EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

SÍNDROME DE ASPERGER EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: ABORDAGEM DE ATENDIMENTO E NECESSIDADE DE PERSONALIZAÇÃO

Trabalho submetido por

Susana Fernandes Rengel

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Setembro de 2024

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

SÍNDROME DE ASPERGER EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: ABORDAGEM DE ATENDIMENTO E NECESSIDADE DE PERSONALIZAÇÃO

Trabalho submetido por

Susana Fernandes Rengel

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientador por

Prof. Doutor Jorge Rebola

Setembro de 2024

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu esposo Christopher, à minha minha família, e a todos aqueles que acreditaram em mim e me motivaram a perseguir os meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Orientador, o Professor Doutor Jorge Rebola, agradeço sinceramente por ter investido o seu tempo para me guiar neste trabalho, o seu conhecimento e orientação foram essenciais para o sucesso desta pesquisa.

Ao Instituto Universitário Egas Moniz e aos professores, pela formação académica e pelas oportunidades de aprendizagem. Agradeço também ao corpo técnico e administrativo, pela disponibilidade e prontidão em ajudar sempre que necessário.

Agradeço profundamente ao meu esposo, Christopher Velasquez, pelo seu apoio constante, especialmente nos momentos de fraqueza. Sempre ao meu lado, ele me ofereceu amor e incentivo, ajudando-me a não duvidar das minhas capacidades. Esta conquista é nossa, pois sei que se estou aqui também é por ele, e em breve também celebraremos juntos a sua vitória. Obrigada, amo-te.

Aos meus pais, que me deram a vida e me acompanharam nesta longa caminhada, já cresci, mas sem as bases que me incutiram, hoje não estaria aqui para tornar este caminho possível. Nunca chegarão as palavras para vos agradecer. Obrigada, mãe, pelas tuas orações e ânimo. Obrigada, pai, pelo teu apoio. Amo-vos.

Ao meu irmão Moisés, que para mim é o maior exemplo de força e resiliência, obrigada. Graças a ti, vejo a vida com outros olhos. És um exemplo de que só é preciso ter a vontade e a fé para alcançar o que parece impossível. Amo-te.

À Dra. Patrícia Amorim e família, obrigada pela oportunidade que deram, não posso estar mais agradecida por ter conhecido pessoas tão boas e profissionais que não só me deram uma oportunidade, mas também estiveram ao meu lado nos momentos mais difíceis e me acompanharam nesta conquista.

A Deus toda a glória e honra. Aos colegas da faculdade e equivalência, que me deram muito ânimo para lutar estes dois anos. Fizeram-me sentir que não interessa o país, a cultura, as experiências ou a idade, todos estávamos focados num objetivo comum e ajudamo-nos mutuamente. Daqui, construí laços muito fortes e sei que manterei boas amizades, obrigada.

RESUMO:

A perturbação do espectro autista (PEA) constitui um grupo de alterações no desenvolvimento neurológico que inclui vários transtornos generalizados, como a síndrome de Asperger. Esta se carateriza por: uma acentuada perturbação social, dificuldades de comunicação, défices na capacidade de interação e comportamentos e interesses repetitivos. No entanto, não estão presentes atrasos significativos, quer a nível da linguagem quer a nível cognitivo. Estes pacientes têm interesses específicos que ocupam totalmente o foco da sua atenção e tendência a falar em monólogo, assim como apresentam descoordenação motora.

Devido às características comportamentais e psicológicas, o paciente com Síndrome de Asperger exige ao médico dentista o conhecimento e adaptação das técnicas de gestão do comportamento à sua condição clínica. A manutenção de uma boa saúde oral gera equilíbrio nestes pacientes, uma vez que um episódio de dor poderia provocar alterações indesejáveis no seu comportamento. Por essa razão é de vital importância que os pacientes com este tipo de perturbação mantenham bons hábitos de higiene oral.

A Síndrome de Asperger gera incertezas entre os médicos dentistas, principalmente em função das alterações comportamentais, existem estratégias para reduzir a ansiedade, tais como a comunicação verbal e não verbal, o reforço positivo social (sob a técnica do dizer, mostrar e fazer) e a motivação do responsável pelo paciente no ambiente familiar. O médico dentista deve estar ciente das dificuldades que pode enfrentar com um indivíduo com PEA, e ter estratégias para ajudar a melhorar as experiências odontológicas desses indivíduos.

O trabalho será uma revisão da literatura cuja pesquisa será efetuada nas bases de dados Pubmed, Google Scholar, Mendeley Search e Scielo. Os termos que serão utilizados para a consulta são: Etiologia da Síndrome de Asperger, Síndrome de Asperger em medicina dentária.

Palavras-chaves: Autismo, Asperger, odontopedriatria.

ABSTRACT:

Autism Spectrum Disorder (ASD) encompasses a group of neurological developmental disorders, including several pervasive disorders such as Asperger syndrome. This condition is characterized by a pronounced social impairment, communication difficulties, deficits in the ability to interact, and repetitive behaviors and interests. However, significant delays are not present, either in terms of language or cognitive abilities. These patients have specific and intense interests that fully occupy their attention and tend to speak in monologues, as well as display motor incoordination.

Due to the behavioral and psychological characteristics, patients with Asperger syndrome require the dentist to have knowledge and adaptability in applying behavior management techniques suited to their clinical condition. Maintaining good oral health brings balance to these patients, as an episode of pain could provoke undesirable changes in their behavior. For this reason, it is of vital importance that patients with this type of disorder maintain good oral hygiene habits.

Asperger syndrome generates uncertainties among dentists, mainly due to behavioral changes, and there are strategies to reduce anxiety, such as verbal and non-verbal communication, positive social reinforcement (under the tell, show, do technique), and the motivation of the patient's caregiver in the family environment. The dentist must be aware of the difficulties that may arise when treating individuals with ASD and have strategies to help improve the dental experience for these individuals.

The work will be a literature review, with research conducted in databases such as PubMed, Google Scholar, Mendeley Search, and Scielo. The terms that will be used for the search are: Etiology of Asperger Syndrome, Asperger Syndrome in dental medicine.

Keywords: Autism, Asperger, pediatric dentistry.

INDÍCE GERAL

RESUMO: 1

ABSTRACT: 3

I. INTRODUÇÃO 13

II. DESENVOLVIMENTO 19

2.2 ETIOLOGIA E GENÉTICA DAS PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO AUTISTA 24

2.3 A TRÍADE DAS PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO AUTISTA (PEA) 25

- **Dificuldade de interação social:** 26
- **Dificuldade na comunicação:** 27
- **Conduta Repetitiva:** 27

Os sintomas que não pertencem a tríade: 28

2.4 CLASSIFICAÇÃO 29

2.5 SÍNDROME DE ASPERGER 30

2.6 CARACTERÍSTICAS DA SÍNDROME DE ASPERGER 31

2.6.1 SÍNDROME DE ASPERGER E AUTISMO (SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS) 34

2.6.2 MANIFESTAÇÕES ORAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM SÍNDROME DE ASPERGER 36

2.6.3 MEDICAÇÃO EM PACIENTES COM SÍNDROME DE ASPERGER 37

2.6.4 MEDICAÇÃO DOS PACIENTES COM SÍNDROME DE ASPERGER NO ÂMBITO DENTÁRIO 38

2.7 ABORDAGEM DE ATENDIMENTO EM PACIENTE PEDIÁTRICOS COM SÍNDROME DE ASPERGER 38

2.7.1 NÍVEIS DE ATENDIMENTOS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM SÍNDROME DE ASPERGER 40

2.7.2 PRINCÍPIOS GERAIS APLICÁVEIS A PACIENTES COM SÍNDROME DE ASPERGER.....40

2.7.3 TRATAMENTO DENTÁRIO EM PACIENTES COM SÍNDROME DE ASPERGER.....41

2.7.4 TÉCNICAS DE ADAPTAÇÃO À CONSULTA EM PACIENTES COM SÍNDROME DE ASPERGER.....44

III. CONCLUSÃO 49

IV. BIBLIOGRAFIA.....51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representação gráfica da Perturbação do Espectro Autista.....26
Figura 2. Escala de habilidades Síndrome de Asperger e Autismo.....28

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Critérios de diagnóstico de perturbação de Asperger.....33
Quadro 2. Diferenças entre Autismo e Síndrome de Asperger. 35

LISTA DE SIGLAS

AAPD – American Academy of Pediatric Dentistry

AINEs – Anti-inflamatórios não esteroides

APPDA – Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo

PEA – Perturbações do espectro autista

SA – Síndrome de Asperger

ASD – Autism Spectrum Disorder

DGS – Direção Geral de Saúde

FDA – A food and drug administration

CERCIAMA – Cooperativa de Educação e Reabilitação dos Cidadãos Inadaptados da Amadora

CPO – Índice de dentes temporais cariados perdidos e obturados

CPO-D – Índice de dentes definitivos cariados, perdidos e obturados

DM- destreza motora

DNAMT – DNA Mitocondrial

DSC- Destreza social e comunicativa

DSM-III-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third Edition

DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition

DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Five Edition.

DVC– Destreza da Vida na Comunidade

DVP– Destreza na Vida Pessoal

EBpub– Educação Básica Pública.

FPDA – Federação Portuguesa de Autismo

ICD-10 – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

IG: Independência geral

NICHD – Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento Humano

OMS– Organização Mundial de Saúde

TCC– Terapia Cognitivo-Comportamental

I. INTRODUÇÃO

É provável que o autismo faça parte da vida humana há muito mais tempo do que foi descrito pela ciência (Hernández, 2008). Citado pela primeira vez por Leo Kanner em 1943, a síndrome autista ganhou maior importância na pesquisa, ao longo dos anos (Hernández, 2008). Em 1965, Bernard Rimland fundou a Sociedade Nacional de Crianças Autistas, denominada doravante Sociedade Americana de Autismo (Hernández, 2008).

A Síndrome de Asperger é considerada como um transtorno de desenvolvimento que compromete a comunicação e a interação social, interferindo em padrões de comportamento, gerando interesses e atividades restritas e isoladas do grupo social (Butrón et al, 2018). Os padrões de obsessão e repetição que podem causar problemas ao desenvolvimento sensorial, social e até mesmo físico desses indivíduos.

As interpretações sobre as características do autismo, ao longo da história, apresentavam cariz quase mágico ou mitológico. Alguns dos expoentes de características autísticas foram: São Francisco de Assis, pelo seu comportamento peculiar, Michelangelo, Albert Einstein e outras personalidades que inspiraram a criação de personagens fictícios como Sherlock Holmes, criado por Arthur Conan Doyle, ou até mesmo a personagem de humor Mr. Bean (Flórez, 2014). Do que consta nos primeiros registos oficiais sobre o autismo, poucas eram as crianças que apresentavam todas as características da síndrome descrita primeiramente por Kanner (Flórez, 2014). No século XVIII, há um único caso de uma criança com condutas semelhantes ao autismo. O caso de Hugh Blair, descoberto por Utha Frith em 1747, era um raro caso de incapacidade mental, que se caracterizava por atraso severo, alterações importantes da linguagem e ecolalia, de modo que esta criança foi internada como "louca silente" (Flórez, 2014). No mesmo século XVIII, Jean Itard descreveu as chamadas crianças lobo ou crianças idiotas, abandonadas pelos pais e criadas como animais selvagens. Fazendo referência ao caso de um menino entre 11 e 13 anos, que foi encontrado nu, com múltiplas cicatrizes no corpo, abandonado numa floresta, e que apresentava características autísticas, como a tendência ao isolamento e o retardo no desenvolvimento físico e mental.

Segundo os trabalhos de Itard, que contariam 20 anos de pesquisa, crianças que apresentavam primariamente alterações severas da linguagem tais como: mudez, surdez,

retardo mental, acabavam consequentemente por alterar as suas relações sociais, o que poderia conduzir a um quadro que posteriormente seria designado como autismo.

No século XIX, John Haslam, em 1809, e Henry Maudsley, em 1879, documentaram casos de crianças com convulsões, retardo psicomotor e alterações na linguagem. Embora se tratasse de relatos semelhantes, os diagnósticos apresentavam diferenças na terminologia: Haslam referiu-se à condição como "síndrome encefalítica", enquanto Maudsley a classificou como "autismo clássico" (Flórez, 2014). Somente em 1943, o já mencionado Leo Kanner descreveu um caso de síndrome autística em onze crianças que apresentavam o mesmo padrão de comportamento. Em 1944, o pediatra austríaco Hans Asperger relatou quatro casos de crianças com comportamentos autísticos, classificando-os como "Austistischen Psychopathen" (Flórez, 2014). Ao longo do tempo, o autismo relatado por esses médicos e pesquisadores seria considerado um subgrupo da esquizofrenia, até que em 1971, momento em que Kolvin distingue as características entre os dois transtornos. Em 1978, Michael Rutter diferenciou a sintomatologia do autismo da esquizofrenia e propôs quatro critérios de diagnóstico que, até hoje, definem o Transtorno do Espectro Autista: dificuldades nas relações sociais, transtornos de comunicação, padrões de comportamento estereotipados e repetitivos, além de sinais de comprometimento no desenvolvimento infantil antes dos 30 meses de idade.

Embora seja considerada uma forma branda de autismo segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 4 (DSM-IV), a Síndrome de Asperger foi recategorizada no DSM-5, passando a fazer parte dos diagnósticos incluídos no Transtorno do Espectro Autista (TEA), ao lado de condições como o Transtorno Desintegrativo da Infância, o Transtorno Generalizado do Desenvolvimento e o Transtorno Autista. No entanto, a perturbação autista e a Síndrome de Asperger ainda apresentam diferenças em aspectos como o desenvolvimento verbal, o estilo e a forma de falar, a reprodução da linguagem, o desenvolvimento motor, as competências e reflexos motores, a percepção das emoções, a razoabilidade pragmática, a capacidade de resolver conflitos e a compreensão de problemas em contexto social.

Apesar da longa história do estudo e diagnóstico, a compreensão da etiologia das perturbações do Espectro Autista ainda se apresenta como uma questão aberta para a ciência. Não há um consenso em torno do modo como o transtorno se estabelece, se é por

via genética, ou por desenvolvimento limitado das competências, ou se a etiologia é multifatorial, unindo fatores neurobiológicos à genética. Geralmente, o diagnóstico pode ser estabelecido em crianças a partir dos 3 anos de idade, quando padrões de comportamento e de ação passam a ser percebidos nos hábitos desses indivíduos. Há uma maior prevalência de diagnósticos de autismo no sexo masculino, ainda que nas mulheres ocorra a tendência às manifestações mais graves, com comprometimento agudo da cognição (Chandrashekhar & Bommangoudar, 2018).

Alguns diagnósticos da PEA na infância apresentam alterações importantes ao nível da linguagem verbal e da sociabilidade em geral. A predisposição para a repetição de determinados padrões comportamentais e até mesmo físicos, tais como movimentos circulares ou outros gestos, associados a manifestações mais fortes como o retardo mental, deficiências sensoriais agudas e até mesmo epilepsia, mostram a dimensão da variabilidade de características associadas a este grupo de pacientes.

O tratamento da Perturbação do Espectro Autista (PEA) é mais eficaz quando realizado por uma equipa multidisciplinar, que aborda as diversas necessidades da criança para promover uma integração social e desempenho adequado. A equipa multidisciplinar geralmente trabalha as seguintes áreas:

- **Linguagem**: Focada em melhorar a comunicação verbal e não verbal da criança.
- **Terapia Comportamental**: Tem por objectivo reforçar comportamentos positivos e reduzir comportamentos problemáticos.
- **Educação Especial**: Oferece suporte educacional adaptado às necessidades específicas da criança.
- **Terapia Ocupacional**: Trabalha na melhoria das capacidades motoras finas e da integração sensorial. Contribui para que a criança realize as atividades diárias de forma mais autónoma.
- **Fisioterapia**: Ajuda a melhorar a coordenação motora grossa e as habilidades físicas gerais.

Os objetivos da intervenção são diversos e incluem:

- **Melhoria da Atenção e Contato Visual**: Estratégias para aumentar a capacidade de foco e socialização.

- **Desenvolvimento de Capacidades**: Trabalhar habilidades que a criança ainda não adquiriu.
- **Promoção da Autonomia e Expressão de Sentimentos**: Ajudar a criança a expressar suas emoções de forma socialmente aceite e aumentar sua independência em relação ao adulto.

Além da intervenção comportamental e educacional, o tratamento pode requerer **intervenção farmacológica**, cujo papel é controlar alguns dos sintomas associados, como a ansiedade e os comportamentos repetitivos. Não há no recurso farmacológico um cariz curativo, mas sim paliativo. Os medicamentos frequentemente utilizados são:

- **Antidepressivos**: Como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), que podem ajudar a controlar sintomas de ansiedade e depressão.
- **Estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC)**: Utilizados para melhorar a atenção e minimizar comportamentos hiperativos.
- **Agonistas Alfa-Adrenérgicos**: Que podem ajudar a controlar sintomas de impulsividade e hiperatividade.
- **Antipsicóticos**: Usados nos casos de comportamentos severos ou sintomas psicóticos

(Amaral et al., 2011; Marulanda et al., 2013) (Coimbra et al, 2020).

A escolha do tratamento farmacológico deve ser individualizada e feita com base nas necessidades específicas de cada caso. A prescrição deve sempre ter em conta o balanço entre o risco benefício de cada medicamento.

Os sintomas relacionados com a ansiedade e os sintomas físicos e psicomotores da Perturbação do Espectro Autista (PEA), podem ser influenciados positiva ou negativamente por fatores ambientais, como mencionam (Coimbra et al 2020) citando Amaral et al (2012), ao falar da hipersensibilidade de pessoas com espectro autista.

Isso pode acontecer, por exemplo, quando se deparam com sons fortes, e geralmente tapam os ouvidos com as mãos tentando proteger-se. No entanto, podem ficar deslumbrados com os batimentos de um relógio de pulso ou com o barulho de um papel

a ser amassado. O tipo de iluminação utilizada no ambiente tanto pode provocar uma sensação angustiante como encantadora. (Amaral et al., 2012; Da Silva et al., 2019).

Embora o tratamento possa controlar sintomas e permitir uma maior recuperação física, mental e social destes pacientes, o problema de base mantém-se e constitui um desafio contínuo para a família, médicos, psicólogos, psiquiatras e até mesmo para a ciência. As formas de lidar com a Perturbação do Espectro Autista (PEA), especialmente com a Síndrome de Asperger, serão o foco deste trabalho.

Após esta apresentação, ainda que sumária, e considerando a complexidade das síndromes do espectro autista, especialmente a Síndrome de Asperger (doravante denominada SA ao longo da tese), o objetivo deste trabalho de pesquisa é analisar os desafios inerentes ao atendimento médico-dentário nos pacientes autistas, com especial ênfase nessa variação do espectro.

Para orientar a investigação, consultamos diversas referências que abordam amplamente o tema. A nossa pesquisa incluiu tanto revisões teóricas quanto práticas, o que nos permitiu explorar diferentes abordagens no tratamento dentário. Essa visão alargada permite melhorar o atendimento de pacientes pediátricos portadores desta condição, ampliando os conhecimentos sobre o tema e contribuindo para o aprimoramento das práticas clínicas. Neste trabalho, foram utilizadas como base de pesquisa as plataformas Pubmed, Google Scholar, Mendeley Search e Scielo. Os termos utilizados para a consulta foram: Asperger 's syndrome etiology, pediatric patients with Asperger' s Syndrome in dentistry, care for patients with Asperger 's syndrome in the dental field. Os artigos utilizados são do período entre 2008 até 2023.

Desta forma, foram incluídos artigos em português, espanhol e inglês, que contribuíram com informações de extrema importância para o desenvolvimento e conhecimento na área, em geral, e para este trabalho especificamente.

As características orais e dentárias desses pacientes são revistas com base na literatura atual. Segundo as conclusões de Jaber (2011) e Cermak et al. (2015), crianças com Perturbação do Espectro Autista (PEA) 'costumam apresentar bruxismo, estiramento da língua e mordida dos lábios' (Jaber, 2011; Cermak et al., 2015; Coimbra et al, 2020). Esta revisão aborda os desafios enfrentados pelo médico-dentista no tratamento

odontológico de pacientes com essa condição, tema que será desenvolvido nos próximos capítulos.

Este trabalho está estruturado em uma introdução, um capítulo sobre apresentação e etiologia, um capítulo de discussão e uma conclusão. Ao longo da dissertação, a revisão de literatura resultará da análise dos artigos e textos recolhidos durante a pesquisa.

II. DESENVOLVIMENTO

O autismo, era considerado uma condição rara, antigamente estimava-se que afetasse uma em cada duas mil crianças. No entanto, pesquisas mais recentes mostram um aumento significativo na sua incidência, indicando que atualmente uma em cada cem crianças pode ser diagnosticada com autismo. Ainda não está claro se esse aumento é resultado de um maior acesso aos serviços de saúde ou se reflete um verdadeiro aumento na prevalência da condição (Beggiato et al., 2017) (Viana et al, 2021). O crescente número de pacientes diagnosticados com autismo obriga a um maior investimento em conhecimento científico e uma melhor preparação dos profissionais de saúde, em todas as áreas, para receber, acolher, entender e colaborar com esses pacientes, especialmente nos momentos em que suas condições clínicas representem barreiras aos tratamentos convencionais, necessitando de adaptações às suas especificidades. Uma dessas adaptações ocorre na área da medicina dentária, onde os dentistas enfrentam situações que exigem uma preparação mais especializada para garantir um atendimento, diagnóstico e acompanhamento mais adequados às necessidades dos pacientes com perturbação do espectro autista.

Pacientes autistas, principalmente crianças, não possuem, muitas vezes, a autonomia suficiente para cuidar adequadamente da manutenção da sua própria saúde oral. Os autistas apresentam altos níveis de cárie, doenças periodontais e necessidade de procedimentos restauradores, de acordo com alguns estudos (Jaber, 2011; Gaçe et al., 2014). Gonçalves et al. (2016) descobriram, em um estudo recente, que 11,5 por cento dos autistas apresentavam lesões nas gengivas e cinquenta por cento apresentavam cáries. O índice CEO médio para crianças entre os 2 e os 8 anos foi de 0,67. A CPO-D média foi de 0,70 nos pacientes dos 10 aos 15 anos. Considerando que diversos fatores, como idade, tipo de incapacidade, gravidade do comprometimento e condições de vida, influenciam a saúde oral dessas crianças, é fundamental dar prioridade à prevenção dentária. (Jaber, 2011); Gonçalves et al 2016) Considerando os fatores supracitados, impõe-se um desafio: como lidar com pacientes com dificuldades sociomotoras para iniciar um tratamento dentário de qualidade? Para isso, é preciso integrar a família nos tratamentos e criar uma boa sincronia entre dentistas e pais, reforçando a importância da sua intervenção para o sucesso do tratamento (Hernández, 2008).

Segundo Viana et al (2021), “Devido às dificuldades de comunicação e aprendizagem, o autista não consegue compreender as técnicas de higiene oral durante o atendimento dentário. Como resultado, é necessário que os pais estabeleçam vínculos com o profissional que está envolvido com os cuidados do seu filho, para que haja confiança no trabalho da equipe" e "troca de conhecimentos entre a equipa e a família, o que facilita o entendimento do paciente” (Viana et al, 2021).

A presença da família é fundamental, pois, conforme Tabaquim et al. (2015), diante das "dificuldades inerentes ao transtorno, devido à sua cronicidade, as condições físicas e mentais resultam em uma maior dependência das mães". O suporte familiar é crucial para garantir o sucesso e a eficácia do tratamento. Cofferri (2019) ressalta que o tratamento é delicado, especialmente devido às reações ao toque que as crianças com essa condição podem apresentar. Por isso, o atendimento pode ser desconfortável, exigindo, em alguns casos, medidas extremas, como a aplicação de técnicas de contenção ou até anestesia geral, mesmo para a realização de procedimentos simples (Cofferri et al., 2019).

Além disso, é fundamental que a equipa esteja ciente do diagnóstico médico e disponha de relatórios específicos do caso, sendo orientada conforme as necessidades individuais do paciente. Um dos aspectos essenciais é o ensino adequado das técnicas de higiene oral, visando evitar o acúmulo de placa bacteriana, problema frequentemente relatado em pacientes com essa condição (Hernández, 2008).

O tratamento desses pacientes é influenciado pelas dificuldades na aquisição e no uso da linguagem, já que o atraso na fala ocorre em até 50% dos casos de transtorno autista (Ribeiro et al, 2013). A comunicação com esses pacientes, nessas condições, pode apresentar desafios significativos. Um deles é a sensibilidade tátil exacerbada, que "pode dificultar o contato físico e prejudicar o treinamento, bem como a realização de atividades corriqueiras". (Viana et al, 2021).

Nesse contexto, “é de suma importância que o médico dentista responsável pelo atendimento tenha conhecimento sobre o assunto, para que possa adotar uma abordagem correta e individualizada para cada criança com perturbações do espectro autista” (Viana et al, 2021). Segundo as autoras, “a saúde bucal geralmente é negligenciada ou colocada em segundo plano, devido às preocupações diretamente relacionadas à condição

de saúde geral". O contato da criança com autismo com os profissionais de medicina dentária geralmente ocorre de forma tardia, o que representa desafios adicionais.

No mesmo artigo, as autoras recomendam que o médico dentista converse com o responsável logo no primeiro contato, para obter o máximo de informações possíveis sobre o paciente (Sant'Anna et al., 2017). Embora não existam manifestações bucais específicas em pacientes com autismo, fatores como medicamentos, hábitos orais incomuns, seletividade alimentar e comportamentos problemáticos aumentam o risco de desenvolvê-las. Bruxismo, mastigação não nutritiva de objetos, dor na articulação temporomandibular e avulsão dentária são condições comuns em pacientes com perturbações do espectro autista (Magandhree et al., 2018; Viana et al, 2021).

Apesar do tratamento tardio e dos desafios inerentes à condição, não há pesquisas ou dados que comprovem que a saúde oral de indivíduos com autismo seja significativamente inferior à de crianças da mesma faixa etária. Por exemplo, não existem estudos que demonstrem uma maior prevalência de cáries nesse grupo quando comparada à de crianças sem autismo, embora apresentem, de fato, um número importante de casos de cárie.

Ainda para as autoras citadas, há um problema relacionado à baixa sensibilidade à dor neste grupo de pacientes:

Segundo Silva (2015), os pacientes com perturbações do espectro autista possuem uma resposta à dor diminuída, o que pode levar a situações de automutilação, que também podem ocorrer na cavidade oral, resultando em problemas gengivais, úlceras na língua e nos lábios. Pode e deve ser possível obter e manter uma higiene oral adequada, assim, os pais devem ser instruídos e incentivados a entender a importância e a gravidade dos problemas dentários que estas crianças podem ter no futuro. (Viana et al, 2021).

Neste contexto, o trabalho integrado entre a família e os médicos dentistas é essencial. Um dos modelos eficazes é a utilização de imagens de referência, incluindo as próprias crianças a escovar os dentes corretamente, como forma de instrução e motivação. A família deve estar plenamente informada sobre as técnicas de cuidado e participar ativamente no tratamento, acompanhando de perto o desenvolvimento dessas práticas para promover uma boa saúde oral. O objetivo é evitar a criação de um ambiente

desconfortável e prevenir situações que possam gerar ansiedade nos pacientes. Ao reduzir essa ansiedade, os tratamentos podem ser realizados com menos complicações e maior taxa de sucesso.

2.1 PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO AUTISTA (PEA): ASPECTOS GERAIS

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma perturbação do neuro desenvolvimento que se caracteriza por alterações ao nível da interação social e comunicação aliadas a padrões restritos e/ou repetitivos do comportamento, geralmente com início antes dos 3 anos, de acordo com a DSMV. A identificação desta perturbação é normalmente feita na infância, mas pode persistir durante a adolescência e a idade adulta, sendo importante manter o acompanhamento com uma equipa multidisciplinar, incluindo pediatra, fonoaudiólogo, psicoterapeuta e terapeuta ocupacional, para melhorar os sintomas e a qualidade de vida (Sabino, M 2019). Os indivíduos com perturbações do espectro autista apresentam dificuldades em: compreender e responder de forma adequada às diferentes situações do meio ambiente; selecionar e processar informação pertinente; responder a estímulos sensoriais (hipo ou hipersensibilidade) (Motlani et al., 2022).

O termo "autismo" foi inicialmente introduzido por Eugene Bleuler em 1911, mas foi Leo Kanner quem descreveu "a perturbação Autística de Contacto Afetivo" em 1943. O autismo era anteriormente considerado uma forma de esquizofrenia infantil, até ser reconhecido como uma condição biológica separada (Borges & Azevedo Moreira, 2018).

A designação de "espectro" indica a diversidade de sintomas e gravidade observada dentro desse grupo. Embora as características essenciais das PEA sejam amplamente reconhecidas, existem diferenças significativas na extensão e qualidade dos sintomas, incluindo problemas na linguagem, sendo que apenas cerca de metade dos indivíduos com PEA apresentam atraso na linguagem falada (Nec, 2013).

Em Portugal, um estudo realizado por Oliveira (2005) procurou identificar crianças autistas no país, através de uma análise feita em escolas públicas, onde as crianças, com o apoio das suas professoras, respondiam a um questionário (nem todos os questionários enviados foram devolvidos). Segundo Oliveira, foram contactadas 2.163 das 9.546 escolas registadas. Constatou-se que 1.788 das 8.774 escolas básicas públicas (EBpub) foram contactadas, representando 20,4%, com taxas de resposta que variavam entre 17,2% no distrito de Beja e 22,4% no distrito de Braga. No caso das escolas básicas privadas (EBpar), 24,2% das 524 registadas foram contactadas. Todas as 248 escolas especiais (EE) documentadas foram incluídas no estudo (Oliveira et al., 2005).

De acordo com os dados obtidos, foi possível identificar vários casos de crianças com autismo em Portugal. A idade em que "as crianças foram observadas, avaliadas e realizada a colheita da história clínica (HC) variou entre 7,4 e 11,6 anos, com uma mediana de 9,9" (Oliveira, 2005). Das 120 crianças avaliadas, "115 (95,8%) apresentavam critérios de perturbação autística; as cinco crianças restantes preenchiam os critérios de perturbação autística" (Oliveira, 2005). No entanto, isso não indicou "critérios de perturbação de Asperger de acordo com o DSM-IV, uma vez que foi considerado um critério positivo na comunicação, mesmo em indivíduos que não apresentavam atraso quantitativo da linguagem, o que exclui este diagnóstico" (Oliveira, 2005). Por fim, "a prevalência de perturbação do espectro autista (PEA) estimada neste estudo nas crianças de nove, oito e sete anos em 1999 foi de 0,92‰ IC (0,81 a 1‰) no Continente e de 1,56‰ IC (0,82 a 2,3‰) nos Açores" (Oliveira, 2005).

A pesquisa de Oliveira (2005) concluiu que o "cromossoma Y e o DNAmt apresentaram influências genéticas distintas na população portuguesa, bem como características genéticas diferenciadas entre as populações do Norte e do Sul" (Oliveira, 2005). Ou seja, há um processo biológico em Portugal cujas características podem favorecer o desenvolvimento de casos do Espectro Autista.

2.2 ETIOLOGIA E GENÉTICA DAS PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO AUTISTA

A etiologia das Perturbações do Espectro Autista (PEA) ainda não está completamente definida. Não há consenso sobre se a sua origem é exclusivamente genética, se decorre do desenvolvimento limitado das competências, ou se resulta de uma combinação multifatorial de fatores neurobiológicos e genéticos. O diagnóstico é geralmente possível a partir dos 3 anos de idade, quando começam a surgir padrões específicos de comportamento e ações. A prevalência de diagnóstico de autismo é maior no sexo masculino, embora as mulheres, quando afetadas, tendam a apresentar casos mais graves, com um comprometimento cognitivo mais acentuado (Chandrashekhar & Bommangoudar, 2018).

Porém, na maioria dos casos, observa-se uma alteração pré-natal que resulta numa perturbação do sistema nervoso central. que pode ser desencadeada por uma variedade de fatores, incluindo influências genéticas, metabólicas ou virais, além de fatores ambientais que podem ocorrer durante o período pré-natal, perinatal ou pós-natal. Alguns estudos apontam a hipótese de que as perturbações do espectro autista podem ser uma manifestação de uma conexão neuronal atípica, na qual certas anormalidades genéticas desempenham um papel crucial. Muitos desses genes estão localizados nos cromossomas 5 e 7, o que sugere uma base genética significativa para o transtorno (Alió Sanz & Machuca Portillo, 2023).

Algumas condições genéticas e síndromes podem estar associadas ao aumento do risco de Perturbações do Espectro Autista (PEA). Síndromes como a síndrome da rubéola congénita, fenilcetonúria, complexo de esclerose tuberosa e síndrome do X frágil têm sido associadas a um maior risco de autismo. A taxa de risco para pais de uma criança com PEA terem outro filho com a mesma perturbação é de cerca 3 a 10% dependendo de vários fatores, incluindo a presença de fatores genéticos específicos e histórico familiar. (Crump et al., 2021).

Há uma série de anormalidades neuro anatómicas que estão associadas às PEA. Tais como alterações volumétricas específicas da região do córtex pré-frontal, amígdala,

hipocampo, cerebelo e lóbulos temporais, quantificadas por ressonância magnética (MRI), alterações específicas na substância cinzenta ou branca, conectividade de longo alcance de diferentes regiões do cérebro, conforme inferido a partir de estudos de imagem por tensor de difusão (DTI), e microimagens finas, assim como alterações estruturais ou celulares detectadas no tecido cerebral *post-mortem*. Estas descobertas forneceram informações importantes sobre a anatomia normal do cérebro e contribuíram para aprofundar o conhecimento e a compreensão da Perturbação do Espectro Autista (Donovan & Basson, 2017).

Enquanto no início do século XX se pensava numa herança autossómica recessiva, estudos posteriores indicaram uma herança poligénica e *multiloci*. Embora não haja um gene específico identificado, vários foram associados às Perturbações do Espectro Autista (PEA), incluindo GABARB3 e o gene do transportador de serotonina que sugerem uma conexão entre o cromossoma 3 e a Síndrome de Asperger (Andrés & Flórez., 2014).

A Perturbação do Espectro Autista não resulta de um único gene isolado, mas sim de uma interação complexa entre múltiplos fatores genéticos. Devido à sua natureza multifacetada, que engloba uma vasta gama de manifestações clínicas, a PEA exibe uma clara heterogeneidade etiológica. Esta diversidade permite a identificação de diferentes subtipos clínicos e etiológicos da condição (Filipek et al., 2000).

2.3 A TRÍADE DAS PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO AUTISTA (PEA)

A Tríade de Wing foi desenvolvida pela psiquiatra Lorna Wing e pela psicóloga Judith Gould em 1979; é um conceito central na compreensão das Perturbações do Espectro Autista (PEA) que descreve três áreas afetadas nestes indivíduos:

- Dificuldades na comunicação verbal e não-verbal.
- Dificuldades nas relações sociais.
- Ausência de capacidade simbólica.

Essas características fundamentais fornecem uma estrutura para entender a complexidade desse transtorno e são essenciais para o diagnóstico e intervenção eficaz. (Alió Sanz & Machuca Portillo, 2023).

A tríade de Wing desempenha um papel fundamental na evolução do entendimento do autismo, influenciando significativamente a pesquisa e as práticas clínicas relacionadas com essa condição. Essencialmente serve como ponto de partida para reconhecer o autismo como um espectro, culminando no conceito de Perturbação do Espectro Autista.

Figura 1. *Representação gráfica da Perturbação do Espectro Autista.*

(Adaptado de The Triad of Impairments, disponível em < https://psychiatry-uk.com/autistic-spectrum-condition/triad-of-impairments//>)

- **Dificuldade de interação social:**

As deficiências na qualidade da interação social são uma característica constante, mas a gravidade do seu acometimento pode variar. Em última análise, estas podem manifestar-se como uma redução sutil na utilização de comportamentos não verbais

essenciais para a interação social, como gestos, postura, expressões faciais e contato visual. Essas dificuldades podem resultar numa redução da capacidade de partilhar prazer e interesses com outros, ou em problemas em estabelecer um relacionamento social com os pares. Além disso, podem levar à falta de participação em atividades de grupo, tais como jogos e brincadeiras. Em casos mais severos, alguns indivíduos podem ignorar completamente a presença dos outros. Quando essas deficiências são desproporcionais em relação à idade mental do indivíduo, são consideradas patológicas (Santos & Peixoto, 2009).

- **Dificuldade na comunicação:**

O grau de gravidade dos déficits na comunicação pode variar amplamente, desde a completa ausência de comunicação até a expressão fluente em linguagem verbal. No entanto, existem sempre dificuldades em compreender questões mais complexas e dificuldades na pragmática social. Diferentemente das crianças surdas ou das que apresentam perturbações específicas de linguagem, o atraso na linguagem não é compensado pela comunicação gestual. Em vez de fazerem pedidos através de apontamentos e olhares, as crianças na fase pré-verbal tendem a pegar na mão do adulto para direcioná-lo ao objeto desejado ou buscar o item por conta própria, o que pode dar a impressão de uma independência total (Kereszturi, 2023).

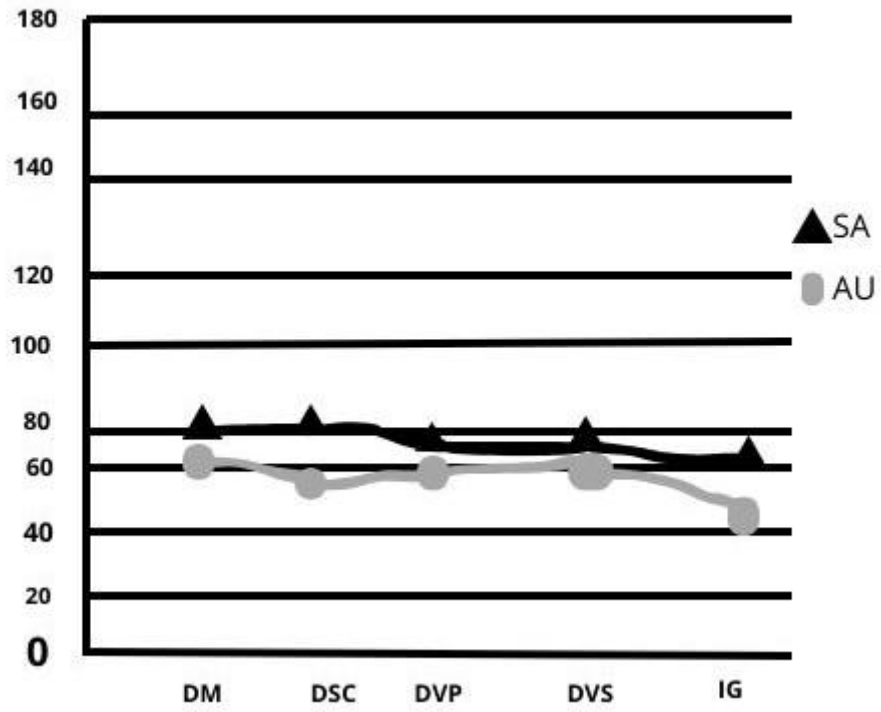
- **Conduta Repetitiva:**

Padrões de interesses comportamentais anormais, repetitivos e estereotipados ou excessivamente intensos caracterizam estes pacientes. Brincar repetidamente, fazer perguntas estereotipadas e se interessar excessivamente por determinados assuntos (sinais e regras de trânsito, símbolos, bandeiras, horários de comboios, idade das pessoas, dia dos anos, meteorologia e terramotos) são exemplos. Comportamentos motores estereotipados, como corridas sem objetivo, rodopiar, andar em bicos de pés, bruxismo ou outras posturas mais estranhas, são muito comuns (Romagnoli et al., 2019).

Os sintomas que não pertencem a tríade:

Os indivíduos com Asperger têm quase sempre reações anómalas aos estímulos sensoriais. A reação alterada ao som é muito comum e ocorre rapidamente. É possível que eles sejam surdos enquanto participam de conversas interpessoais. Um sinal de incómodo também pode ser a reação a ruídos menores que os chamam a atenção ou a tapar os ouvidos a ruídos mais comuns. Podem experimentar sensações como dor, calor ou frio. Os sintomas mais comuns incluem a necessidade de cheirar ou tatear pessoas ou objetos, bem como a fixação obsessiva ou a evicção de certas texturas. Estes sintomas são comuns e distintos.

Figura 2. *Escala de habilidades Síndrome de Asperger e Autismo.*



(Adaptado de Belinchón, et al (2008)

2.4 CLASSIFICAÇÃO

O Autismo foi classificado como uma perturbação mental em 1980, pela terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM.III), publicado pela Sociedade Americana de Psiquiatria. Este manual afirma que o Autismo é classificado como um subtipo de perturbações globais do desenvolvimento. Deficiência social, dificuldades de comunicação e comportamentos repetitivos que caracterizam essas perturbações.

O DSM-V divide o autismo em níveis diferentes de acordo com algumas condições do indivíduo autista. Basicamente, é separado em graus 1, 2 e 3 ou autismo leve, moderado e severo.

- **Grau 1 – autismo leve**

Neste grau, as maiores dificuldades estão relacionadas aos déficits de comunicação, sem muitas comorbidades associadas. Por conta disso, o pequeno com autismo leve muitas vezes é rotulado como desinteressado.

- **Grau 2 – autismo moderado**

O autismo moderado possui aspetos mais complicados em relação ao anterior. Nesse caso, a falta da verbalização pode ser um dos problemas do indivíduo acometido e, geralmente, mais comorbidades estão associadas ao diagnóstico.

- **Grau 3 – autismo severo**

O grau 3, ou autismo severo, se caracteriza pelos prejuízos no neurodesenvolvimento serem mais elevados. Nesse contexto, os problemas estão presentes desde o processo de socialização até o funcionamento geral de corpo e mente. Por esse motivo, a independência da criança com autismo é mais difícil de ser conquistada no grau 3.

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), a abordagem terapêutica das Perturbações do Espectro Autista deve ser, necessariamente, multidisciplinar.

2.5 SÍNDROME DE ASPERGER

A síndrome de Asperger foi originalmente descrita por Hans Asperger, um psiquiatra austríaco, em 1944. Ela caracteriza-se pela ausência de atrasos significativos na linguagem e no desenvolvimento cognitivo, distinguindo-se de outras Perturbações do Espectro Autista devido a essas características.

Asperger observou no seu estudo que estas crianças apresentavam graves dificuldades nas interações sociais, pedantismo, falta de coordenação motora e que a sua incidência era predominante no sexo masculino. Ele enfatizou a importância de uma abordagem educacional adequada para estas crianças, sugerindo que, apesar das dificuldades, elas têm a capacidade de se integrar desde que tenham o apoio psicopedagógico adequado (Motlani et al., 2022).

De acordo com a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência, o transtorno de Asperger é o termo específico para um tipo de perturbação caracterizada por problemas nas habilidades sociais e comportamentais.

A síndrome de Asperger descreve-se como uma perturbação do espectro do autismo localizado na extremidade “de alto espectro”. As crianças e adultos afetados demonstram uma gama restrita de interesses e comportamentos repetitivos; o desenvolvimento motor pode estar atrasado, o que leva a uma falta de coordenação nos movimentos, no entanto, pessoas com síndrome de Asperger não apresentam atrasos significativos ou dificuldades no desenvolvimento cognitivo. (Artigas-Pallares & Paula, 2012). Foi sugerido o uso do termo síndrome de Asperger e a classificação da síndrome como pertencente ao "*continuum* autista", que inclui problemas específicos na comunicação, imaginação e socialização (Tamanaha, Perissinoto, & Chiari, 2008).

Após a revisão do manual da American Psychiatric Association, o DSM-5, em 2013, a Síndrome de Asperger foi rebatizada como Perturbação do Espectro do Autismo de nível 1, o mais ligeiro dos três níveis de autismo. (Sousa, 2016).

2.6 CARACTERÍSTICAS DA SÍNDROME DE ASPERGER

Algumas das características que se manifestam no âmbito da Síndrome de Asperger são a falta de empatia, ingenuidade, pouca habilidade para fazer amigos, linguagem repetitiva, interesse desmesurado por certos temas e má coordenação motora (Tamanaha, Perissinoto, & Chiari, 2008). Dentro dessas características, há uma série de déficits que são persistentes em pacientes com Asperger.

Déficits persistentes na comunicação e interação social segundo a DGS:

1. **Déficit na Reciprocidade Sócio Emocional**:
    - Interação social anormal.
    - Incapacidade de manter uma conversa.
    - Capacidade reduzida de partilhar interesses, emoções e afeto.
    - Ausência de iniciativa para a interação social.

2. **Déficit na Comunicação Não-Verbal Usada na Interação Social**:
    - Integração reduzida entre comunicação verbal e não-verbal.
    - Contato visual e linguagem corporal anormais.
    - Déficit na compreensão e uso da comunicação não-verbal.
    - Ausência de expressões faciais e gestos.

3. **Déficit no Desenvolvimento e Manutenção de Relacionamentos Adequados para a Idade**:
    - Dificuldade em ajustar o comportamento a diferentes contextos sociais.
    - Dificuldade em partilhar brincadeiras imaginativas e fazer amigos.
    - Aparente falta de interesse nas pessoas.

Padrões de comportamento, interesses e atividades restritos e repetitivos (apenas têm de ser manifestados dois dos seguintes):

1. Diálogo, movimentos motores ou uso de objetos estereotipados ou repetitivos:

- Estereótipos motores simples.
- Repetição automática de vocalizações.
- Uso repetitivo de certos objetos e frases idiossincráticas.

2. Adesão excessiva a rotinas, padrões ritualizados de comportamentos verbais e não-verbais ou resistência excessiva a mudanças:

- Rituais motores.
- Insistência na mesma rotina ou alimento e questionamento repetitivo.
- Stress extremo em pequenas mudanças.

3. Interesses anormalmente restritos e fixos, na intensidade ou foco:

- Forte apego ou preocupação com certos objetos.
- Interesses excessivamente limitados ou repetitivos.

4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais:

- Aparente indiferença a algumas sensações.
- Resposta adversa a sons ou texturas específicas.
- Fascínio por luzes ou certos objetos.

Estes sintomas têm de estar presentes no início da infância (podem não se manifestar todos até que as exigências sociais excedam as capacidades limitadas das crianças).

Os sintomas em conjunto limitam e prejudicam as atividades do dia-a-dia (Afonso, 2019).

***Quadro 1**. Critérios de diagnóstico de perturbação de Asperger.*

A- Défice qualitativo na IS, manifestado pelo menos duas das características:

a) Acentuado comportamento no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tais como o contacto visual, a expressão facial, a postura e os gestos reguladores da interação social;
b) Incapacidade para desenvolver relações com os companheiros, adequadas ao nível de desenvolvimento.
c) Ausência da tendência espontânea para partilhar prazeres, interesses ou objectivos(por exemplo, não mostrar, trazer ou indica objectos de interesse) com os outros;
d) Falta de reciprocidade social ou emocional.

B- Padrões de comportamento, interesse e actividades restrito, repetitivos e estereotipados, que se manifestam pelo menos por uma das seguintes características

a) Preocupação absorvente por um ou mais padrões estereotipados e restritivos que resultam anormais, quer na intensidade que no seu objectivo;
b) Adesão aparentemente inflexível, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais;
c) Maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por exemplo sacudir ou rodar as mãos ou dedos ou movimentos complexos de todo o corpo
d) Preocupação persistente com parte de objectos.

C- A perturbação produz défice clinicamente significativo da actividade social, laboral ou de outras áreas importantes do funcionamento.

D- Não há um atraso geral da linguagem clinicamente significativo (por exemplo, uso de palavras simples aos dois anos, frases comunicativas aos três anos de idade)

E- Não há um atraso clinicamente significativo no desenvolvimento cognitivo ou no desenvolvimento de aptidões de autoajuda propiás da idade, no comportamento adaptativo (distinto da interação social) e na curiosidade acerca do meio ambiental durante a infância.

F- Não preenche os critérios para outra perturbação global do desenvolvimento ou esquizofrenia.

Adaptado da DSM-IV e DSM-IV-TR.

2.6.1 SÍNDROME DE ASPERGER E AUTISMO (SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS)

A síndrome de Asperger e o Autismo podem ter diferentes características em termos de estilos verbais, sinais motores, percepção de emoções e raciocínio pragmático. Ainda que não haja evidências de que a síndrome do autismo seja uma condição única, a sua existência como um diagnóstico clínico distinto ajudou a melhorar a compreensão do espectro autista (Butrón et al 2018).

Quadro 2. *Diferenças entre Autismo e Síndrome de Asperger.*

AUTISMO	ASPERGER
Coeficiente Intelectual geralmente por debaixo do normal	Coeficiente Intelectual geralmente por acima do normal.
Normalmente o diagnóstico é realizado antes dos 3 anos	Normalmente O diagnóstico é realizado depois dos 3 anos
Atraso na linguagem	Linguagem em tempo normal
a redor de 25% são não – verbais	Todos são verbais
Gramática e vocabulário limitados	Gramática e vocabulário acima do promédio
Desinteresse geral nas relações sociais	Interesse geral nas relações sociais
Um terço presenta convulsiones	Incidência de convulsões igual que no resto da população
Desenvolvimento físico normal	Torpeza geral
Nenhum interesse obsessivo de "alto nível	Interesse obsessivos de "alto nível"
os pais detetam problemas ao redor dos 18 meses de idade.	Os pais detetam problemas ao redor dos dois anos e meio.
as queixas dos pais são los atraso na linguagem.	as queixas dos pais são os problemas de linguagem, ou na socialização e conduta.

Adaptado de (Ortiz et al., 2015)

2.6.2 MANIFESTAÇÕES ORAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM SÍNDROME DE ASPERGER

As crianças com Síndrome de Asperger apresentam características como prejuízo na interação social, dificuldades de comunicação, comportamentos repetitivos e interesses restritos, o que pode afetar negativamente os cuidados orais diários. Embora os cuidados com a higiene oral possam seguir um padrão semelhante ao das crianças sem a síndrome, as dificuldades no desenvolvimento podem resultar numa maior prevalência de problemas tais como: cáries dentárias e doenças periodontais (Álvarez-Cruces et al., 2021).

Os motivos para o déficit na higiene oral incluem redução da destreza, diminuição da capacidade de aprendizagem, problemas sensoriais, maior afinidade por doces e hábitos alimentares atípicos. Além disso, a sensibilidade destes indivíduos a ruídos altos, luzes intensas, cheiros variados e à presença de instrumentos na cavidade oral pode tornar as consultas dentárias particularmente desafiantes (Cofferri et al., 2018). As características da Síndrome de Asperger podem contribuir para a falta de hábitos adequados de saúde oral, criando condições propícias para o desenvolvimento de doenças bucais. A ausência de tratamento e acompanhamento adequados favorece a progressão dessas doenças e a degradação da saúde oral, resultando em uma diminuição do bem-estar e da saúde geral dos pacientes com Síndrome de Asperger (Jesus et al., 2023).

A incidência de cáries não difere da população normal. Mas o desagrado com o contacto físico e a dificuldade para realizar a higiene oral é um agravante da saúde bucal. As manifestações orais mais comuns são: doença gengival, erosão, abrasão e cáries (Ortiz et al.,2015)

Geralmente apresentam mais patologias do que os pacientes saudáveis de idade similar. Entre as manifestações comuns estão o bruxismo entre (20- 60%), lesões traumáticas (automutilação) e a possibilidade de erosão dental por refluxo gastroesofágico. Além disso, os achados orais derivados da medicação, embora não muito frequentes, podem incluir hipossialia/xerostomia (causada por paroxetina, fluoxetina,

imipramina), úlceras (causadas por carbamazepina), atraso na cicatrização (valproato de sódio) e aumento gengival (causado por fenitoína). (Campos et al., 2009)

Não existem manifestações orais precisas em pacientes pediátricos com síndrome de Asperger, mas algumas patologias como bruxismo, má oclusão, cárie dentária e problemas periodontais, aumentam devido à capacidade limitada de compreender e assumir a responsabilidade pela saúde bucal, dificultando a colaboração nas ações preventivas (Souza & Rolim, 2022).

2.6.3 MEDICAÇÃO EM PACIENTES COM SÍNDROME DE ASPERGER

Atualmente, as dificuldades ligadas à síndrome de Asperger não são abordadas segundo um mesmo padrão ou através de prescrição de medicamentos específicos, embora certos fármacos possam ajudar a atenuar sintomas como irritabilidade, depressão, agressividade, ansiedade ou hiperatividade (Romagnoli et al., 2019).

Risperidona:

A Food and Drug Administration (FDA) em 2006 aprovou este antipsicótico de segunda geração como o primeiro fármaco para tratar a irritabilidade associada ao autismo. Isso também evidencia a eficácia da risperidona no tratamento de problemas comportamentais e sintomas associados às crianças com Asperger (Castro et al., 2023).

Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS):

Medicamentos como a sertralina, fluoxetina e citalopram são utilizados para diminuir comportamentos repetitivos típicos da Síndrome (Motlani et al., 2022).

Oxitocina:

Esta hormona endógena desempenha um papel significativo no desenvolvimento de relacionamentos e comportamento social em humanos. Devem ser oferecidas de acordo com a necessidade específica da criança tendo em consideração as potenciais vantagens e riscos (Daniella de França Menezes, 2014).

Destaca-se que os efeitos produzidos pela oxitocina são claramente promotores da saúde e podem ser uma das razões pelas quais pessoas com boas interações sociais têm melhores níveis de saúde. A oxitocina pode ser um recurso importante envolvido na proteção perante o stress e na promoção do bem-estar e da saúde geral (Ferreira De Campos et al., 2010).

À parte dos efeitos no comportamento social, a oxitocina tem um papel significativo no sistema límbico, incluindo a amígdala, redução da ansiedade e da resposta neuroendócrina ao stress em interações sociais. Assim, a hormona neuropeptídea é importante no stress social e interações sociais e, por sua vez, uma atividade desregulada pode ser associada a patologias mentais. (Heinrichs et al., 2009).

2.6.4 MEDICAÇÃO DOS PACIENTES COM SÍNDROME DE ASPERGER NO ÂMBITO DENTÁRIO

Certos medicamentos para perturbações do sono, epilepsia, problemas digestivos, sistema nervoso, irritabilidade, autoagressão e ansiedade podem causar efeitos secundários na cavidade oral (Butrón et al 2018). A medicação é semelhante à de uma criança sem esta condição. Podem ser prescritos analgésicos e anti-inflamatórios como o Diclofenac Sódico, Diclofenac Potássico e o Nimesulida. A escolha de antibióticos comuns depende da existência ou não de alergias. Nos pacientes sob tratamento anticonvulsivante, é crucial que não interrompam a sua medicação ao receberem tratamento médico dentário, mas é importante ter em conta que o uso destes anticonvulsivantes, como ácido valpróico podem causar abscessos periodontais e, em interação com os AINEs, aumentar o risco de sangramento. Outros anticonvulsivantes, como a Fenitoína, podem causar inflamação gengival (Ortiz et al., 2015).

2.7 ABORDAGEM DE ATENDIMENTO EM PACIENTE PEDIÁTRICOS COM SÍNDROME DE ASPERGER

Para os profissionais da medicina dentária, a Síndrome de Asperger pode ser uma condição pouco familiar que requer atenção especializada. É crucial entender os aspectos

mais relevantes da síndrome e proporcionar uma abordagem individualizada e personalizada no atendimento a crianças com esta condição. Além disso, é importante conhecer as manifestações orais mais comuns associadas à síndrome para garantir um cuidado eficaz e adequado (Álvarez-Cruces et al., 2021).

Existem algumas recomendações que podem ser implementadas para reduzir os problemas de comportamento durante o pré-atendimento na sala de espera: fornecer informações aos profissionais sobre as características da pessoa com Síndrome de Asperger (como seu perfil comunicativo, sensorial, comportamental e nível de autonomia nas atividades de vida diária) e reduzir o número de profissionais que terão contacto direto com a pessoa com a Síndrome. Há vários fatores a serem levados em consideração quando se trata de garantir que o paciente recebe um atendimento completo (Campos et al, 2009)

O médico dentista deve ter afinidade com as crianças criando um ambiente acolhedor e seguro, tolerância e paciência para entender que cada criança com Asperger pode agir de maneira diferente e uma voz suave a fim de a tranquilizar e reduzir consequentemente a sua ansiedade. (Amaral et al., 2018).

Os pacientes com síndrome de Asperger podem sentir-se ansiosos no consultório dentário devido aos múltiplos estímulos sensoriais. A adequação do ambiente clínico pode ajudar a criança com Asperger a tornar-se cooperante com o tratamento. O médico dentista deve identificar e reduzir os elementos que desencadeiam um comportamento negativo. O ambiente deve ter cores, brinquedos, texturas, música e o tempo de espera deve ser diminuto. Pode ser recomendado colocar a criança com Síndrome de Asperger e o acompanhante num local reservado com o mínimo de estímulos possíveis (Ortiz et al., 2015).

2.7.1 NÍVEIS DE ATENDIMENTOS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM SÍNDROME DE ASPERGER

A assistência ideal em Medicina Dentária para pacientes pediátricos com síndrome de Asperger está estratificada em três níveis (Ortiz et al., 2015).

Nível 1:

- Assistência e atendimento primário.
- Captação do paciente com incapacidade.
- Educação sobre saúde oral junto dos responsáveis da criança com Asperger.
- Avaliação da saúde oral e o comportamento do paciente.
- Estabelecer um plano dental provisório.
- Tratamentos dentários simples.

Nível 2:

- Assistência especializada em ambulatorio.
- Reavaliação do paciente pediátrico com Asperger.
- Tratamentos dentários complexos que não requeiram anestesia geral.

Nível 3:

- Assistência dentária hospitalar.
- Reavaliação do paciente pediátrico com síndrome de Asperger.
- Tratamentos dentários complexos que requeiram anestesia geral e alto risco médico.

2.7.2 PRINCÍPIOS GERAIS APLICÁVEIS A PACIENTES COM SÍNDROME DE ASPERGER

A grande variabilidade na expressão dos sintomas e as características das crianças com Síndrome de Asperger faz com que a informação dos pais seja imprescindível para o atendimento em concreto.

É muito importante recolher a informação necessária sobre as capacidades da criança com a Síndrome de Asperger para prestar um atendimento com eficácia. Devemos solicitar aos pais a seguinte informação:

- As capacidades do filho.
- As suas maiores dificuldades.
- As suas preferências de jogos, alimentação, atividades.
- A sua rotina, seus interesses específicos.
- O que mais o motiva.
- Manobras para acalmá-lo em situações de stress.
- Aspectos que geram intranquilidade (barulhos, gritos, tato, entre outros).
- Situações relaxantes para o paciente, como música, ler, desenhar.

Os pais devem trabalhar em conjunto com o médico dentista para prestar o melhor atendimento à criança. (Ortiz et al., 2015).

2.7.3 TRATAMENTO DENTÁRIO EM PACIENTES COM SÍNDROME DE ASPERGER

O tratamento dentário em pacientes com Síndrome de Asperger apresenta desafios específicos devido às características distintivas desta condição. A Síndrome de Asperger, uma forma de PEA, é caracterizada por dificuldades na interação social, comunicação e a presença de comportamentos cíclicos e repetitivos, o que pode afetar a colaboração e a resposta ao tratamento dentário. Adicionalmente, a hipersensibilidade a estímulos sensoriais, tais como sons, luzes e toques, bem como a resistência a mudanças na rotina, pode intensificar os desafios durante as consultas dentárias.

Para proporcionar um atendimento dentário eficaz a estes pacientes, é fundamental que os profissionais da medicina dentária possuam um conhecimento detalhado sobre as características da Síndrome de Asperger. A abordagem terapêutica deve ser adaptada para responder às necessidades individuais de cada paciente, incluindo a criação de um ambiente no consultório que contribua para a redução do stress e da ansiedade. Algumas das estratégias sugeridas podem incluir a modificação dos estímulos

sensoriais no ambiente clínico e o uso de técnicas de comunicação adaptadas. Além disso, é de extrema importância que os profissionais estejam atentos às manifestações orais comumente associadas à síndrome, de forma a assegurar a saúde bucal e o bem-estar geral dos pacientes. E que procurem ainda integrar a família/acompanhante em todo o processo de atendimento.

Antes da consulta de Medicina Dentária:

- Criar uma rotina específica.
- Minimizar o tempo de espera e agendar visitas curtas.
- Garantir o mesmo ambiente no consultório e equipa clínica.
- Agendar, se necessário, consultas seguidas para criar uma rotina.
- Evitar qualquer troca, mesmo que só seja um detalhe (por exemplo. a cor do uniforme pode gerar ansiedade, frustração, ira e indignação ao paciente.
- Disponibilizar tempo extra para processar a informação.
- Usar a técnica de passo a passo" a técnica dizer-mostrar-fazer (Alió Sanz & Machuca Portillo, 2023).

Durante a consulta de Medicina Dentária:

- Os pacientes com Síndrome de Asperger são altamente sensíveis ao barulho, cheiros e luzes fortes, pelo que devemos diminuir os estímulos sensoriais, podemos minimizar os sons ou colocar música da preferência da criança. O uso de ecrãs para desviar a atenção também pode ser considerado.
- Se o paciente apresenta sensibilidade ao barulho do instrumental de rotação pode-se tentar outras técnicas físico-químicas para a remoção de cáries.
- A luz da cadeira dentária às vezes não é bem tolerada por estes pacientes; o ideal seria colocar óculos escuros na criança para ajudar a diminuir o estímulo ou utilizar luzes mais fracas.
- Devido à tolerância à dor, podem não responder favoravelmente aos testes de vitalidade pulpar.

- Se o paciente mostra sinais de stress na consulta de Medicina dentária, o ideal é acabar rapidamente a consulta para não criar um trauma e continuar o tratamento na seguinte consulta.

Anestesia:

- **Local:** Estes pacientes apresentam certa tolerância à dor pelo que a anestesia local poderia evitar-se ou não ser necessária em certos procedimentos, como restaurações, higiene oral e selantes. (Campos et al., 2009).
- **Sedação:** Êxito incerto, pois pode-se produzir um efeito paradoxal, uma má resposta do paciente ao óxido nitroso, por problemas de contacto do rosto com a máscara nasal. O ideal é não usar máscara facial nem benzodiazepinas (Alió Sanz & Machuca Portillo, 2023).

  Os fármacos mais frequentemente utilizados, isolados ou em combinação, são: Versed, Vistaril, Demerol, Hidrato de Cloral e Óxido Nitroso. Durante a sedação, o paciente deve ser monitorizado com um monitor de pressão arterial e cardíaco, oxímetro de pulso e estetoscópio precordial, um tipo de estetoscópio utilizado para monitorizar os sons cardíacos e respiratórios diretamente sobre o tórax, especificamente na região precordial, colocado sobre o peito do paciente. Durante procedimentos como cirurgias ou sedação, este método permite uma monitorização contínua. É importante a presença de um assistente altamente qualificado para avaliar os sinais vitais a cada 5 minutos (Bommangoudar, 2018).

- **Anestesia geral**: Uma percentagem de 37% dos pacientes com Síndrome de Asperger realizam tratamento sob anestesia geral em ambiente hospitalar. É o mais recomendado quando não for conseguido o condicionamento do paciente para atendimento ambulatório. (Campos et al., 2009).

Depois da consulta de Medicina Dentária:

- Imediatamente depois de acabar a consulta devemos fazer um reforço positivo. Deve-se utilizar o mesmo tipo de reforço para a mesma ação, acompanhado de uma breve explicação verbal. Este método requer um grande envolvimento de

todos e deve ser implementado de forma sistemática e contínua (Alió Sanz & Machuca Portillo, 2023).

2.7.4 TÉCNICAS DE ADAPTAÇÃO À CONSULTA EM PACIENTES COM SÍNDROME DE ASPERGER

Na maioria das vezes, a criança com Síndrome de Asperger entra no consultório dentário com a sensação de apreensão, recusando abrir a boca e chorando. Uma das razões para esse comportamento é que os pais estão ansiosos com o tratamento e posteriormente transmitem esse sentimento aos filhos. Os responsáveis criam muitas expectativas devido às dificuldades que encontram no dia a dia e ficam desestimulados quando percebem que as crianças não colaboram. Como resultado, muitos esforços são feitos para que a criança e seus pais participem do tratamento. Para preparar um atendimento de pacientes com síndrome de Asperger, o médico dentista deve primeiro colher informações sobre o paciente por meio de uma extensa entrevista com ele ou seus pais. Após isso, ele deve avaliar o grau do comprometimento mental do paciente.

A abordagem de atendimento para a Síndrome de Asperger pode variar, dada a singularidade das características de cada paciente, que requer uma abordagem personalizada. É essencial adaptar as estratégias de tratamento às necessidades individuais de cada paciente, considerando suas especificidades e desafios particulares para proporcionar um atendimento eficaz e adequado. (Bommangoudar, 2018).

Como tal é fundamental:

- Realizar um exame de saúde completo é fundamental, este deve ser assinado por um responsável do paciente. Além disso, é crucial registar as experiências de consultas anteriores, tais como as técnicas de condicionamento já utilizadas e o recurso ao uso de sedação.
- Ao tratar pacientes com autismo, o médico dentista deve aprofundar o seu conhecimento sobre as características comportamentais e comunicativas dessas crianças. Este conhecimento é fundamental para a gestão eficaz da consulta, permitindo uma abordagem mais adaptada e sensível às necessidades específicas de cada paciente.

- Desenvolver um cronograma de atendimento para o paciente com síndrome de Asperger, incluindo visitas frequentes ao consultório antes do início do tratamento. Como a criança precisa de continuidade, é essencial manter o dia, o horário e a equipa profissional.
- Evitar a espera na receção e fazer consultas breves.
- Não usar palavras muito longas ou complicadas nos comandos.
- Recomenda-se o uso do método como "dizer, mostrar, fazer", controle de voz, reforço positivo (elogios imediatos e presentes ao final do tratamento) contenção física com o consentimento dos pais.
- Evitar o uso da abordagem "mão sobre a boca" durante o atendimento;
- Dar prioridade à prevenção de doenças orais, fornecendo instruções de higiene oral sempre na presença dos cuidadores;
- Criar um plano de tratamento equilibrando riscos e benefícios, sabendo que os dois principais problemas das crianças com autismo no consultório odontológico são a falta de cooperação e a incapacidade de estabelecer uma interação adequada com o profissional.
- Individualizar a abordagem, pois tratamentos que funcionam para um indivíduo autista podem não funcionar para outro.
- Reduzir os estímulos sensoriais, como luz forte, sons e odores, devido à alta sensibilidade dos pacientes com síndrome de Asperger a estes estímulos.
- Usar pictogramas para ilustrar as consultas dentárias e explicar as etapas do atendimento às crianças. O dentista deve ensinar os pais a fazer esta atividade como um jogo em casa. Isso requer que o dentista trabalhe com outros profissionais, como psicólogos e educadores.
- Ser cauteloso ao prescrever medicamentos devido à possibilidade de interações com os fármacos que o paciente já toma (Campos et al., 2009)

Na abordagem de pacientes com autismo, técnicas de condicionamento comportamental não farmacológico, amplamente empregadas na Odontopediatria, podem ser particularmente eficazes para melhorar a interação.

As técnicas de condicionamento comportamental são:

- **Falar-Mostrar-Fazer:** Explicar o procedimento, demonstrá-lo e, finalmente, realizá-lo.
- **Distração:** Utilizar estratégias para desviar a atenção do paciente de estímulos potencialmente desconfortáveis.
- **Dessensibilização:** Gradualmente expor o paciente a estímulos ou procedimentos que possam causar ansiedade, para reduzir a resposta de medo.
- **Controle do Tom de Voz:** Ajustar o tom de voz para um nível calmante e reconfortante.
- **Reforço Positivo:** Recompensar comportamentos desejados para incentivar a cooperação.
- **Modelação:** Demonstrar comportamentos desejáveis para que o paciente os imite.

Essas técnicas são essenciais para proporcionar um atendimento mais adaptado e eficaz, facilitando a colaboração e reduzindo a ansiedade dos pacientes (Sant'anna et al., 2017).

A Terapia cognitiva-comportamental normalmente inclui alguma forma e sequência dos seguintes componentes de tratamento:

- **Informação sobre a Ansiedade:** A criança com Síndrome de Asperger é informada sobre a origem dos seus sintomas de ansiedade, ajudando-a a perceber que sentir-se ansiosa não é culpa dela.
- **Reconhecimento e Impacto da Ansiedade:** O terapeuta trabalha com o paciente para ajudá-lo a entender o impacto da ansiedade e a necessidade de mudança para gerenciá-la de forma eficaz.
- **Classificação de Situações Stressantes:** É criada uma classificação das situações ou estímulos que provocam ansiedade, ordenando-os do menos ao mais ansioso.
- **Exposição Gradual e Controle do Medo:** As crianças com Síndrome de Asperger são gradualmente expostas às situações ou estímulos que causam menos ansiedade inicialmente, enquanto aprendem a controlar o seu medo.

- **Desenvolvimento de Comportamentos de Enfrentamento:** Ensina-se uma variedade de técnicas de enfrentamento, como técnicas de relaxamento, para ajudar as crianças a gerenciar e reduzir a sua ansiedade de forma eficaz.

Quando usado com os pacientes pediátricos com Síndrome de Asperger que não têm uma deficiência intelectual, os procedimentos de TCC acima são modificados, reduzindo a ênfase em discussões abstratas de pensamentos e sentimentos e aumentando a ênfase na exposição gradual e no ensino de habilidades sociais como mecanismo de enfrentamento. Além disso, são dadas recompensas para melhorar a adesão durante o tratamento, recursos visuais são usados como ferramentas de instrução e as famílias dos pacientes são incentivadas a participar. Para indivíduos que também têm deficiência intelectual, recomenda-se a exposição gradual e/ou avaliação funcional seguida de uma intervenção baseada na função (Lang et al., 2011).

III. CONCLUSÃO

Da revisão bibliográfica realizada para esta dissertação, pode-se concluir que, embora os desafios no tratamento e atendimento a pessoas com Síndrome de Asperger sejam diversos, atualmente há uma construção de acolhimento multidisciplinar que facilita o processo de tratamento dentário para as crianças com essa condição.

Em Portugal, estudos têm indicado que os casos de autismo estão relacionados com diferentes efeitos genéticos na população portuguesa, assim como características genéticas distintas entre as populações do Norte e do Sul do país, baseando-se em investigações sobre o cromossoma Y e o DNA mitocondrial realizadas nas décadas de 1990 e 2000 (Oliveira, 2005). Nos últimos anos, não só em Portugal, mas globalmente, o aumento no número de diagnósticos de autismo gerou a necessidade de uma maior preparação e conscientização para a doença nos diversos campos da medicina (Cofferri, 2018)

O atendimento para crianças com Síndrome de Asperger deve ser constante, inclusive seguindo um determinado ritual, sempre no mesmo dia e horário, com a mesma equipe, para dar confiança à criança (Trento et al, 2021). Para que a criança se familiarize com a equipa de trabalho e com o ambiente, é preciso que essas sessões sejam recorrentes. Além disso, "O paciente portador do espectro autista tem dificuldade em manter o contato visual, e devido a isso o dentista deve utilizar meios para conseguir essa comunicação", e o espaço da sessão deve ser "calmo e tranquilo", e "o profissional deve ficar na mesma altura do paciente, com o objetivo de alcançar o contato visual, além de utilizar jalecos e gorros coloridos e óculos maiores" (Trento et al, 2021).

Segundo Trento, ainda, "A utilização de filmes, cartões de imagem, aplicativos móveis aliados a técnica "falar, mostrar e fazer" reduzem a ansiedade dos pacientes e o stress no atendimento" (Trento et al, 2021) e podem auxiliar positivamente no processo de tratamento, permitindo que os procedimentos dentários ocorram de um modo menos traumático.

Além dos estudos mencionados ao longo da tese, é possível observar que, atualmente, existem informações e investigações significativas no campo da medicina dentária referentes a pacientes com Síndrome de Asperger. A tendência é que a evolução dos tratamentos e dos modelos de atendimento para crianças com esta condição continue a evoluir, com o objetivo de melhorar constantemente a qualidade de vida desses indivíduos.

IV. BIBLIOGRAFIA

Alió Sanz, J. J., & Machuca Portillo, M. C. (2023). Tratamiento ortodóncico en pacientes con necesidades especiales. En G. Machuca Portillo, P. Bullón, & L. Castellanos Cosano (Eds.), Tratamiento odontológico en pacientes frágiles y con necesidades especiales (pp. 353-382). Laboratorios Normon. ISBN 978-84-09-47986-3.

Alvarez-Cruces, D. J., Flores-Cartes, R., & Sanhueza-Lesperguer, E. T. (2021). Inclusão da prática interprofissional colaborativa para a promoção e prevenção da saúde bucal. *CES Odontología*, 34(2), 173-187. https://doi.org/10.21615/cesodon.6018

Amaral, J. M. V. (2008). *Tratado de clínica pediátrica*. Lisboa: Abbott.

Amaral, L. D., Andrade, R. S., Pedrosa, D. M. S., Marsiglio, A. A., Peruchi, C. M. S., Franco, E. J., & Miranda, A. F. (2018). Dental care to patients with autism: Clinical management guidelines. *Revista Brasileira de Odontologia*, 75, e1367. http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v75.2018.e1367

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423349

Araújo, F. S., Gaujac, C., Trento, C., & Amaral, R. C. (2021). Pacientes com Transtorno do Espectro Autista e desafio para atendimento odontológico – revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 10(14), e496101422317. http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22317

Belinchón, M., Hernández, J. M., & Sotillo, M. (2008). *Personas con Síndrome de Asperger: Funcionamiento, detección y necesidades*. Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid (CPA-UAM), Confederación Autismo España (CAE), Federación Española de Asociaciones de Padres de Autistas (FESPAU), Fundación ONCE.

Borges, V., & Moreira, L. (2018, June). Transtorno do espectro autista: Descobertas, perspetivas e Autism Plus. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 17, 230-231. https://doi.org/10.9771/cmbio.v17i2.21828.

Butrón Téllez Girón, C., Hernández Torres, R., Vásquez Martínez, M. de los Á., & Grande Gallegos, L. (2018). Consideraciones para la atención odontológica en un paciente con síndrome de Asperger: reporte de un caso. *Revista Odontología Pediátrica, 17*(1), 79-84. https://doi.org/10.33738/spo.v17i1.118

Chandrashekhar, S., & Bommangoudar, J. S. (2018). Gestão de pacientes autistas em consultório odontológico: Atualização clínica. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 11*(3), 219-227. https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1529

Coto Hernández, K. (2008). Estudio de la higiene oral en los niños autistas y con Síndrome de Asperger antes y después de estimulación para un mejor cuidado oral. *Lic. Odontología*. Retrieved from https://hdl.handle.net/20.500.14230/672

Cofferri, L., Spessato, D., & Wietholter, P. (2018). A odontologia preventiva na síndrome de Asperger: Estudo de caso. *Revista Ciência & Saúde, 3*(3), 11-16. Retrieved from https://revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/view/110

Coimbra, B. S., Soares, D. C. L., Silva, J. A. da, & Varejão, L. C. (2020). Abordagem odontológica a pacientes com transtorno do espectro autista (TEA): uma Revisão da literatura / Dental approach to patients with autism spectrum disorder (ASD): a literature review. *Brazilian Journal of Development, 6*(12). https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-045

Delli, K., et al. (2013). Manejo de crianças com transtorno do espectro do autismo no contexto odontológico: Preocupações, abordagens comportamentais e recomendações. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal, 18*(6), e862-e868. Retrieved from http://dspace.mackenzie.br/handle/10899/22708

Flórez, R. A. N. (2014). Avances y perspectivas en síndrome de Asperger. *NOVA: Publicación Científica em Ciências Biomédicas*, 12(21), 1794-2470. https://doi.org/10.22490/24629448.998

Gandhi, R. P., & Klein, U. (2014). Autism spectrum disorders: an update on oral health management. *The Journal of Evidence-Based Dental Practice, 14*(Suppl), 115–126. https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2014.03.002

Gough, N. (2012). Autism and Asperger syndrome: dental management. *Vital, 9*(4), 38–40. https://doi.org/10.1038/vital1570

Machuca Portillo, G. (Ed. lit.), Bullón, P. (Ed. lit.), Castellanos Cosano, L. (Ed. lit.), Govantes Esteso, C. (Dir.), & Simón Vázquez, M. (Dir.). (2023). *Tratamiento odontológico en pacientes frágiles y con necesidades especiales* (4ª ed.). Laboratorios Normon. ISBN 978-84-09-47986-3.

Motlani, V., Motlani, G., & Thool, A. (2022). Asperger Syndrome (AS): A Review Article. *Cureus, 14*(11), e31395. https://doi.org/10.7759/cureus.31395

Odontopediatria de uma instituição de ensino superior do Rio de Janeiro. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, 26*(2). https://doi.org/10.26843/ro_unicid.v26i2.299

Ortiz, E., Maza, A., Hernandez, O. C., Motta, K., & Luna, F. (2015). Organigrama FAOUGMA. *Organizational Document*. FAOUGMA.

Pereira de Souza, L. A., & Lopes de Barros Rolim, V. C. (2022). Manejo odontológico em pacientes com transtorno do espectro autista. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 8*(5). https://doi.org/10.51891/rease.v8i5.5572

Ribeiro, I., Freitas, M., & Oliva-Teles, N. (2013). As Perturbações do Espectro do Autismo – Avanços da Biologia Molecular [Autism Spectrum Disorders – Advances In Molecular Biology]. *Nascer e Crescer, 22*(1), 19-24. Retrieved from http://hdl.handle.net/10400.16/1487

Romagnoli, G., Leone, A., Romagnoli, G., Sansoni, J., Tofani, M., De Santis, R., Valente, D., & Galeoto, G. (2019). Occupational therapy's efficacy in children with Asperger's syndrome: A systematic review of randomized controlled trials. *La Clinica Terapeutica, 170*(5), e382–e387. https://doi.org/10.7417/CT.2019.2164

Sabino, M. (2019). Perturbação do espetro do autismo: Sinais de alerta e a importância de uma equipa multidisciplinar. *Atlas da Saúde*. Retrieved from https://www.atlasdasaude.pt/artigos/perturbacao-do-espetro-do-autismo-sinais-de-alerta-e-importancia-de-uma-equipa

Souza, T. do N., Sonegheti, J. V., Tannure, P. N., & Andrade, L. H. R. (2017). Atendimento odontológico em uma criança com transtorno do espectro autista: Relato de caso. *Revista Odontológica da Universidade Cidade de São Paulo (Online)*, 29(2), 191-197. https://doi.org/10.26843/ro_unicid.v29i2.875341

Tabaquim, M. de L. M., Vieira, R. G. de S., Razera, A. P. R., & Ciasca, S. M. (2015). Autoeficácia de cuidadores de crianças com o transtorno do espectro autista. *Revista Psicopedagogia*, 32(99), 285-292. Recuperado em 20 de junho de 2024, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862015000300002&lng=pt&tlng=pt.

Tamanaha, A. C., Perissinoto, J., & Chiari, B. M. (2008). A brief historic review of the conceptions of Autism and Asperger syndrome. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 13*(3), 296-299. https://doi.org/10.1590/S1516-80342008000300015

Uchôa, E. M., Andrade, L. H. R. de, Valente, A. G. L. R., & Tannure, P. N. (2014). Necessidade de tratamento odontológico e perfil de crianças atendidas na clínica de Odontopediatria de uma instituição de ensino superior do Rio de Janeiro. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, 26*(2). https://doi.org/10.26843/ro_unicid.v26i2.299

Viana, V. S., Santos, C. R. R., Lima, M. G. C. B., & Santos, M. F. (2021). Ciências Biológicas e de Saúde Unit. *Aracaju*, 7(1), 58-70. https://doi.org/10.15689/ap.2016.15ee.03

Volpato, S., Predebon, A., Darold, F. F., & Gallon, A. (2013). Método educacional para autistas: Reforço alternativo para o tratamento odontológico utilizando sistema de comunicação por figuras. *Ação Odonto*, 1(1), 85–98. https://periodicos.unoesc.edu.br/acaodonto/article/view/3792

World Health Organization. (2019). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Retrieved from https://icd.who.int