? ( <b>Por exemplo,</b> a sua criança observa outras crianças, sorri para elas ou aproxima-se delas?)	Sim	Não
9. A sua criança mostra-lhe coisas trazendo-as até si ou levantando-as para que as veja – não para obter ajuda, mas apenas para as partilhar? ( <b>Por exemplo,</b> mostrar uma flor, um peluche ou um camião de brincar)	Sim	Não
10. A sua criança responde quando a chama pelo nome? ( <b>Por exemplo,</b> olha, fala ou balbucia, ou pára o que está a fazer quando a chama pelo seu nome)	Sim	Não
11. Quando sorri para a sua criança, ela sorri de volta para si?	Sim	Não
12. A sua criança fica incomodada com os ruídos do quotidiano? ( <b>Por exemplo,</b> a sua criança grita ou chora para ruídos como aspirador ou música alta?)	Sim	Não
13. A sua criança já anda?	Sim	Não
14. A sua criança olha-o nos olhos quando você fala com ela, brinca com ela ou veste-a?	Sim	Não
15. A sua criança tenta imitar aquilo que você faz? ( <b>Por exemplo,</b> acena adeus, bate palmas ou faz sons engraçados quando você os faz?)	Sim	Não
16. Se você virar a sua cabeça para olhar para alguma coisa, a sua criança olha em volta para ver o que é que você está a olhar?	Sim	Não
17. A sua criança tenta que você olhe para ela? ( <b>Por exemplo,</b> a sua criança olha para si para um elogio ou diz-lhe “olha” ou “olha para mim”?)	Sim	Não
18. A sua criança compreende quando você lhe diz para fazer alguma coisa? ( <b>Por exemplo,</b> se você não apontar, ela consegue compreender “põe o livro na cadeira” ou “traz-me o cobertor”?)	Sim	Não
19. Quando acontece alguma coisa nova, a sua criança olha para a sua cara para ver a sua reação? ( <b>Por exemplo,</b> se ela ouve um ruído estranho ou engraçado, ou vê um brinquedo novo, ela olha para a sua cara?)	Sim	Não
20. A sua criança gosta de atividades com movimento? ( <b>Por exemplo,</b> ser embalada ou balançada no seu joelho?)	Sim	Não

M-CHAT-Revised (Robins, Fein, & Barton, 2009)  
Traduzido e Adaptado por Carla Cintrão Almeida

carlacintraoalmeida@gmail.com  
carla.almeida@pin.com.pt

### M-CHAT-R/F Entrevista de Seguimento™ Folha de Cotação

Por favor tenha em atenção: Sim/Não foram substituídos por Passa/Falha

1. Se você apontar para qualquer coisa do outro lado da sala, a criança olha para o que está a apontar ? ( <b>Por exemplo:</b> se você aponta para um brinquedo ou um animal, a criança olha para o brinquedo ou animal?)	Passa Falha
2. Já alguma vez se interrogou se a sua criança poderia ser surda?	Passa Falha
3. A sua criança brinca ao faz-de-conta? ( <b>Por exemplo,</b> fingindo que está a beber de um copo vazio, a falar ao telefone ou a fingir que dá a papa a uma boneca ou a um peluche?)	Passa Falha
4. A sua criança gosta de trepar para as coisas? ( <b>Por exemplo:</b> mobília, escorregas no recreio ou escadas?)	Passa Falha
5. A sua criança faz movimentos invulgares com os dedos perto dos olhos? ( <b>Por exemplo,</b> abana os dedos perto dos olhos)	Passa Falha
6. A sua criança aponta com um dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? ( <b>Por exemplo,</b> apontar para um alimento ou brinquedo que está fora do seu alcance)	Passa Falha
7. A sua criança aponta com um dedo para mostrar-lhe algo interessante? ( <b>Por exemplo,</b> apontar para um avião no céu ou um camião grande na estrada)	Passa Falha
8. A sua criança está interessada noutras crianças? ( <b>Por exemplo,</b> a sua criança observa outras crianças, sorri para elas ou aproxima-se delas?)	Passa Falha
9. A sua criança mostra-lhe coisas trazendo-as até si ou levantando-as para que as veja – não para obter ajuda, mas apenas para as partilhar? ( <b>Por exemplo,</b> mostrar uma flor, um peluche ou um camião de brincar)	Passa Falha
10. A sua criança responde quando a chama pelo nome? ( <b>Por exemplo,</b> olha, fala ou balbucia, ou pára o que está a fazer quando a chama pelo seu nome)	Passa Falha
11. Quando sorri para a sua criança, ela sorri de volta para si?	Passa Falha
12. A sua criança fica incomodada com os ruídos do quotidiano? ( <b>Por exemplo,</b> a sua criança grita ou chora para ruídos como aspirador ou música alta?)	Passa Falha
13. A sua criança já anda?	Passa Falha
14. A sua criança olha-o nos olhos quando você fala com ela, brinca com ela ou veste-a?	Passa Falha
15. A sua criança tenta imitar aquilo que você faz? ( <b>Por exemplo,</b> acena adeus, bate palmas ou faz sons engraçados quando você os faz?)	Passa Falha
16. Se você virar a sua cabeça para olhar para alguma coisa, a sua criança olha em volta para ver o que é que você está a olhar?	Passa Falha
17. A sua criança tenta que você olhe para ela? ( <b>Por exemplo,</b> a sua criança olha para si para um elogio ou diz-lhe “olha” ou “olha para mim”?)	Passa Falha
18. A sua criança compreende quando você lhe diz para fazer alguma coisa? ( <b>Por exemplo,</b> se você não apontar, ela consegue compreender “põe o livro na cadeira” ou “ traz-me o cobertor”?)	Passa Falha
19. Quando acontece alguma coisa nova, a sua criança olha para a sua cara para ver a sua reação? ( <b>Por exemplo,</b> se ela ouve um ruído estranho ou engraçado, ou vê um brinquedo novo, ela olha para a sua cara?)	Passa Falha
20. A sua criança gosta de atividades com movimento? ( <b>Por exemplo,</b> ser embalada ou balançada no seu joelho?)	Passa Falha

M-CHAT-Revised (Robins, Fein, & Barton, 2009)  
Traduzido e Adaptado por Carla Cintrão Almeida

carlacintraoalmeida@gmail.com  
carla.almeida@pin.com.pt

Anexo 2

