



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**ABORDAGEM EM CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA A
PACIENTES COM ESPETRO DE AUTISMO**

Trabalho submetido por
Maria Inês Sampaio da Silva de Brito Colaço
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2019



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**ABORDAGEM EM CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA A
PACIENTES COM ESPETRO DE AUTISMO**

Trabalho submetido por
Maria Inês Sampaio da Silva de Brito Colaço
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor Nuno Laranjeira

setembro de 2019

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Doutor Nuno Laranjeira, por toda a ajuda, disponibilidade e paciência durante a realização deste trabalho. Por todo o acompanhamento, críticas e sugestões, o meu sincero obrigada.

À Prof. Doutora Luísa Bandeira Lopes, por ter sido incansável e se ter mostrado tão recetiva a apoiar-me durante esta caminhada desde o início. Por toda a disponibilidade e boa vontade demonstradas.

Ao Instituto Universitário Egas Moniz e à Clínica Universitária Egas Moniz por me acolherem durante estes anos e terem sido a minha casa. Por fazerem com que esta despedida seja de coração apertado, com o sentimento de que aqui fui tão feliz.

Ao meu pai e à minha mãe por sempre acreditarem em mim. Por serem quem me inspira todos os dias, por me fazerem querer ser melhor. Por todos os ensinamentos e valores inculcados ao longo dos anos, que me fizeram ser quem sou e chegar onde estou.

À minha irmã Catarina, por ter acompanhado tão de perto todo este percurso. Por ter tido a sorte de poder com ela partilhar esta etapa da minha vida. Por acreditar tanto em mim e por estar comigo tanto nas boas como nas más decisões.

Ao meu namorado Tomás, por sempre me apoiar incondicionalmente e acreditar mais em mim do que, muitas vezes, eu própria. Por me fazer acreditar que não existem impossíveis. Por me mostrar que a vida pode ser tão leve, pela calma com que a leva. Por, ao longo destes anos, termos crescido tanto juntos. Agradecer por toda a disponibilidade e ajuda na realização deste trabalho. Acima de tudo, agradecer por ser o meu melhor amigo. Por me fazer tão feliz.

A toda a minha família, por sermos sempre tão unidos. Pela disponibilidade e apoio. Ao avô Zé e à avó Celeste, bem como à avó Lila e ao avô Manuel. Por serem um exemplo e me inspirarem sempre. Por serem modelo em que me baseio todos os dias para ser quem sou.

Às melhores pessoas que esta faculdade me deu, as minhas colegas de box Sofia Candeias e Joana Morgado. Foi um orgulho enorme crescer ao vosso lado e trabalhar convosco. Por fazerem com que estes cinco anos tenham parecido cinco minutos. Por todos os momentos sérios de trabalho, mas também por todos os momentos de loucura. Por termos feito esta caminhada em conjunto. Levo-vos para a minha vida toda.

Aos de sempre, Daniela, Tiago, Gonças, Sara, Bernardo, Milene, Rodrigo, Rui, Joana Pires, Steph e Taborda por me ajudarem em todos os momentos. Por celebrarem comigo todos os feitos e etapas novas da minha vida e por poder fazer parte das deles. Por terem acompanhado todo o meu percurso académico e por terem feito com que fosse tão gratificante. Por serem os melhores que podia pedir. Por serem minha família.

RESUMO

O autismo faz parte de um grupo de anomalias do desenvolvimento – Perturbações do Espectro do Autismo (PEA). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as PEA referem-se a um conjunto de condições definidas por algum tipo de comprometimento no comportamento social, na linguagem e na comunicação, e por um leque restrito de interesses e atividades, realizadas de forma repetitiva. Por vezes, são portadores de dificuldades motoras. A complexidade das características intrínsecas a estas anomalias influenciam o grau de dificuldade das consultas de Medicina Dentária, que se tornam altamente desafiantes.

Atualmente, existe uma enorme controvérsia relativa à prevalência de lesões de cárie em crianças com PEA. Contudo, existem fatores de risco associados a esta patologia, como deficiências motoras que dificultam o processo de escovagem dentária. A preferência clara por alimentos cariogénicos e a diminuição de fluxo salivar, inerente à administração de fármacos, poderão contribuir para um aumento de lesões de cárie e higiene oral deficiente nestas crianças. Assim, é essencial apostar na prevenção, na atuação precoce e na alteração de rotinas, através da implementação de hábitos saudáveis.

As crianças com PEA representam um grande desafio na consulta de Medicina Dentária. Tal deve-se não só à imprevisibilidade dos comportamentos que apresentam, mas também ao grau de stress e ansiedade a que estão sujeitas durante a consulta. Os profissionais deverão possuir formação acerca dos comportamentos típicos destas crianças e das melhores formas de atuação, tendo a capacidade de adaptar a consulta às suas peculiaridades. A falta de conhecimento nesta área ou a ausência de experiência clínica torna o atendimento a crianças com PEA extremamente difícil.

A prestação adequada de cuidados de saúde oral deverá ser uma prioridade para os Médicos Dentistas. Infelizmente, existem ainda poucos profissionais capazes de dar resposta às necessidades médico-dentárias destes pacientes. É essencial investir na formação contínua dos Médicos Dentistas de forma a que estes tenham capacidade de agir rápida e eficazmente no atendimento de crianças com necessidades especiais de educação.

Palavras-chave: Perturbação do Espectro do Autismo, Técnicas de Controlo Comportamental, Saúde Oral, Odontopediatria Especial

ABSTRACT

Autism refers to a broad range of growth conditions and anomalies – Autism Spectrum Disorder (ASD). According to the World Health Organization (WHO), PEAs refers to a set of conditions characterized by some type of impairment in social behaviour, language and communication, as well as a narrow range of interests and activities, carried out repeatedly. Occasionally, there are also challenges over motor skills. These complex characteristics, derived from these anomalies, influence the degree of difficulty of a dentistry session, which can end up being highly challenging.

Nowadays, there is an enormous controversy regarding the high frequency of carious lesions in children with PEA. However, there are risk factors associated to this pathology, such as motor deficiencies, which makes it hard to brush the teeth. The obvious preference over cariogenic food and the reduction of salivary flow, which can be inherent to drug administration, might contribute to an increase of carious lesions and poor oral hygiene in this type of children. Thereby, it is vital to be concerned and act upon prevention, early awareness and the attempt to change routines through an implementation of healthy habits, as soon as possible.

Children with PEA represent a major challenge in the dentistry session. This is due not only to the unpredictability of their behaviours, but also to the of stress and anxiety level to which they are subjected during the consultation. The professionals should have the proper training and be informed as to the typical behaviour of these children, while having the capacity to adapt the session to each child's individual requirements. Lack of knowledge in this area or lack of clinical experience makes the appointment with these children extremely complicated.

An adequate oral hygiene type of service must be a priority among dentists. Unfortunately, there are not enough professionals that are capable to act accordingly to patients that require these special dentistry needs and care. It is essential to invest in the continuing training of dentists so that they are able to act quickly and effectively in caring for children with special educational needs.

Keywords: autism spectrum disorder, behavior management techniques, oral health, pediatric dentistry.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS	7
ÍNDICE DE TABELAS	8
ÍNDICE DE QUADROS	9
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	10
I – INTRODUÇÃO.....	11
II – DESENVOLVIMENTO	13
2.1. Perturbações do Espectro do Autismo (PEA).....	13
2.1.1. Evolução histórica e definição	13
2.1.2. Etiologia	14
2.1.2.1. Fatores genéticos	15
2.1.2.2. Fatores ambientais	16
2.1.2.3. Agentes teratogénicos.....	16
2.1.3. Epidemiologia	17
2.1.3.1. Estará a prevalência de autismo de facto a aumentar?	18
2.1.3.2. Rácio sexo feminino/masculino	20
2.1.3.2. Implicações na saúde pública	20
2.1.4. Diagnóstico.....	20
2.1.4.1. DSM-V	21
2.1.4.2. ICD-10.....	24
2.1.4.3. Importância do diagnóstico precoce.....	25
2.2. A saúde oral em pacientes com espectro de autismo	26
2.2.1. Lesões de cárie	26
2.2.1.1. Conceito.....	26
2.2.1.2. Cárie Dentária em crianças com PEA	27
2.2.1.3. Barreiras à manutenção da saúde oral	28
2.2.1.4. Prevenção e controlo	29
2.2.2. Erosão Dentária.....	30
2.2.3 Bruxismo	30
2.2.4. Lesões Autoinfligidas.....	31

2.2.5. Malocclusão	33
2.2.6. Traumatismos Dentários	34
2.2.7. Efeitos adversos de fármacos usados no tratamento do Autismo	34
2.3. Abordagem em consulta de Medicina Dentária.....	37
2.3.1. Preparação prévia da criança.....	38
2.3.2. A consulta de Medicina Dentária	39
2.3.3. Técnicas básicas de controlo comportamental	43
2.3.3.1. Dizer-mostrar-fazer	43
2.3.3.2. Dessensibilização.....	43
2.3.3.3. Controlo de Voz	44
2.3.3.4. Análise Comportamental Aplicada (ACA).....	44
2.3.3.5. Reforço Positivo	45
2.3.3.6. Distração.....	45
2.3.3.7. Presença ou Ausência dos Pais/Cuidadores	46
2.3.3.8. Técnicas sensoriais	47
2.3.3.9. Pedagogia Visual	47
2.3.4. Técnicas avançadas de controlo de comportamento	49
2.3.4.1. Estabilização de proteção	49
2.3.4.2. Sedação Consciente	50
2.3.4.3. Anestesia Geral.....	52
2.4. Estratégias preventivas	53
2.4.1. Higiene Oral	53
2.4.2. Hábitos alimentares	55
2.4.3 Aplicação de selantes de fissura.....	55
III – CONCLUSÃO.....	57
IV – BIBLIOGRAFIA.....	59

ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS

Gráfico 1 – Padrão de Bruxismo num estudo realizado na Arábia Saudita, com 150 crianças saudáveis e 150 crianças com Perturbação do Espectro do Autismo..... 31

Figura 1 – Utilização de roupa de estabilização protetora..... 49

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Taxas de Prevalência mundial do autismo entre 2003 e 2014..... 18

Tabela 2 – Efeitos adversos dos fármacos mais administrados nos pacientes com Perturbações do Espectro do Autismo 35

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de Diagnóstico segundo o DSM-V	22
Quadro 2 – Níveis de gravidade para Transtorno do Espectro Autista	23
Quadro 3 – Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento segundo ICD-10	24
Quadro 4 – Comparação da autonomia na escovagem dentária em pacientes com e sem Perturbações do Espectro do Autismo.....	29
Quadro 5 – Comportamentos autolesivos em crianças com e sem Perturbações do Espectro do Autismo	32
Quadro 6 – Prevalência de maloclusões em indivíduos com ou sem PEA	33
Quadro 7 – Comparação dos níveis de sedação e suas características	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

SNC – Sistema Nervoso Central

ICD – International Classification of Diseases

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHO – World Health Organization

MD – Médicos Dentistas

ACA – Análise Comportamental Aplicada

I – INTRODUÇÃO

O autismo é um distúrbio global do desenvolvimento neurológico. (P. M. L. de Sousa & Santos, 2005). Trata-se de uma anomalia que faz parte de um grupo de perturbações: as Perturbações do Espectro do Autismo (Madureira, 2014).

Está classificado no manual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) como sendo uma Desordem do Neurodesenvolvimento (Nunes, 2016).

As Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) caracterizam-se por dificuldades ao nível da comunicação e da linguagem. Estes pacientes apresentam fraca capacidade de interação social (P. M. L. de Sousa & Santos, 2005).

Os pacientes com autismo demonstram, geralmente, interesses muito específicos e apresentam comportamentos repetitivos (Rocha, 2015).

Frequentemente, os pacientes autistas exibem dificuldades motoras e alterações sensoriais (P. L. Sousa, 2015).

Atualmente, ainda não foi alcançado um consenso relativo à prevalência de lesões de cárie em crianças com PEA (Jaber, Sayyab, & Abu Fanas, 2011).

No entanto, há vários fatores de risco associados a esta patologia como a dificuldade de manutenção da saúde oral. A maioria das crianças apresenta reduzida destreza manual devido a deficiências motoras. Tal leva a que seja realizada uma escovagem dentária mais precária (El Khatib, El Tekeya, El Tantawi, & Omar, 2014).

Geralmente, nestas crianças, é visível uma diminuição do fluxo salivar devido a administração de fármacos (El Khatib et al., 2014).

Por outro lado, estas crianças demonstram preferência por alimentos doces e de consistência mole, tendo estes um elevado grau cariogénico. (Jaber et al., 2011).

As crianças autistas representam um grande desafio na consulta de Medicina Dentária. Tal, deve-se não só à grande complexidade de comportamentos que apresentam, mas também ao grau de stress e ansiedade que a consulta representa para elas (Nunes, 2016).

Este trabalho tem como objetivo compilar e descrever modos e diretrizes de atuação em consulta de Medicina Dentária com pacientes com PEA. Através do estudo de hábitos e rotinas de saúde oral nestes pacientes, juntamente com o aprofundamento do

conhecimento das complicações que surgem com mais frequência em consultório no atendimento destes pacientes, foram descritos alguns protocolos úteis nestes casos.

Foi realizada uma revisão de literatura científica publicada entre os anos de 1996 e 2019. Com este objetivo, procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *PubMed*®, *b-on*® e *SciELO*®, tendo sido também consultado o motor de pesquisa *Google Scholar*®, utilizando as palavras-chave: “Autism Spectrum Disorder”, “Behaviour Management Techniques”, “Oral health”, “etiology”, “diagnostic criteria”, “bruxism”, “self-injury”, “pharmacological techniques” “conscious sedation”.

II – DESENVOLVIMENTO

2.1. Perturbações do Espectro do Autismo (PEA)

O Autismo é um distúrbio global do desenvolvimento neurológico. Caracteriza-se fundamentalmente por ter repercussões ao nível da linguagem, comunicação e interação social (Pinto, 2017). Os portadores apresentam, não só alterações no comportamento, nomeadamente gestos e atividades mais restritivas e repetitivas, como também alterações na forma de pensar (Jordan, 2000). Esta anomalia surge nos primeiros três anos e mantém-se durante toda a vida, evoluindo com a idade (Teodoro, Godinho, & Hachimine, 2016).

2.1.1. Evolução histórica e definição

O termo autismo começou a ser utilizado, em 1911, por Eugen Bleuler (P. M. L. de Sousa & Santos, 2005). Este, usou-o para descrever comportamentos específicos de pacientes esquizofrénicos, como isolamento extremo e sensação de abandono (Chandrashekhar & Bommangoudar, 2018).

O Autismo Clássico foi descrito pela primeira vez por Leo Kanner, no ano de 1943 na sua obra “Distúrbios Autistas do Contacto afetivo” (Ribeiro, Freitas, & Oliveira-Teles, 2013). Neste estudo, reuniu 11 crianças que manifestavam défice de interação social, dificuldades na comunicação, no discurso e na interpretação, bem como comportamentos repetitivos e restritivos (Pinto, 2017).

O Autismo apenas foi reconhecido como uma desordem mental no ano de 1980 (Pinto, 2017). Passou, nesse mesmo ano, a estar integrado no manual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, referido como sendo um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (Chandrashekhar & Bommangoudar, 2018).

Neste manual, estão descritas cinco Perturbações do Espectro do Autismo: Perturbação Autística (forma clássica do autismo, descrita por Kanner); Síndrome de Asperger, cujos indivíduos portadores apresentam características comuns ao autismo mas que possuem as suas capacidades comunicativas, linguísticas e neurológicas intactas; Perturbação Desintegrativa da Infância, em que as crianças, nos seus primeiros anos de vida aparentam ser normais mas, mais tarde, adquirem dificuldades na fala e outras características típica do autismo; Perturbação Invasiva do Desenvolvimento, em que o

portador apresenta características inerentes ao autismo mas menos graves; e Síndrome de Rett, em que indivíduos do sexo feminino apresentam características específicas do autismo mantendo, no entanto, as capacidades linguísticas relativamente intactas (Ribeiro et al., 2013; P. M. L. de Sousa & Santos, 2005).

Atualmente, segundo a Associação Americana de Psiquiatria, considera-se que as Perturbações do Espectro de Autismo são um conjunto de Distúrbios do Neurodesenvolvimento (Ribeiro et al., 2013).

Os pacientes com Perturbação do Espectro do Autismo caracterizam-se por comunicação deficiente, dificuldades de interação social, alterações comportamentais e utilização de movimentos mais restritos e repetitivo (P. M. L. de Sousa & Santos, 2005). O autismo também surge, frequentemente, associado a disfunções da fala, dificuldades de aprendizagem e deficiências motoras ou sensoriais (C. R. B. V. M. B. de Lima, 2018).

Esta perturbação ocorre de diferentes formas e graus em diferentes indivíduos ou, até, no mesmo indivíduo em várias alturas da vida (Ciulla, 2017). Como tal, este tipo de comportamentos descritos anteriormente são um padrão geral, embora cada portador apresente características distintas.

Apesar de não se conhecer cura ou total recuperação de autismo, sabe-se que podem existir melhorias consideráveis ao longo do tempo, especialmente se a criança viver num ambiente propício, com educação e formação adequadas. Embora o autismo esteja frequentemente associado a dificuldades na aprendizagem, este pode coexistir com níveis intelectuais e de inteligência muito elevados (C. O. F. Amaral et al., 2012; Jordan, 2000).

2.1.2. Etiologia

Nas décadas de 50 e 60, acreditava-se que o autismo era uma perturbação do foro psicológico e emocional (Oliveira, 2005). Vários investigadores nesta área, como Leo Kanner, julgavam que esta perturbação estaria associada a fatores sociais, ambientais e familiares (Chew, King, & O'Donnell, 2017). Considerava-se, nesta época, que as crianças portadoras desta perturbação tinham dificuldade de interação afetiva com os seus parentes mais próximos. Esta suposição levou a que os cuidadores destas crianças fossem vistos como os culpados pela falta de afeto para com os seus filhos. Uma vez que não existiam quaisquer bases científicas que pudessem comprovar esta teoria, a mesma acabou por ser rejeitada pouco tempo depois. (Pinto, 2017)

Nos anos 70, foi proposta a hipótese de que a base desta perturbação estaria relacionada com a neurobiologia da criança, uma vez que uma percentagem significativa de crianças com autismo apresentava epilepsia ou alterações eletroencefalográficas (Oliveira, 2005).

Vários estudos provaram que o relacionamento e afetividade dos pais para com os seus filhos com Perturbação do Espectro do Autismo era semelhante aos dos pais de crianças sem problemas. Concluiu-se, então, que a falta de afeto por parte dos pais não interagia de maneira alguma com o facto de as crianças serem ou não portadoras desta patologia (Oliveira, 2005). A partir desta época passou a existir uma concordância de que a PEA pode ser provocada por defeitos neurológicos e por fatores genéticos (Chew et al., 2017).

No que diz respeito ao diagnóstico do autismo, foram vários os estudos que revelaram que em 60% dos casos de gémeos monozigóticos era encontrada a doença, enquanto que nos gémeos dizigóticos não eram encontrados quaisquer casos de autismo. Por outro lado, nos irmãos que não eram gémeos, foi diagnosticada Perturbação do Espectro do Autismo em 3-7% dos casos. Estes estudos vieram comprovar e reforçar a ideia de que o autismo é uma doença multifatorial de hereditariedade. Contudo, continuam a ser desconhecidos o modo de transmissão e o número de genes (Oliveira, 2005; Rocha, 2015).

Nos dias de hoje, ainda não existe uma causa clara para a ocorrência da PEA (P. M. L. de Sousa & Santos, 2005). Sabe-se que é multifatorial e que poderá envolver fatores genéticos, agentes teratogénicos e fatores ambientais (Chandrashekar & Bommangoudar, 2018; Ribeiro et al., 2013).

2.1.2.1. Fatores genéticos

Estudos comprovaram que o autismo está relacionado com genes em várias regiões de múltiplos cromossomas (Oliveira, 2005). Foram descritos casos de famílias com múltiplos casos de autismo (Landrigan, 2010). O autismo pode ocorrer associado a várias síndromes como a síndrome do X frágil e a síndrome de Timothy (Chandrashekar & Bommangoudar, 2018).

2.1.2.2. Fatores ambientais

Os fatores ambientais podem, também, estar associados ao autismo (Pinto, 2017). Agressões e lesões precoces no cérebro imaturo podem levar a uma maior suscetibilidade à perturbação (Oliveira, 2005). No entanto, não existe um consenso relativamente à associação com estes fatores (Rocha, 2015).

Alguns estudos apontam para que complicações pré ou perinatais surjam relacionados com uma maior percentagem de casos de autismo. Estão descritos vários fatores que poderão, de alguma forma, contribuir para a maior prevalência da doença como gravidez em idade avançada, prematuridade do bebé e a hemorragia durante o período de gestação (Rocha, 2015).

2.1.2.3. Agentes teratogénicos

Estão descritos casos de autismo associados a exposição a agentes teratogénicos, tanto infecciosos como químicos (Oliveira, 2005). Exposições pré-natais ao vírus da rubéola, por exemplo, aumentam o risco de autismo (C. O. F. Amaral et al., 2012). Vários autores têm também referido infeções congénitas e citomegalovírus em crianças com autismo (Oliveira, 2005). Em relação aos agentes teratogénicos químicos, estudos demonstraram que existe uma frequência aumentada de casos de autismo quando há exposição a talidomida, ácido valpróico e cocaína (Chandrashekhar & Bommangoudar, 2018).

Foi também investigada a interferência do álcool durante a gestação. Algumas crianças terão sido expostas a álcool durante a gravidez, sendo que parte dessa amostra terá apresentado quadros de PEA (Oliveira, 2005).

Conclui-se que o cérebro humano em desenvolvimento é muito vulnerável quando exposto a agentes tóxicos (Landrigan, 2010). O resultado da exposição a agentes tóxicos depende de vários fatores como o tempo de exposição, a concentração do agente tóxico, o seu mecanismo de ação e a sua distribuição no sistema nervoso central (SNC) (Rocha, 2015).

Entre 1987 e 2007, introduziram-se cerca de 80,000 químicos no ambiente mundial. Não foi realizado qualquer teste de toxicidade em nenhum destes químicos. Nesta altura, segundo o Departamento de Saúde dos Estados Unidos, num período de apenas cinco anos, terá ocorrido um aumento de 500% de casos de Perturbação do Espectro

do Autismo. O aumento do número dos casos de autismo coincide com o espaço temporal em que houve aumento dos agentes tóxicos no ambiente mundial (Madureira, 2014).

2.1.3. Epidemiologia

Durante muitos anos, o autismo era uma doença incompreendida pela sociedade, que o via como uma condição assustadora e, como tal, punha de parte todos os indivíduos autistas. Na altura, eram intitulados de “débeis mentais”. As perturbações do Espectro do Autismo só começaram a ser estudadas pela comunidade científica nas últimas décadas. Têm vindo a surgir, mais recentemente, vários estudos que vão dando a conhecer a etiopatogenia da doença, de forma a torná-la mais compreendida pela sociedade. Ao longo dos últimos anos, têm existido enormes avanços no conhecimento deste transtorno. No entanto, continua a existir muito por esclarecer e desvendar. (Rocha, 2015)

Em 1966, Victor Lotter realizou o primeiro estudo epidemiológico de autismo. Neste estudo, usou os critérios de diagnóstico definidos, na época, por Kanner e obteve uma taxa de prevalência de Autismo “Clássico” de 4.1/10,000 e de Perturbações do Espectro do Autismo de 7.8/10,000. Na década de 70, as taxas de prevalência do autismo variavam entre 0.7 e 5 em cada 10,000 pessoas. Os valores obtidos, nesta época, relativos às restantes PEA foram de 3.1 a 21.2/10,000. Neste período, continuava a ser usada a classificação de Kanner (Oliveira, 2005).

Na década de 80, teve início a aplicação de critérios de diagnóstico da DSM-III (terceira versão do livro *Diagnostic of Statistic Manual of Mental Disorders*) (Oliveira, 2005). Apesar de, nesta altura, já existirem duas versões anteriores deste manual, a terceira versão propôs uma nova classificação revolucionária que mudou por completo o modo de especificar e categorizar as doenças mentais. Passou a ser considerado a referência das perturbações mentais, acabando por ser adotado em todo o mundo (Russo & Venâncio, 2006).

Na década de 90, a maioria dos estudos apontava para uma taxa de prevalência de autismo de 1/10,000 casos em todo o mundo e uma taxa de prevalência de PEA de 2/10,000 (Pinto, 2017).

A partir do ano de 2000 houve um crescimento extremamente acentuado no número de casos e, conseqüentemente, das taxas de prevalência da doença. No ano de

2000 a prevalência aumentou para 5 casos de autismo em cada 10,000 e 2-20 casos de PEA em cada 10,000 (Pinto, 2017).

Na tabela 1, estão sumariados dados obtidos em vários artigos, referentes aos anos 2003-2014.

País	Ano	Ano Estudado	Nº Total População	Grupo Etário	Nº De Casos Prevalentes	Taxa De Prevalência (Por 10 000)
Austrália	2008	2003-2004	5 459	6-12 anos	-	12.1-35.7
Reino Unido	2013	2004	145 485	8 anos	521	35.8
Reino Unido	2013	2005	143 721	8 anos	535	37.2
Reino Unido	2013	2006	147 049	8 anos	568	38.6
Reino Unido	2013	2007	142 229	8 anos	540	37.9
Reino Unido	2013	2008	138 847	8 anos	543	39.1
Reino Unido	2013	2009	138 317	8 anos	566	40.9
Reino Unido	2013	2010	132 147	8 anos	515	39.0
EUA	2013	2011-2012	95 677	6-17 anos	-	200
EUA	2015	2014	43 283	3-17 anos	-	224

Tabela 1 – Taxas de Prevalência mundial entre 2003 e 2014 (Blumberg et al., 2013; Montiel-Nava & Peña, 2008; Taylor, Jick, & Maclaughlin, 2013; Williams, Macdermott, Ridley, Glasson, & Wray, 2008; Zablotsky, Black, Schieve, & Blumberg, 2015).

2.1.3.1. Estará a prevalência de autismo de facto a aumentar?

Nos artigos publicados nas últimas décadas referentes à prevalência do autismo, parece ser consensual o facto de ter existido um crescimento rápido e bastante significativo. Segundo o Departamento de Saúde dos Estados Unidos (The United States Department of Health), entre 2008 e 2013 ocorreu um grande aumento na ordem dos 500% de casos de Perturbações do Espectro do Autismo (Madureira, 2014).

Existe, de facto, um número crescente de casos em todo o mundo. Contudo, a razão para este crescimento ter ocorrido é um tema bastante controverso entre os autores. Apesar de ser um tema bastante discutido ao longo dos últimos anos, não existe ainda concordância entre os autores. (Oliveira, 2005).

A primeira hipótese apontada é que este aumento é efetivamente derivado de um aumento real do número de casos. Este aumento genuíno poderia dever-se à exposição

a agentes tóxicos ou teratogénicos durante a gravidez, medicação usada durante a gravidez, agressões perinatais, idade materna avançada, entre outros (Rocha, 2015).

Porém, não existem certezas de que este aumento da prevalência do autismo realmente ocorreu. O facto de, ao longo dos anos, não ter havido uma única classificação das PEA, faz com que tenham sido utilizados diferentes critérios de diagnóstico (Matson & Kozlowski, 2011; Pinto, 2017).

A alteração relativamente frequente destes critérios é vista por muitos como a principal razão do aumento da prevalência do autismo. Adicionalmente, existem também muitas diferenças metodológicas entre os estudos realizados. Não é possível, então, relacionar os valores obtidos de forma a criar um padrão de crescimento uma vez que estas diferenças criaram resultados divergentes entre os vários estudos (Oliveira, 2005).

Existem mais fatores que podem estar na origem destas oscilações, como o facto de alguns pais, receando o diagnóstico, optarem por não expor os sintomas de PEA dos seus filhos e não submetê-los a diagnósticos da doença (Leventhal et al., 2011).

Contudo, uma vez que nos últimos anos tem havido uma enorme consciencialização por parte dos pais, profissionais de educação e clínicos sobre as PEA, têm sido criados instrumentos de rastreio mais fiáveis e postos em prática métodos de diagnóstico muito mais precisos. Este tema tem sido bastante referido nos *media*, fazendo com que se tenha tornado uma doença mais conhecida e desmistificada. Tal levou a que começasse a haver uma maior procura de avaliação dos sintomas por parte dos pais (Matson & Kozlowski, 2011). Todos estes fatores contribuíram para um melhor diagnóstico e mais rápida sinalização dos sintomas da doença (C. R. B. V. M. B. de Lima, 2018).

Será de extrema importância chegar-se a um consenso relativo à metodologia e critérios de diagnóstico utilizados. É imperativo que sejam realizados mais estudos para que seja possível a melhor compreensão desta doença. No entanto, esta pesquisa exige critérios de diagnóstico controlados (Matson & Kozlowski, 2011). Como tal, é extremamente importante regulamentar todos os fatores padronizáveis que influenciam esta taxa de prevalência (Oliveira, 2005).

2.1.3.2. Rácio sexo feminino/masculino

A prevalência do autismo é cerca de quatro vezes superior no sexo masculino (Madureira, 2014). Em diferentes artigos epidemiológicos, a relação entre o sexo masculino/feminino foi de 4.3/1, sendo que se observa uma variação deste valor entre 1.3 e 16 (Hill et al., 2014; Oliveira, 2005).

Alguns autores mencionam que este contraste se pode dever ao facto de os indivíduos de sexo feminino apresentarem maior resistência a mutações genéticas cerebrais (Pinto, 2017).

2.1.3.2. Implicações na saúde pública

O autismo não é uma doença exclusiva de países ricos. Existe uma enorme necessidade de melhoria de serviços em países menos desenvolvidos. É necessário alargar e expandir os recursos dos sistemas de saúde também às zonas mais periféricas e menos desenvolvidas (Elsabbagh et al., 2012).

Esta doença reflete uma grande preocupação em termos de saúde pública uma vez que os portadores apresentam uma grande inadaptação a nível social por exibirem uma enorme dificuldade na comunicação e, também, na aprendizagem. O autismo é uma perturbação que pode e deve ser detetada muito cedo, para que possa haver uma intervenção desde início, assim que se manifestem os primeiros sintomas e sinais da doença (Madureira, 2014).

2.1.4. Diagnóstico

Uma avaliação correta e um diagnóstico preciso implicam que exista uma abordagem multidisciplinar. As equipas são, geralmente, constituídas por um pediatra, um especialista em fonoaudiologia, um psiquiatra infantil, um psicólogo e um terapeuta ocupacional ou um fisioterapeuta (Charman & Baird, 2002).

O diagnóstico é realizado em várias etapas. Através do exame clínico, observam-se os comportamentos e o grau de desenvolvimento da criança. Esta avaliação do grau de desenvolvimento é realizada regularmente, em consultas de rotina de Pediatria. Nesta consulta, é feita uma análise em que se avaliam as capacidades de aprendizagem, linguagem, locomoção e comportamento. Caso os resultados deste exame sejam diferentes dos resultados esperados para a idade da criança, deverão ser realizados exames específicos de diagnóstico de autismo (Rocha, 2015).

Na realização de um diagnóstico, são necessárias algumas informações específicas como uma história clínica detalhada, em especial do desenvolvimento, observação direta dos comportamentos sociais e a realização de uma entrevista com os pais cujo objetivo será fornecerem uma descrição detalhada sobre os comportamentos, vida quotidiana, atividades, grau de interação social e qualidade da comunicação da criança (Charman & Baird, 2002).

Na execução do diagnóstico, podem ser utilizados vários métodos. Existem dois sistemas de classificação de perturbações e doenças psiquiátricas frequentemente usados: DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – edição 5) e o ICD-10 (*International Classification of diseases* – 10ª edição) (P. L. Sousa, 2015).

2.1.4.1. DSM-V

O manual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – edição V (American Psychiatric Association) é uma reestruturação das edições passadas desta obra (Rocha, 2015).

Apesar de ser a mais recente, a maioria dos artigos publicados nos últimos anos ainda se baseia na edição nº4 deste manual. Foram alteradas, nesta nova edição, as características que determinam qual o diagnóstico das Perturbações do Espectro do Autismo. Foram também descritos novos sintomas que não vinham referidos nas edições anteriores. Estas alterações fizeram com que houvesse uma nova divisão dos sintomas em dois grupos, em vez de três, como acontecia nas publicações passadas (Pinto, 2017).

A tríade de sintomas (comunicação, interação social e linguagem) passou a ser composta apenas por dois domínios (o primeiro relativo à comunicação e interação social, em que estão incluídas a comunicação verbal e não-verbal, e o segundo que diz respeito aos padrões repetitivos e restritivos de comportamentos, interesses e atividades, em que estão inseridas as rotinas obsessivas e as híper ou hiposensibilidade sensoriais) (Pinto, 2017).

Segundo esta classificação, as PEA são classificadas como sendo uma única perturbação, diferindo apenas em vários níveis de gravidade. Na edição anterior, no entanto, as PEA eram divididas em diferentes subclassificações (P. L. Sousa, 2015).

Critérios de Diagnóstico das PEA

<p>A. Défices persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Défices na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.2. Défices nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contacto visual e linguagem corporal ou défices na compreensão e uso de gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.3. Défices para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.
<p>B. Padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (por exemplo alinhar brinquedos ou girar objetos, ecoalia)2. Insistência nas mesmas ideias, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (por exemplo sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldade com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente)3. Interesses fixos e altamente restritivos que são anormais em intensidade ou foco (por exemplo forte apego ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos)4. Hiper ou Hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente (por exemplo indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação por luzes ou movimento.
<p>C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida)</p>	
<p>D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo presente.</p>	

Quadro 1 - Critérios de diagnóstico segundo o DSM-V. Adaptado de (Association, 2013).

Nesta fase, em que já existe um diagnóstico, determina-se o nível de gravidade. Este poderá ser leve (nível 1), moderado (nível 2) ou grave (nível 3). Esta classificação permite saber a quantidade de apoio necessário, sendo esta necessidade crescente à medida que subimos o nível (P. L. Sousa, 2015).

Nível de Gravidade para Transtorno do Espectro Autista

Nível de Gravidade	Comunicação Social	Comportamentos restritos e repetitivos
Nível 1 – Exigindo apoio	Na ausência de apoio, défices na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planeamento são obstáculos à independência.
Nível 2 – Exigindo apoio substancial	Défices graves nas habilidades de comunicação social verbal e não-verbal. Prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio. Limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em vários contextos. Sofrimento e/ou dificuldade em mudar o foco ou a ação.
Nível 3 – Exigindo apoio muito substancial	Défices graves nas habilidades de comunicação social verbal e não-verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade em mudar ou foco ou a ação.

Quadro 2 - Níveis de gravidade para Transtorno do Espectro Autista. Adaptado de (Association, 2013; “DSM-V CRITERIA,” n.d.).

2.1.4.2. ICD-10

O sistema de classificação ICD-10 foi proposto pela Organização Mundial de Saúde. Segundo esta classificação, as PEA incluem-se no grupo das Perturbações Pervasivas de Desenvolvimento. Dentro deste grupo, existem oito subgrupos.

Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento

A. Autismo Infantil	<ol style="list-style-type: none">1. Apresenta défices de desenvolvimento2. Apresenta défices sociais e de comunicação, associados à presença de padrões de comportamentos repetitivos3. Manifesta-se antes dos três anos de idade
B. Autismo Atípico	<ol style="list-style-type: none">1. Apresenta alguns défices semelhantes ao do Autismo Infantil, sem que estejam presentes os três critérios de diagnóstico2. Manifesta-se após os três anos de idade
C. Síndrome de Rett	<ol style="list-style-type: none">1. Apenas atinge o sexo feminino2. Apresenta uma perda total ou parcial das competências sociais, de comunicação, locomoção e motricidade fina, após um período de desenvolvimento dito normal3. Apresenta uma diminuição do crescimento craniano4. Manifesta-se entre os sete e os vinte e quatro meses de idade5. Diminuição progressiva e severa das capacidades mentais
D. Outras perturbações desintegrativas da infância	<ol style="list-style-type: none">1. Apresenta um desenvolvimento dito normal até à perda repentina das capacidades previamente adquiridas2. Perda de interesse pelo ambiente que o rodeia
E. Perturbação hiperativa associada a atraso mental e movimentos padrões	<ol style="list-style-type: none">1. Apresenta atraso mental severo2. Défice de atenção elevado e hiperatividade
F. Síndrome de Asperger	<ol style="list-style-type: none">1. Défices sociais e de motricidade fina2. Atividades e interesses restritos e repetitivos3. Ausência de atrasos cognitivos ou de linguagem4. Tendência a persistir na adolescência e vida adulta

G. Perturbação pervasiva de desenvolvimento não especificado
H. Outras perturbações pervasivas de desenvolvimento

Quadro 3 - Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento segundo ICD-10. Adaptado de (P. L. Sousa, 2015).

2.1.4.3. Importância do diagnóstico precoce

Vários fatores têm contribuído para que o diagnóstico do Autismo se possa fazer numa idade precoce. É possível detetar alguns sinais de alerta a partir dos seis meses de idade, e aos dois anos é possível formalizar o diagnóstico (C. R. B. V. M. B. de Lima, 2018).

Os sinais precoces são detetáveis a partir dos seis meses de idade. Alguns exemplos destes sinais são: Ausência de contacto visual e físico; ausência de resposta ao nome; ausência de movimento antecipatório (para pedir colo); ausência de relacionamento social e isolamento; ausência de gestos (apontar, cumprimentar); dificuldade em fazer imitações; ausência de brincadeiras interativas como jogos; ausência de vocalizações; repetição do que lhe foi dito (ecoalia); parecer surdo; excesso de birras; dificuldade em alternar entre brinquedos e inadaptação a brinquedos novos; inadaptação a situações novas e a alterações na rotina; e movimentos repetitivos (C. R. B. V. M. B. de Lima, 2018).

Estes sinais de alerta devem ser tidos em conta e não devem ser ignorados, apesar de existir a possibilidade de, nesta idade, não ser representativos de nenhuma patologia (C. R. B. V. M. B. de Lima, 2018).

A importância da deteção precoce desta perturbação prende-se com o facto de, desta forma, ser possível atuar mais prematuramente permitindo uma atenuação dos efeitos (Rocha, 2015).

É importante que haja acesso a terapias de estímulo do neurodesenvolvimento e comportamentais o mais cedo possível. Caso tal aconteça, é possível melhorar significativamente a sua interação social e comunicativa no futuro (Teodoro et al., 2016).

Portugal é o país na Europa com idade de diagnóstico mais precoce, sendo, geralmente, realizado aos 33,53 meses de idade. Estudos realizados neste âmbito, demonstraram que 74% dos diagnósticos de Autismo realizados aos 21 meses de idade se mantiveram aos 47 meses de idade. No entanto, 26% das crianças apresentaram uma diminuição dos sintomas, passando de Autismo a Autismo não especificado (C. R. B. V. M. B. de Lima, 2018).

O diagnóstico é, então, mais estável quando efetuado a partir dos três anos de idade. Nesta fase, as crianças apresentam, normalmente, um interesse acrescido pelo outro e aumentam as suas capacidades de socialização. Sendo assim, alguns autores apontam a idade de 40 meses como sendo a idade média de diagnóstico em que este já é mais preciso. (C. R. B. V. M. B. de Lima, 2018).

2.2. A saúde oral em pacientes com espectro de autismo

Segundo a Federação Dentária Internacional (FDI), a saúde oral é multifacetada e inclui a capacidade de falar, sorrir, cheirar, provar, tocar, mastigar, engolir e transmitir várias emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto e patologia do complexo craniofacial (Glick et al., 2016).

A saúde oral é essencial à saúde geral. Ambas são um requisito fundamental para uma boa qualidade de vida. Para tal, têm de existir cuidados específicos para que se mantenha a saúde oral. As crianças com PEA apresentam dificuldades e enfrentam obstáculos que tornam mais difícil a conservação da saúde oral (Loo, Graham, & Hughes, 2008).

Os cuidados orais em crianças com PEA apresentam mais dificuldade na sua manutenção. Como tal, devem ser tidos como prioridade. Caso contrário, podem surgir problemas de saúde oral que, se piorarem e intensificarem, terão um enorme impacto na sua qualidade de vida (Naidoo & Singh, 2018).

2.2.1. Lesões de cárie

2.2.1.1. Conceito

A cárie dentária é uma doença multifatorial, infecciosa e transmissível. É a doença mais comum nas crianças, sendo dieta-dependente. Ocorre quando há acumulação excessiva de microrganismos cariogénicos, especialmente *Streptococcus Mutans*, na superfície do esmalte e sua colonização. Os *Streptococcus Mutans* metabolizam hidratos de carbono fermentáveis, como a sacarose, produzindo ácidos. Esta acidez do meio faz com que haja decomposição de fosfato de cálcio presente nas camadas mais superficiais do esmalte. Esta perda mineral vai evoluindo até se observar uma cavidade que vai ganhando maiores proporções à medida que o tempo passa.

Esta doença pode ser prevenida ou mesmo revertida. Para que seja possível haver

reversão da doença, esta tem de ser detetada precocemente, enquanto apenas é visível uma mancha branca opaca no esmalte, sem qualquer cavitação, geralmente conhecida como *White Spot* (J. E. de O. Lima, 2007; Losso, Tavares, Silva, & Urban, 2009; Narvai, 2000).

2.2.1.2. Cárie Dentária em crianças com PEA

Ao longo dos anos, nenhum estudo provou que existem manifestações orais típicas e específicas nos indivíduos com PEA (Lu, Wei, & Huang, 2013). No entanto, existe maior quantidade de fatores de risco nestas crianças devido a limitações na comunicação, comportamentos de autoagressão, preferências alimentares, hábitos orais nocivos e efeitos secundários de medicação (Madureira, 2014; Naidoo & Singh, 2018).

Atualmente, existe uma enorme controvérsia relativamente à prevalência de lesões de cárie em crianças com PEA (Nilchian, Shakibaei, & Jarah, 2017). Ainda não se chegou a um consenso sobre se esta prevalência é ou não mais elevada nas crianças com PEA, relativamente às crianças normais (Rocha, 2015).

Vários autores referiram, em estudos publicados nos últimos anos, que não existem resultados significativos que permitam afirmar que a prevalência é maior em um dos grupos. Certos artigos mencionam que crianças com autismo apresentam uma menor incidência de cáries. Explicam-no, mencionando que os pais poderão, nestes casos, ter um cuidado redobrado relativamente à saúde oral destas crianças. (Barry, O’Sullivan, & Toumba, 2014; Bhandary & Hari, 2017; Ciulla, 2017; Lu et al., 2013; Rocha, 2015).

Por outro lado, outros autores apontam para o facto de a população autista apresentar uma maior prevalência de lesões de cárie. (Bhandary & Hari, 2017; Nilchian et al., 2017; Pinto, 2017; Rocha, 2015; Sarnat, Samuel, Ashkenazi-Alfasi, & Peretz, 2016). Existem vários fatores que poderiam explicar este aumento da prevalência nos pacientes com autismo. Geralmente, estes pacientes apresentam distúrbios alimentares associados a dietas pobres, sendo extremamente seletivos relativamente à sua alimentação, manifestando predileção por alimentos com alto teor de açúcar. Geralmente, demonstram também preferência por alimentos moles, rejeitando alimentos com sabores mais intensos. A atitude protetora dos pais, querendo satisfazer os desejos do seu filho, numa tentativa de os “compensar” pelos efeitos adversos da sua doença, pode fazer com que lhes sejam dados os alimentos que querem. (Barry et al., 2014; Bhandary & Hari,

2017; Du, Yiu, King, Wong, & McGrath, 2014; Pinto, 2017; Rai, Hegde, & Jose, 2012; Sarnat et al., 2016).

Adicionalmente, têm, frequentemente, o hábito de manter a comida na cavidade oral em vez de a deglutir. A causa para tal poderá estar na falta de coordenação da língua e dos músculos das bochechas (Sarnat et al., 2016). Por outro lado, as crianças com PEA apresentam, normalmente, higiene oral deficiente devido a escovagem inadequada que se deve não só a hábitos de escovagem irregulares, como também à falta de destreza manual comum nestes pacientes. Indivíduos com melhores capacidades manuais apresentam melhor higiene oral (Barry et al., 2014; Rai et al., 2012).

2.2.1.3. Barreiras à manutenção da saúde oral

A manutenção da saúde oral nestes pacientes torna-se mais complicada uma vez que não conseguem comunicar ou exprimir quaisquer queixas. Não verbalizam dores que estejam a experienciar, quer sejam derivadas de problemas dentários, quer relacionadas com intervenções em consultório. Estes pacientes são extremamente sensíveis a sons específicos, luzes, texturas, cheiros e sabores (Chandrashekar & Bommangoudar, 2018).

Inclusivamente, vários autores referem-se a estas crianças como tendo um comportamento em consultório não-cooperante e hiperativo. Por vezes, apresentam comportamentos auto-lesivos. Todos estes fatores podem complicar bastante a consulta de Medicina Dentária, uma vez que existe uma grande quantidade de estímulos durante a consulta. Uma estimulação excessiva pode levar, por exemplo, a uma reação de fuga (Madureira, 2014).

A falta de destreza manual dos pacientes com autismo é, também, um fator que complica a manutenção da saúde oral nestas crianças (Pinto, 2017). Estes indivíduos apresentam, frequentemente, dificuldades motoras que os impedem de realizar a sua higiene oral de uma forma autónoma (Sarnat et al., 2016). Num estudo realizado em 2012, concluiu-se que apenas 23% dos indivíduos com espectro de autismo eram capazes de realizar a sua higiene oral de forma independente (Quadro 4) (Orellana, Silvestre, Martínez-Sanchis, Martínez-Mihi, & Bautista, 2012).

Tipo de Escovagem	Indivíduos com PEA	Indivíduos sem PEA
Autónoma	23.33%	100%
Assistida	46.67%	0%
Ambas	30%	0%

Quadro 4 - Comparação da autonomia na escovagem dentária em pacientes com e sem Perturbação do Espectro do Autismo. Adaptado de (Orellana et al., 2012).

Frequentemente, os pais não dão a devida importância aos problemas orais, por falta de informação e educação na área. Desta forma, acabam por negligenciar a oportunidade destas crianças serem tratadas devidamente (Sarnat et al., 2016). Noutros casos, o obstáculo prende-se no facto de os tratamentos dentários serem de elevado custo e não serem acessíveis a toda a população (Rocha, 2015).

Por fim, também a medicação nestes casos pode representar uma barreira para a manutenção da saúde oral. Estes pacientes estão sujeitos a medicação crónica, provocando, muitas vezes, efeitos adversos como a diminuição da secreção salivar. Quando há baixa secreção salivar, ocorre um aumento de formação de placa bacteriana. Por outro lado, a saliva tem um efeito de neutralização de ácidos e de limpeza que, perante uma diminuição do fluxo, deixa de ser tão eficaz (C. O. F. Amaral et al., 2012).

2.2.1.4. Prevenção e controlo

A higiene oral correta e adequada pode e deve ser conseguida e mantida. Para tal, os pais têm de ser instruídos e motivados para a sua importância e para a gravidade dos problemas dentários que estas crianças podem vir a enfrentar. Assim, devem ser implementadas medidas de prevenção, como programas de saúde oral que incluam o ensino de técnicas de escovagem e de higiene oral desde idades muito precoces, ao invés de só se agir quando já são apenas necessárias medidas corretivas (Ciulla, 2017).

As crianças com espectro de autismo, geralmente, necessitam de ter rotinas estabelecidas. Quando existe uma alteração na sua ordem de realização das tarefas diárias, ficam confusas e exaltadas. Como tal, devem ser impostas pelos pais rotinas regradas de higiene oral diárias para que as crianças as interiorizem e não as rejeitem posteriormente (Rocha, 2015).

São necessários um enorme esforço e uma grande persistência por parte dos familiares, No entanto, caso se verifiquem, tornar-se-á muito mais fácil obter e manter uma higiene oral adequada (Rai et al., 2012).

2.2.2. Erosão Dentária

As crianças com PEA apresentam, frequentemente, refluxo gastroesofágico, devido a distúrbios gastrointestinais, comuns nestes pacientes. Tal leva a que ocorra maior erosão dentária nestas crianças. Também a dieta e a medicação crónica usada nestes pacientes podem provocar um aumento da erosão dentária (Madureira, 2014).

2.2.3 Bruxismo

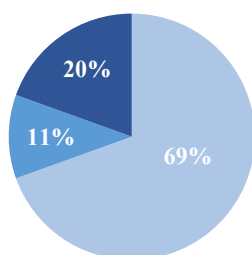
Segundo a Academia Americana de Dor Orofacial, o bruxismo define-se como sendo a atividade parafuncional noturna ou diurna, que inclui ranger ou apertar os dentes (Leeuw & Klasser, 2008). Caracteriza-se por ser uma atividade repetitiva dos músculos da mandíbula (Manfredini, Serra-Negra, Carboncini, & Lobbezoo, 2017). Pode ser classificado em Bruxismo Diurno ou Bruxismo Noturno (Winocur et al., 2019). Esta parafunção caracteriza-se por ranger ou apertar os dentes de forma rítmica (Barnoy, Najdowski, Tarbox, Wilke, & Nollet, 2009; Muthu & Prathibha, 2008).

Estes movimentos repetitivos promovem o desgaste dentário ou atrição, em que existe desgaste de esmalte até haver exposição da dentina e posterior desgaste da mesma. As facetas de desgaste são um sinal típico de bruxismo (El Khatib et al., 2014).

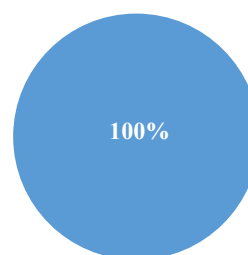
Adicionalmente, o bruxismo cria lesões dos tecidos periodontais e dor orofacial, derivada do cansaço dos músculos, por estarem permanentemente em esforço, e de disfunções da articulação Temporomandibular (Al-Sehaibany, 2017).

O bruxismo é descrito, por vários autores, como sendo o hábito oral mais comum nos pacientes autistas (Al-Sehaibany, 2017). Alguns artigos sugerem que esta relação seja uma consequência do nível de ansiedade destes pacientes (Barnoy et al., 2009). Calcula-se que cerca de 5-10% dos adultos saudáveis sejam portadores deste hábito. Na população autista, este valor ronda os 38% (Muthu & Prathibha, 2008; Rocha, 2015). O gráfico 1 representa o padrão de bruxismo num estudo realizado na Arábia Saudita. De notar que o bruxismo ocorre maioritariamente durante a noite, em ambos os grupos de crianças.

Indivíduos com PEA



Indivíduos sem PEA



■ Bruxismo Diurno ■ Bruxismo Noturno ■ Ambos ■ Bruxismo Diurno ■ Bruxismo Noturno ■ Ambos

Gráfico 1 - Padrão de Bruxismo num estudo realizado na Arábia Saudita, com 150 crianças saudáveis e 150 crianças com Perturbação do Espectro de Autismo. Adaptado de (Al-Sehaibany, 2017).

No tratamento do bruxismo são usadas, geralmente, técnicas de modificação comportamental. No entanto, em crianças com PEA este método poderá não ter sucesso devido a reduzidas habilidades intelectuais e dificuldades de comunicação (Muthu & Prathibha, 2008). Em casos de crianças autistas recorre-se, em geral, a tratamento farmacológico. Por exemplo, a injeção de toxina botulínica tem sido bastante usada nestas situações, assim como medicação para o SNC, de forma a controlar a ansiedade e reduzir o stress, possíveis responsáveis pela ocorrência desta parafunção (Al-Sehaibany, 2017).

2.2.4. Lesões Autoinfligidas

As crianças com autismo, frequentemente, autolesionam-se. Estes comportamentos autolesivos são realizados, muitas vezes, de forma repetitiva e constante, sendo um movimento compulsivo não planeado (Cenit, Desarrollo, Cedeco, Integración, & Cis, 2019).

Estas lesões são feitas de variadas maneiras: beliscar-se, arranhar-se, morder-se, ou bater com a cabeça contra paredes ou objetos (Al-Sehaibany, 2017). Podem também surgir lesões na cavidade oral, caso o paciente morda as bochechas ou lesione as gengivas com as unhas. Pode até ocorrer autoextração de peças dentárias (Naidoo & Singh, 2018).

Pode estar envolvida, nestas lesões, qualquer parte do corpo. No entanto, as regiões da cabeça e do pescoço, incluindo cavidade oral, são as mais frequentes, tendo uma prevalência de 75% nas crianças com PEA (El Khatib et al., 2014; Madureira, 2014).

Estes comportamentos são muito frequentes nos doentes com PEA. Nos Estados Unidos, estima-se que 28% das crianças autistas têm comportamentos autolesivos

(Shields, Akobirshoev, Dembo, & Mitra, 2019). Tal acontece especialmente nos casos de autismo mais severos (Rocha, 2015).

Estes episódios acontecem, geralmente, por mudanças na rotina diária habitual destas crianças, ou como forma de chamar a atenção dos pais ou do médico dentista. Pode, também, ocorrer como uma tentativa de evitar algo que não queiram fazer ou que estejam receosos, como acontece frequentemente nas consultas de Medicina Dentária (Cenit et al., 2019).

Vários estudos referem que a prevalência de comportamentos não cooperativos de crianças autistas em consulta de medicina dentária ronda os 55-65% (Rocha, 2015).

Geralmente, a frequência, a força e a intensidade com que praticam estes comportamentos autolesivos são diretamente proporcionais ao estado de ansiedade e de frustração da criança. (Cenit et al., 2019)

Os comportamentos autolesivos destes pacientes são, provavelmente, os mais preocupantes e angustiantes para os pais e familiares, uma vez que observar o indivíduo autista a autoagredir-se gera um enorme sofrimento (Cenit et al., 2019). Os cuidadores, geralmente, ficam frustrados por não saber o que está a originar estes comportamentos nem como os parar (Rocha, 2015).

Podem ser identificados vários sinais visíveis característicos, como a presença de cicatrizes ou lesões na cabeça, pescoço, mãos ou mesmo nos dedos (El Khatib et al., 2014).

Lesões Autoinfligidas	Crianças com PEA	Crianças sem PEA
Práticas lesivas reportadas pelos pais	31.6%	2%
Sinais Extra-orais		
Lesões na cabeça	17%	1%
Lesões no pescoço	8%	0%
Lesões nas mãos e dedos	28%	1%

Quadro 5 - Comportamentos autolesivos em crianças com e sem Perturbação do Espectro do Autismo. Adaptado de (El Khatib et al., 2014).

2.2.5. Maloclusão

A maloclusão é um distúrbio dentoalveolar que pode afetar a estética e a função, o que pode levar a uma menor interação social e qualidade de vida (Fontaine-Sylvestre, Roy, Rizkallah, Dabbagh, & Ferraz dos Santos, 2017).

Vários estudos apontam para o facto de as crianças com PEA terem uma maior prevalência de certos tipos de maloclusão (Orellana et al., 2012)

Estes distúrbios são atribuídos a uma combinação de fatores entre os quais hábitos parafuncionais, como uso de chupeta, bruxismo, deglutição atípica, respiração oral e sucção digital, hiperatividade muscular e dificuldades na mastigação (Orellana et al., 2012).

	Indivíduos com PEA	Indivíduos sem PEA
Classificação de Angle		
Classe I molar	42.5%	56%
Classe II molar	42.5%	33%
Classe III molar	14.9%	11%
Desvio da linha média		
< 4 mm	61.1%	68.3%
> 4 mm	38.9%	31.7%
Mordida aberta		
Anterior	8.1%	3.9%
Posterior	3%	-
Mordida cruzada		
Anterior	8.1%	5.9%
Posterior	13.1%	4.9%
Overbite		
Normal	77%	79%
Aumentada (>65%)	13.8%	15%
Diminuída ($\leq 0\%$)	9.2%	6%
Overjet		
Normal	54.4%	85.1%
Aumentada (<4mm)	38.9%	10.9%
Diminuída (>1mm)	6.7%	4%
Apinhamento maxilar		
Leve	29.3%	19.8

Moderado	4%	16.8%
Severo	5.1%	1%
Apinhamento mandibular		
Leve	36.4%	22.8%
Moderado	8.1%	14.9%
Severo	4%	3%

Quadro 6 - Prevalência de maloclusões em indivíduos com ou sem PEA. Adaptado de (Fontaine-Sylvestre et al., 2017).

2.2.6. Traumatismos Dentários

As crianças com PEA sofrem traumatismos dentários mais frequentemente do que as crianças saudáveis (Sarnat et al., 2016). Cerca de 23% das crianças com PEA sofrem este tipo de traumatismos. Em relação às crianças saudáveis, apenas 15% parecem apresentar lesões de trauma dentário (Rocha, 2015).

Esta prevalência aumentada nos pacientes com PEA deve-se aos comportamentos autolesivos típicos, a má coordenação motora (tendo um andar instável), ao défice de atenção que, geralmente, apresentam (tendo, desta forma, fracos reflexos protetores) e, também ao overjet aumentado (Rocha, 2015).

Os traumatismos dentários nas crianças com PEA ocorrem, mais frequentemente, nos incisivos centrais superiores permanentes. Geralmente, ocorrem mais no sexo feminino e o tipo de fratura mais ocorrente é a fratura de esmalte (Madureira, 2014).

Apesar de estas lesões se mostrarem tão frequentes, passa muito tempo, normalmente, desde a fratura até à procura de assistência dentária profissional. Nesta consulta, o Médico Dentista deve informar os pais ou cuidadores que sempre que ocorre um traumatismo dentário é necessária intervenção imediata em consultório. Deve explicitar qual o protocolo a seguir no caso de novo traumatismo acontecer (Madureira, 2014).

2.2.7. Efeitos adversos de fármacos usados no tratamento do Autismo

Pacientes com PEA que não apresentem sintomas, normalmente não lhes são administrados fármacos. A maioria dos fármacos são receitados a estes pacientes apenas quando apresentam sintomatologia como hiperatividade, depressão ou comportamentos agressivos (Tabela 2).

SINTOMAS	MEDICAÇÃO	EFEITOS ADVERSOS
Hiperatividade, falta de atenção e impulsividade	Estimulantes: Anfetamina e Dextroanfetamina Metilfenidato e Dextrometilfenidato	Xerostomia, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, disgeusia Xerostomia, aumento de pressão arterial e frequência cardíaca, eritema multiforme
Hiperatividade, falta de atenção e impulsividade	Não estimulantes: Atomoxetina	Xerostomia, aumento de frequência cardíaca e de pressão arterial
Hiperatividade, falta de atenção e impulsividade	Anti-hipertensores; Clonidina e Guanfacina	Xerostomia, disfagia, disgeusia e sialoadenite
Hiperatividade, falta de atenção e comportamentos repetitivos E Transtorno obsessivo-compulsivo e/ou depressão	Antidepressivos atípicos: Bupropiona	Xerostomia, disgeusia, estomatite, gengivite, bruxismo, disfagia, angioedema
Hiperatividade, falta de atenção e comportamentos repetitivos E Transtorno obsessivo-compulsivo e/ou depressão	Antidepressivos Tricíclicos: Amitriptilina, Desipramina e Imipramina	Xerostomia, disgeusia, estomatite, sialoadenite, edema da língua, descoloração da língua
Transtorno obsessivo-compulsivo e/ou depressão	Inibidores seletivos da recaptção da Serotonina (ISRSs): Escitalopram, Fluoxetina, Paraxetina, Sertralina	Xerostomia, disfagia, náuseas, ansiedade, dor de cabeça, suores e bruxismo.

<p>Transtorno obsessivo-compulsivo e/ou depressão</p>	<p>Inibidores seletivos da recaptção da Serotonina e Norepinefrina (ISRSNs): Duloxetine e Venlafaxina</p>	<p>Xerostomia, disfagia, náuseas, ansiedade, dor de cabeça, suores e bruxismo.</p>
<p>Comportamentos agressivos</p>	<p>Antipsicóticos: Olanzapina, Risperidona e Paliperidone</p>	<p>Xerostomia, sialorreia, disfagia, disgeusia, estomatite, gengivite, edema da língua, glossite, descoloração da língua, distonia e angioedema.</p>
<p>Comportamentos agressivos</p>	<p>Anticonvulsivantes: Carbamazepina</p>	<p>Xerostomia, estomatite, glossite, disgeusia, supressão da medula óssea</p>
<p>Comportamentos Agressivos E Convulsões</p>	<p>Valproate Lamotrigina</p>	<p>Xerostomia, estomatite, glossite, disgeusia, petéquia oral. Angioedema da boca, lábios, língua ou face. Lesões orais, xerostomia, náuseas, dor de cabeça, visão turva.</p>
<p>Convulsões</p>	<p>Relaxantes musculares e antiespasmódicos: Baclofeno Diazepam</p>	<p>Xerostomia, angioedema da boca, lábios, língua ou face Xerostomia ou hipersalivação, convulsões, fadiga, depressão, depressão respiratória.</p>

Tabela 2 - Efeitos adversos dos fármacos mais administrados nos pacientes com autismo. Adaptado de (Impacts, 2010)

2.3. Abordagem em consulta de Medicina Dentária

O atendimento de pacientes com PEA em consulta de Medicina Dentária é um enorme desafio. Existe uma grande dificuldade, por parte destas crianças, em comunicar, concentrar-se e entender instruções dadas durante uma consulta (Nunes, 2016).

Sabe-se que as crianças com Perturbação do Espectro do Autismo sofrem de hiperatividade e dificuldade em prestar atenção, não se relacionando facilmente com outras pessoas. Todos estes fatores podem influenciar negativamente a consulta de Medicina Dentária, aumentando o seu grau de dificuldade (Rocha, 2015).

A dificuldade na prestação de cuidados de saúde oral a estas crianças é aumentada por vários fatores. Nomeadamente a idade precoce; condições médicas associadas; e dificuldade de comunicação, especialmente complicada quando a criança não tem qualquer capacidade de comunicação verbal. A incapacidade de realizar tarefas de higiene diária de forma autónoma representa, também, uma dificuldade acrescida no tratamento desta criança (Nelson, Sheller, Friedman, & Bernier, 2015).

Os traumas despoletados por consultas anteriores são muito frequentes nestes pacientes. Estes traumas levam a que a criança não aceite ser tratada novamente. Os pais, frequentemente, adiam a ida ao Médico Dentista para consulta de rotina com os seus filhos devido a esta fobia, o que implica um aumento da prevalência de lesões de cárie, já que se verifica um pior estado de saúde oral em geral nestas crianças, por não comparecerem nas consultas com a devida regularidade (Luscre & Center, 1996).

As crianças com PEA são extremamente sensíveis a estímulos. Numa consulta de Medicina Dentária, existem inúmeros estímulos que podem interferir com o temperamento da criança (Rocha, 2015).

As luzes, os sons estridentes e os cheiros fortes podem sobrecarregar a criança. Esta é extremamente sensível ao toque, essencial numa consulta de Medicina Dentária, ao sabor e à textura, incontornavelmente presentes nas luvas, por exemplo (Association, 2013).

Muitas vezes, as crianças perante este excesso de estímulos, apresentam uma reação de tentativa de fuga (Nunes, 2016).

Numa tentativa de amenizar as consultas, criaram-se várias estratégias que visam melhorar a abordagem por parte do médico e aumentar a qualidade da prestação de cuidados de saúde oral (P. L. Sousa, 2015).

2.3.1. Preparação prévia da criança

A consulta de Medicina Dentária representa um enorme desafio para as crianças com PEA. A preparação da criança para a consulta deve ter em conta duas vertentes extremamente importantes: os pais e o ambiente em consultório (Ciulla, 2017).

Os pais devem, em primeiro lugar, estar devidamente informados e educados para poderem ajudar os seus filhos da melhor forma. Despende algum tempo de forma a adquirir conhecimentos e aprender novas estratégias é imprescindível para o sucesso da preparação da consulta. Estas novas informações irão dar aos pais mais destreza e melhor capacidade de preparar os seus filhos para a futura consulta (Ciulla, 2017).

Os pais devem, adicionalmente, falar com o médico antes da consulta para que este possa gerir expectativas e acalmar possíveis situações de medo e ansiedade. O estado agitado dos pais pode afetar bastante a criança e, como tal, deve existir uma conversa prévia esclarecedora (Nelson et al., 2015).

Os pais representam uma ajuda valiosa no sucesso da consulta, uma vez que são capazes de apontar possíveis obstáculos. Estes são os únicos que poderão esclarecer o médico dentista acerca das particularidades da criança: estímulos a que são mais sensíveis (luzes, sons, etc); capacidades de comunicação, visão, audição; tipo de comportamento esperado (Nelson et al., 2015).

Com vista a facilitar esta transmissão de informação dos pais ao médico, algumas clínicas possuem um questionário que é aplicado na primeira consulta, de forma a que o médico passe a saber mais sobre a criança e seja capaz de atuar de acordo com estas informações (Nelson et al., 2015).

No entanto, visto que algumas clínicas ainda não adotaram este questionário, a organização *Autism Speaks* disponibilizou aos pais e médicos dentistas um guia (*Dental Tool Kit*). Neste guia, podem ser encontradas várias informações relevantes, entre elas um questionário que os pais poderão preencher e entregar ao médico, de forma a esclarecer quaisquer dúvidas do médico, atuando da forma mais adaptada possível às particularidades da criança (Ciulla, 2017).

O *Dental Tool Kit* fornece informações aos familiares da criança autista relativas à preparação prévia à consulta, ao melhor método de escovagem e de utilização do fio dentário e, também, à consulta em si e à apresentação do profissional à criança. Adicionalmente, este guia é bastante útil para o Médico Dentista, contendo uma parte dedicada à explicação da patologia e à forma de preparar o consultório para receber uma

criança com PEA. O questionário consiste num conjunto de perguntas destinadas aos pais para melhor conhecimento da criança por parte do Médico Dentista (Autism Speaks, 2010).

As primeiras questões são relativas a informação médica, como História Clínica, fármacos, alergias e dificuldades motoras. A segunda parte do questionário consiste numa série de questões acerca da higiene oral do paciente autista, como se utiliza uma escova manual ou elétrica, se realiza a escovagem autonomamente ou se necessita de assistência e se utiliza fio dentário. A terceira parte explora as capacidades de comunicação da criança, questionando os pais sobre o meio de comunicação utilizado pelo paciente (verbal ou não-verbal). Por fim, a última parte do questionário baseia-se numa série de questões relacionadas com o comportamento e as emoções da criança, dando ao Médico Dentista a conhecer os desafios comportamentais do paciente, estímulos a que seja mais sensível (sons, luzes, toque, sabores, entre outros) (Autism Speaks, 2010)

As crianças com PEA, geralmente, são mais capazes de tolerar este tipo de situações se estiverem familiarizadas e não estranharem os procedimentos. A consulta deve ser algo esperado, que não as surpreenda. Caso tal não aconteça, irão reagir mal e, provavelmente, não irão aceitar a realização de qualquer procedimento. Os pais devem informar o médico sobre qual a melhor hora do dia para a consulta ser realizada (Nelson et al., 2015).

Em alguns casos, poderá ser necessário efetuar algumas alterações no consultório ou na quantidade de pessoas que integram a equipa nessa consulta. Os pais poderão trazer objetos de conforto para a criança (brinquedos que mais gostam, por exemplo) para que esta se sinta mais confortável (Nelson et al., 2015).

2.3.2. A consulta de Medicina Dentária

Como visto anteriormente, não existe evidência que conclua que as crianças com Perturbação do Espectro do Autismo apresentam patologias orais diferentes dos pacientes sem PEA. Por estarem sujeitos a mais obstáculos que lhes dificultam a manutenção da higiene oral, em alguns estudos verifica-se que os resultados apontam para, por exemplo, uma maior incidência de cárie nestes pacientes (L. D. Amaral, Carvalho, & Bezerra, 2016).

No entanto, uma vez que as patologias são semelhantes, os procedimentos não variam muito. O maior problema e a maior diferença nestes procedimentos é a cooperação

da criança e o seu comportamento na consulta, derivado justamente da sua patologia (Rocha, 2015).

Antes da primeira consulta de Medicina Dentária, deve existir uma reunião prévia. Este encontro dos pais, criança e médico é de extrema importância uma vez que será possível, desta forma, preparar e tranquilizar os pais para a primeira consulta. Os pais têm oportunidade de esclarecer todas as suas dúvidas e medos, ao mesmo tempo que a equipa médica pode reunir mais informações sobre a criança e ficar a conhecer um pouco mais sobre a sua personalidade e sobre as suas peculiaridades associadas à doença. Deve-se questionar os pais sobre limitações físicas e mentais (Chandrashekhhar & Bommangoudar, 2018).

Será, então, essencial, ouvir os pais com atenção para que também eles ganhem confiança e se sintam mais descansados em relação a este passo na vida dos seus filhos. Desta forma, podem preparar a criança para a primeira consulta. A equipa médica deve esclarecer os pais, para que estes saibam que mesmo que a criança seja extremamente difícil de lidar a equipa não mudará nem “abandonará” a criança (Chandrashekhhar & Bommangoudar, 2018).

Esta reunião deve passar-se numa sala calma com brinquedos para que a criança fique entretida, de forma a que os pais possam conversar com o médico com calma (Chandrashekhhar & Bommangoudar, 2018).

Em muitos casos, a primeira consulta pode consistir, simplesmente, numa ida ao consultório para que a criança se familiarize com o espaço e com as pessoas. Frequentemente, são várias as consultas de adaptação. Estas consultas são de grande importância, uma vez que irão tornar o paciente menos ansioso e com menos medo do desconhecido (Nelson et al., 2015).

As consultas de visita ao consultório têm o objetivo de fazer com que o paciente se sinta mais confortável neste novo ambiente, conheça os equipamentos, materiais, sons, as cores e até mesmo os cheiros (L. D. Amaral et al., 2016).

Para além disso, o facto de retornar várias vezes ao consultório faz com que a criança vá criando uma rotina, imprescindível para a sua adaptação e aceitação (Klein & Nowak, 1998).

A ansiedade do paciente pode ser amenizada, se o médico optar por comunicar com uma voz calma, explicar os procedimentos de uma forma simples e dar direções e comandos claros e objetivos ao paciente. Uma boa comunicação entre o médico e o paciente é a base necessária para o estabelecimento de uma relação de confiança, que irá

consequentemente gerar cooperação (L. D. Amaral et al., 2016; Chandrashekhar & Bommangoudar, 2018; Nelson et al., 2015).

O desenvolvimento da boa relação entre as duas partes irá traduzir-se, então, numa diminuição da ansiedade e numa melhoria a nível da compreensão (L. D. Amaral et al., 2016).

Os pacientes com PEA apresentam, em geral, um tempo de atenção muito limitado. Estima-se que, em média, a capacidade de atenção destas crianças tenha uma duração de 15 a 20 minutos. As consultas devem, então, ser o mais organizadas possível. Nos procedimentos mais complexos, é aconselhado dividi-los em várias consultas (C. O. F. Amaral et al., 2012; L. D. Amaral et al., 2016; Nelson et al., 2015).

Adicionalmente, o tempo de espera antes de entrar no consultório não deve exceder os 10 a 15 minutos, para que a criança não fique impaciente antes de iniciar a consulta (L. D. Amaral et al., 2016; Chandrashekhar & Bommangoudar, 2018).

Numa consulta de Medicina Dentária, estão presentes muitos estímulos fortes. Os pacientes com PEA são extremamente sensíveis a estímulos envolventes que os distraem, podendo ocorrer reações extremas devido à sobrecarga sensorial a que estão sujeitos na consulta. Tal agrava-se com o stress, medo e ansiedade vividos numa consulta. Como mecanismo de defesa, podem, frequentemente, apresentar comportamentos impulsivos e exagerados (Chandrashekhar & Bommangoudar, 2018; Klein & Nowak, 1998).

Estas reações podem ser reduzidas adaptando o ambiente do consultório a estas crianças. Por exemplo, alguns pacientes são extremamente sensíveis à luz que incide sobre eles na consulta. Neste caso, poderá recorrer-se a óculos escuros. Se o paciente for mais sensível aos sons, ouvir música do seu pessoal agrado através de fones de ouvido, poderá ser uma solução para neutralizar os sons do consultório (Nelson et al., 2015).

Os pais terão um papel importante na adaptação do consultório à criança, ao informar a equipa médica dos comportamentos típicos da criança.

Toda a equipa médica, durante a consulta, deverá evitar movimentos bruscos, optando por minimizar os movimentos e fazê-los de forma calma e controlada já que as crianças com PEA se distraem com muita facilidade (Chandrashekhar & Bommangoudar, 2018).

Toda a equipa presente ao longo da consulta deve saber como lidar com crianças com PEA. Desde a rececionista, até aos médicos ou aos assistentes dentários, todos devem

saber como comunicar com estes pacientes, sendo sempre extremamente pacientes e carinhosos (Chandrashekhar & Bommangoudar, 2018).

Os pacientes com PEA têm uma preferência clara por seguir uma rotina programada. Estes têm uma aversão à mudança e, quando esta acontece de forma repentina, têm tendência a ter reações extremas e impulsivas (Klein & Nowak, 1998).

Sendo assim, estes pacientes irão adaptar-se melhor e ser mais cooperativos se passarem a estar menos ansiosos nas consultas, quando estas passam a fazer parte da sua rotina e deixam de ser uma situação estranha (Rocha, 2015).

Para tal, é importante que as crianças com PEA estejam familiarizadas com o consultório dentário desde bebés. Se a ida à consulta dentária for um hábito precoce, a grande maioria dos pacientes habitua-se e aceita a realização de certos procedimentos, já que a adaptação às rotinas é uma das características típicas das crianças autistas (C. O. F. Amaral et al., 2012).

Adicionalmente, as consultas devem ser agendadas sempre no mesmo consultório, à mesma hora e no mesmo dia, com a mesma equipa médica (L. D. Amaral et al., 2016).

Basta haver uma alteração na disposição dos móveis do consultório para que a criança fique exaltada e reaja de forma imprevisível (C. O. F. Amaral et al., 2012).

Nas consultas em que os procedimentos são curtos, é possível obter uma melhor cooperação por parte do paciente. No entanto, no caso de o procedimento a realizar ser mais demorado, torna-se mais complicado gerir o comportamento e o nível de atenção da criança. Nestas situações, pode não existir alternativa à utilização de técnicas avançadas para controlar o comportamento (Rada, 2013).

Estas consultas são mais complicadas e desafiantes, mas tal não deve desmotivar o médico, que não poderá deixar de se esforçar para que os tratamentos sejam continuados. Caso tal aconteça, o estado de saúde do paciente irá continuar a piorar e a deteriorar-se, passando a haver uma dificuldade crescente no atendimento desta criança (Rocha, 2015).

As técnicas de controlo de comportamento usadas em odontopediatria dividem-se em básicas e avançadas, apresentando indicações e contra-indicações muito diferentes.

2.3.3. Técnicas básicas de controlo comportamental

2.3.3.1. Dizer-mostrar-fazer

Por vezes, nestes pacientes, a comunicação verbal não é muito eficaz. Esta técnica pode simplificar as consultas nestes casos (Torres, 2009).

Consiste numa explicação, em primeiro lugar, verbal, dos procedimentos a realizar, utilizando frases curtas e claras (Dizer); Seguidamente, deve-se demonstrar como se efetua a realização do procedimento, recorrendo a exemplos visuais, auditivos olfativos ou táteis (Mostrar); Por fim, efetua-se o procedimento demonstrado anteriormente exatamente da forma como se explicou (Fazer) (Rocha, 2015).

Esta técnica pode ser complementada através da apresentação de imagens e objetos para facilitar a explicação (L. F. P. da Silva, Freire, Santana, & Miasato, 2016).

Desta maneira, é possível apresentar algo desconhecido (procedimento ou instrumentos) à criança, antes da sua execução ou utilização (L. F. P. da Silva et al., 2016).

Tal poderá reduzir o medo e a ansiedade da criança, familiarizando-a com o ambiente de consultório (Rocha, 2015).

As crianças com PEA, geralmente, respondem bastante bem a esta técnica. No entanto, a mesma está contraindicada em procedimentos em que haja dor e hemorragia por parte do paciente (Torres, 2009).

2.3.3.2. Dessensibilização

Esta técnica baseia-se numa tentativa de adaptação gradual ao consultório e aos procedimentos efetuados em consulta. Consiste numa série de idas curtas ao consultório, sendo que em cada consulta se alcança uma nova etapa, havendo, desta forma, uma evolução ao longo das visitas. No final de cada consulta, a criança deve ser recompensada se for capaz de realizar o objetivo. Em seguida, está apresentado um exemplo desta técnica (Rocha, 2015).

Consulta nº1: Entrar no consultório e conhecer o espaço interior.

Consulta nº2: Sentar-se na cadeira durante 30 segundos.

Consulta nº3: Sentar-se na cadeira durante 1 minuto

Consulta nº4: Sentar-se na cadeira durante 5 minutos.

Consulta nº5: Sentar-se na cadeira durante 10 minutos.

Nas consultas seguintes, o objetivo será ir gradualmente aumentando o tempo na cadeira.

Nas consultas posteriores a estas, deve-se tentar sentar a criança na cadeira e abrir a boca, deixar que o médico escove os dentes e assim sucessivamente, até que a consulta passe a fazer parte da rotina da criança. Esta técnica poderá contribuir para que a criança sinta menos ansiedade em consulta e esteja mais familiarizada no primeiro momento em que realizar um tratamento dentário (Rocha, 2015).

2.3.3.3. Controlo de Voz

Esta técnica consiste na alteração da intensidade, volume tom e ritmo da voz com o objetivo de recuperar a atenção da criança, travar comportamentos que possam prejudicar a consulta e, adicionalmente, melhorar a relação criança-profissional (Rocha, 2015; Torres, 2009).

Caso a criança esteja a fazer algo errado, que prejudique a consulta ou, pior, impeça a sua continuação, devem ser usados comandos firmes de forma a interromper esta ação (L. F. P. da Silva et al., 2016).

Se, mesmo assim, a consulta tiver de ser interrompida por falta de cooperação por parte da criança e comportamento inadequado, esta deve ser finalizada de forma positiva e cordial para não perder a relação profissional-paciente (Rocha, 2015).

Pensa-se que o mais importante não é o que é dito em concreto, mas sim a maneira como é dito (tom e a expressão facial) (Torres, 2009).

É aconselhado utilizar, durante a consulta, uma voz calma e suave, uma vez que estas crianças têm tendências hipersensíveis (Association, 2013).

2.3.3.4. Análise Comportamental Aplicada (ACA)

A Análise Comportamental Aplicada é uma técnica que se baseia na alteração de comportamentos que irão ter um impacto positivo na vida da criança (Pinto, 2017).

O objetivo desta técnica é analisar e perceber quais as causas de um certo comportamento e quais as suas consequências (Rocha, 2015).

Foca-se em moldar, através de tentativas sucessivas de aproximação do comportamento desejado, até que a criança consiga realizar essa ação/comportamento por sua própria iniciativa (Delli, Reichart, Bornstein, & Livas, 2013).

A ação que se pretende que a criança realize é dividida em várias etapas, sendo cada uma delas ensinada separadamente. Sempre que a criança alcança essa etapa, deverá ser recompensada (Pinto, 2017).

Pode utilizar-se reforços positivos (por exemplo, congratular a criança por ter conseguido realizar a atividade), conforme o comportamento da criança. Deve-se realizar várias tentativas até que a criança consiga completar a etapa pretendida. Após reforço positivo (recompensa), passa-se para a próxima etapa. E assim sucessivamente até que o paciente consiga realizar todas as etapas (Delli et al., 2013).

Esta técnica pode ser utilizada, por exemplo, no ensino da escovagem dentária (Pinto, 2017).

2.3.3.5. Reforço Positivo

A técnica de reforço positivo consiste em elogiar a criança através de expressões faciais positivas (por exemplo sorrisos), e de demonstrações de afeto pelo comportamento cooperante da criança, como elogios verbais. Pode também consistir na atribuição de recompensas como brinquedos ou prêmios adequados à idade do paciente (Rocha, 2015; L. F. P. da Silva et al., 2016).

Para esta técnica ser eficaz, o reforço positivo deve ser atribuído à criança apenas após o seu bom comportamento e nunca antes do mesmo. O paciente deve entender que este reforço é uma recompensa pelo seu comportamento (Torres, 2009).

Desta forma, comportamentos positivos são incentivados e enaltecidos para que se repitam nas consultas seguintes (Rocha, 2015).

2.3.3.6. Distração

A técnica de distração consiste em desviar a atenção da criança aquando da realização de um procedimento menos aceite pelo paciente ou que seja desconfortável (Pinto, 2017).

Deve ser realizado com naturalidade e, caso o seja, pode ajudar bastante na diminuição da ansiedade em consulta, ao desviar a atenção de procedimentos que são potenciais causadores de mais stress (Torres, 2009).

Quando o paciente está perante uma situação menos agradável, pode ter comportamentos impulsivos negativos como consequência. Assim, esta técnica, ao

distrair o paciente, diminui a probabilidade de existir um aumento do nível de ansiedade durante a consulta (Rocha, 2015).

Os pais podem ser uma ajuda fundamental neste caso uma vez que sabem melhor que o médico qual a melhor forma de distrair a criança e de desviar a sua atenção do procedimento a ser realizado. Esta distração pode ser conseguida através de músicas, filmes ou mesmo brinquedos do seu pessoal agrado (Rocha, 2015).

2.3.3.7. Presença ou Ausência dos Pais/Cuidadores

A presença dos pais no consultório pode ser bastante valiosa. No entanto, não se aplica em todos os casos e deve ser pensada e ponderada (L. F. P. da Silva et al., 2016).

Em idades mais imaturas, até por volta dos quatro anos de idade, considera-se que, na generalidade dos casos, a presença dos pais é benéfica para o desenrolar da consulta, uma vez que, nesta idade, existe ainda um elevado nível de apego das crianças para com os pais. Os pais podem, então, fazer com que as crianças se sintam mais apoiadas e seguras, desencadeando comportamentos mais calmos e ponderados nas crianças, tornando-as mais cooperativas (Pinto, 2017).

Por vezes, a partir dos quatro anos de idade a presença dos pais pode gerar comportamentos indesejados nas crianças (Rocha, 2015).

Deve existir uma conversa prévia à consulta entre o profissional e os pais, para que se possa decidir se estes deverão, ou não, estar presentes nas consultas da criança (Pinto, 2017).

Esta decisão dependerá de vários fatores como a personalidade da criança, dos pais, a idade do paciente e a sua condição (L. F. P. da Silva et al., 2016).

Nos casos em que a presença dos pais é benéfica, esta pode ser uma enorme ajuda, na medida em que os pais conhecem melhor os filhos e conseguem transmitir ao profissional quais as maiores limitações, sensibilidades, comportamentos específicos e medos (Ciulla, 2017).

No entanto, o profissional deve transmitir aos pais instruções específicas para que a sua presença não venha a prejudicar a consulta. Os pais não deverão transmitir de forma alguma o medo e a ansiedade à criança, mantendo uma postura calma e relaxada, de forma a que a criança se sinta serena, segura e com confiança (Ciulla, 2017).

2.3.3.8. Técnicas sensoriais

As crianças com PEA sofrem, geralmente, de sensibilidade sensorial alterada. São, muitas vezes, hipersensíveis a estímulos específicos em consultório (Pinto, 2017).

Durante a consulta, sons inesperados, luzes, entre outros, podem despoletar reações bruscas de ansiedade nas crianças, diminuindo a sua concentração e, conseqüentemente, cooperação (Delli et al., 2013).

Sendo assim, em consulta de Medicina Dentária pode haver necessidade de controlar a exposição da criança a determinados estímulos de forma a que não haja alteração do comportamento da criança (Pinto, 2017).

Este desconforto pode ser minimizado aplicando uma técnica de adaptação sensorial do ambiente do consultório (Delli et al., 2013).

Esta técnica baseia-se na alteração do nível de exposição a determinados estímulos, de acordo com a reação de cada criança a cada estímulo (Rocha, 2015).

Existem várias formas de minimizar estímulos em consulta como, por exemplo, colocar auscultadores com música ritmada de forma a reduzir a percepção dos sons provenientes do consultório (instrumentos, etc); pode recorrer-se à colocação de um avental de chumbo na criança que exercerá pressão, distraíndo-a de outros toques simultâneos; evitar utilizar materiais e instrumentos com cheiros fortes como luvas ou pastas; a equipa deve evitar a utilização de perfumes nesta consulta, assim como os produtos de limpeza devem apresentar um cheiro neutro; se a criança reagir mal ao facto de o profissional estar com a boca tapada com a máscara, utilizar um protetor facial transparente; evitar luzes que incidam diretamente na criança, desligando as luzes do teto e evitando, também, a luz que incide sobre a cavidade oral da criança, substituindo-a por uma lanterna de cabeça; colocar uns óculos de sol no paciente poderá ser também uma forma de minimizar a reação indesejada à luz excessiva (Rocha, 2015).

2.3.3.9. Pedagogia Visual

Esta técnica permite que a criança esteja familiarizada com os procedimentos a realizar na consulta de medicina dentária (Nilchian et al., 2017).

Trata-se de uma técnica particularmente útil em crianças com PEA na medida em que estas compreendem melhor instruções visualmente do que verbalmente (Madureira, 2014).

A Pedagogia Visual recorre a livros com imagens ilustradas ou vídeos para ajudar a criança a compreender uma sequência de eventos (Pinto, 2017).

As histórias sociais são um exemplo de Pedagogia Visual. Estão disponíveis em livros ou vídeos e devem ter uma linguagem simples, concreta e de fácil compreensão. O acesso a estas histórias pode ser conseguido através de livros publicados ou de histórias realizadas pelo próprio Médico Dentista, adaptada às peculiaridades da criança e às suas capacidades (Nunes, 2016).

Está provado que o uso repetido de histórias sociais, ajuda na diminuição de comportamentos indesejados em consulta (Rocha, 2015).

Este método permite que a criança saiba quais as etapas já concluídas e quais as etapas por que ainda terá de passar até ao procedimento estar concluído, estando mais familiarizado com toda a sequência de eventos na consulta. O paciente conhecerá previamente, através de fotografias ou vídeos, cada etapa da consulta diminuindo, desta forma, a ansiedade e o medo do desconhecido (Pinto, 2017).

Desta forma, a criança irá compreender melhor quais os procedimentos que a esperam e a sua ordem, percebendo o que está a acontecer no desenrolar da consulta.

As histórias sociais podem ser realizadas especificamente para cada paciente, com fotografias do Médico, do gabinete, dos instrumentos, entre outros (Pinto, 2017).

O cronograma visual é outro exemplo de Pedagogia Visual. Trata-se de uma sequência de imagens ou vídeos com descrições opcionais curtas e claras. A criança, através destes, consegue também perceber qual a ordem dos procedimentos e o que acontece em cada etapa da consulta (Rocha, 2015).

O cronograma apresenta uma vantagem relativamente às histórias sociais, uma vez que os paciente com autismo, muitas vezes, apresentam mais dificuldade de leitura e de compreensão auditiva. Mesmo nos pacientes com mais limitações, os cronogramas visuais são eficazes. Adicionalmente, sabe-se que as crianças com PEA apresentam melhor aprendizagem visual (Rocha, 2015).

As crianças com PEA que usam Pedagogia Visual apresentam uma maior cooperação durante um tratamento dentário do que as crianças sem PEA (Sallam, Badr, & Rashed, 2013).

A Pedagogia Visual pode ser utilizada não só para dar a conhecer à criança os passos de uma consulta, mas também para o ensino de hábitos de higiene oral (Pinto, 2017).

Esta técnica é uma excelente forma de, por exemplo, aprender a escovar os dentes (Sallam et al., 2013).

A colaboração dos pais, no entanto, é imprescindível para que esta técnica se mostre eficaz. Estes têm um papel fundamental na preparação do filho para a consulta e na promoção de alteração de comportamentos (Rocha, 2015).

2.3.4. Técnicas avançadas de controlo de comportamento

Em situações em que as técnicas básicas não são suficientes para realizar o tratamento com segurança e colaboração por parte da criança, pode recorrer-se a técnicas avançadas de controlo de comportamento (Delli et al., 2013).

As técnicas avançadas de controlo de comportamento requerem um consentimento informado previamente assinado pelos pais (C. O. F. Amaral et al., 2012).

2.3.4.1. Estabilização de proteção

A estabilização de proteção é um método que consiste em restringir os movimentos do paciente de forma a facilitar o procedimento em consulta e evitar lesões tanto para a criança como para o profissional (Pinto, 2017).

O objetivo desta técnica é minimizar os movimentos da criança, fazendo com que o procedimento seja mais seguro e eficaz (Shitsuka et al., 2015).

Esta técnica é indicada nas situações em que as técnicas básicas não se mostraram suficientes no controlo de movimentos descontrolados do paciente (Rocha, 2015).

Para a realização desta técnica pode recorrer-se à restrição de movimentos por uma pessoa ou por dispositivos de estabilização (Pinto, 2017).



Figura 1 - Utilização da roupa de estabilização protetora. (Shitsuka et al., 2015)

Alguns artigos referem que a estabilização de proteção pode exibir um efeito calmante devido à pressão aplicada. No entanto, em alguns casos, os pacientes podem responder a esta técnica de forma diferente, piorando o seu comportamento nas consultas seguintes (T. A. O. L. A. e Silva, 2015). A utilização desta técnica deve ser avaliada e, sempre possível, devem ser realizadas outras técnicas menos agressivas (Pinto, 2017).

Caso esta técnica não seja suficiente para controlar o comportamento do paciente, dever-se-á recorrer à sedação consciente ou anestesia geral (Rocha, 2015).

2.3.4.2. Sedação Consciente

A sedação consciente baseia-se na utilização de fármacos como o Óxido Nitroso, o Midazolam, o Diazepam, a Hidroxizina ou o Hidrato de Cloral, com a finalidade de promover uma ligeira depressão do nível de consciência do paciente, mantendo a respiração autónoma e espontânea, os reflexos e a capacidade de resposta a estímulos (Nunes, 2016).

Estes fármacos atuam no SNC, existindo efeito sedante mas, simultaneamente, mantendo o paciente num estado de consciência e alerta. Adicionalmente, estes fármacos promovem, também, relaxamento muscular (Torres, 2009).

A sedação consciente pode apresentar três níveis, consoante o grau de intensidade da sedação: ligeira, moderada ou profunda. Esta técnica é um processo contínuo em que o paciente pode passar facilmente de um estado de sedação leve em que existe uma depressão ligeira do S.N.C., para uma sedação mais profunda, com perda de reflexos, em que o paciente dificilmente desperta (Pinto, 2017).

	Sedação Leve	Sedação Moderada	Sedação Profunda
Resposta	Normal	Responde a estímulos verbais e táteis espontaneamente	Responde a estímulos repetitivos ou dolorosos espontaneamente
Via aérea	Não afetada	Não requer intervenção	A intervenção pode ser, em alguns casos, necessária
Ventilação espontânea	Não afetada	Adequada	Pode ser inadequada
Função Cardiovascular	Não afetada	Normalmente mantida	Normalmente mantida

Quadro 7 - Comparação dos níveis de sedação. Adaptado de (Camarinha, 2013).

Durante a sedação consciente, não há necessariamente melhoria na cooperação do paciente. Esta técnica irá, apenas, reduzir a ansiedade e o medo durante a consulta, aumentando o limite de dor do paciente e, desta forma, promovendo uma melhor possibilidade de controlo do comportamento da criança (Rocha, 2015).

O Óxido Nitroso é um gás incolor que promove uma ligeira depressão do córtex cerebral, sem deprimir o centro respiratório (Zanelli, Volpato, Ortega, Borges, & Aranha, 2015).

É utilizado apenas por via inalatória, estando contraindicado em pacientes com obstrução das vias respiratórias, lesões cerebrais ou quando estes estão sob o efeito de terapia antidepressiva (IMAO) (Torres, 2009).

O Óxido Nitroso apresenta uma enorme velocidade de transporte através das membranas biológicas. Como tal, apenas em cinco minutos consegue-se obter o nível ideal de sedação (Zanelli et al., 2015).

Em procedimentos curtos, em que a sua duração não ultrapassa os quinze minutos, este apresenta como vantagens a facilidade de dosear a quantidade de sedativo, a ausência quase total de efeitos secundários e a rápida recuperação do paciente (Torres, 2009).

A libertação de Óxido Nitroso ocorre de forma gradual, até se obter o nível de sedação desejado (Pinto, 2017).

O Óxido Nitroso apresenta efeito sedativo e analgésico, aumentando o anestésico local. No entanto, este não é dispensável uma vez que o Óxido Nitroso apenas aumenta o limiar de dor, não atuando como anestésico (Torres, 2009; Zanelli et al., 2015).

Este tipo de sedativo não provoca dependência uma vez que não é metabolizado pelo organismo. Desta forma, não provoca efeitos tóxicos (Zanelli et al., 2015).

No final do procedimento, quando removida a máscara através da qual é inalado o Óxido Nitroso, demora apenas uns minutos até o paciente voltar ao estado normal (Zanelli et al., 2015).

Os pacientes, quando sob o efeito de Óxido Nitroso, devem ser monitorizados, sendo feito registo eletrocardiográfico, tensional, registo da saturação de oxigénio e da frequência respiratória. (Monte, 2013).

O Óxido Nitroso é cerca de trinta e quatro vezes mais solúvel que o nitrogénio presente na corrente sanguínea. Tal pode levar a que ocorra Hipoxia por difusão (Gonçalves, 2016).

A Hipoxia pode ocorrer, nestes casos, devido à rápida libertação de Óxido Nitroso através dos alvéolos para o fluxo sanguíneo, diminuindo a concentração de Oxigénio alveolar (Camarinha, 2013).

De forma a evitar esta complicação, é recomendada a utilização da oxigenoterapia. Está indicada a administração de 100% de oxigénio durante três a cinco minutos, após o fim do uso do Óxido Nitroso. Esta medida irá prevenir, então, que ocorra hipoxia e, conseqüentemente, prevenirá eventuais dores de cabeça e desorientação (Monteiro, 2013).

2.3.4.3. Anestesia Geral

As crianças com Perturbação do Espectro do Autismo podem representar um desafio no consultório. Os seus comportamentos podem complicar bastante a consulta de Medicina Dentária (Rada, 2013).

O Médico Dentista, por vezes, depara-se com situações em que não é possível realizar tratamentos com recurso apenas a técnicas básicas de controlo de comportamento (Ciulla, 2017).

Ocasionalmente, são necessárias técnicas avançadas de controlo de comportamento, nos casos em que os tratamentos são longos e os pacientes são não colaborantes. Nestas situações, recorre-se, por norma, à técnica de Anestesia Geral. Caso não se recorra a esta técnica, podem surgir situações em que ocorram lesões no próprio paciente ou no profissional (Rada, 2013).

Este método é apenas utilizado em última instância, após a tentativa falhada de todas as outras técnicas de controlo de comportamento (Rocha, 2015).

Esta técnica permite, então, realizar vários tratamentos numa só visita ao consultório (Torres, 2009).

A Anestesia Geral é uma técnica que permite induzir um estado de perda de consciência através de fármacos (Ramalho, Bretas, Schvartsman, & Reis, 2017).

Existe uma perda de reflexos protetores, como a capacidade de manter a função ventilatória (Pinto, 2017).

O paciente, quando se encontra sob o efeito de Anestesia Geral, precisa de ser assistido para manter a permeabilidade das vias aéreas, uma vez que deixa de conseguir fazê-lo autonomamente. Adicionalmente, a função cardiovascular pode, também, estar comprometida (Ramalho et al., 2017).

Para a realização desta técnica, é necessário um profissional formado e equipamento específico, razão pela qual este procedimento se faz, frequentemente, em meio hospitalar (Torres, 2009).

Quando praticada em ambiente seguro, a Anestesia Geral é uma técnica segura. No entanto, tem riscos associados (Rada, 2013).

Os efeitos adversos podem ser leves ou graves, embora estes últimos sejam considerados raros. Alguns exemplos de efeitos colaterais leves são fadiga, tonturas, irritabilidade, tosse, náuseas e vômitos. Os efeitos adversos graves, por sua vez, podem ser reações alérgicas a um medicamento, lesões cerebrais ou paragem cardíaca que, conseqüentemente, pode levar à morte (Ciulla, 2017).

A técnica de Anestesia Geral mostrou-se, ao longo dos anos, bastante eficaz e fácil de aceitar por parte dos responsáveis. No entanto, estes terão sempre de assinar um consentimento informado onde discriminam que autorizam a criança a ser submetida a esta técnica de sedação (Rocha, 2015).

Num estudo realizado no ano de 2017, foi descrita regressão de comportamentos após terem estado sob o efeito de Anestesia Geral (Matton & Romeo, 2017).

2.4. Estratégias preventivas

A prevenção constitui, em todas as situações, a melhor solução. Como tal, deve existir um trabalho conjunto dos responsáveis pela criança, do Médico Dentista e do Pediatra no sentido de promover a manutenção da saúde bucal do paciente. Deve existir um acompanhamento constante por parte de todos os envolvidos. (Rocha, 2015)

Cada paciente apresentará necessidades específicas e, assim, devem ser estabelecidas quais as estratégias preventivas que devem ser implementadas na vida de cada criança (P. L. Sousa, 2015).

As estratégias preventivas podem ser feitas ao nível da higiene oral, da nutrição/dieta ou através de tratamentos dentários profiláticos (Madureira, 2014).

2.4.1. Higiene Oral

As crianças com PEA devem ser estimuladas e educadas pelos pais para a realização autónoma da sua higiene oral. Esta deve ser integrada na sua rotina e feita com eficácia. A independência destas crianças na realização desta tarefa deve ser incentivada,

sempre com supervisão do responsável, pedindo à criança, por exemplo, que mostre como habitualmente escova os dentes (Rocha, 2015).

Os pais devem conhecer a importância da manutenção da saúde oral dos filhos, através da escovagem dos dentes e do uso do fio dentário. Devem também estar cientes de que deverão levar os seus filhos ao Médico Dentista mais frequentemente. O Médico deve demonstrar a melhor técnica de escovagem tanto à criança como ao responsável (Madureira, 2014).

Deve, adicionalmente, ser explicado aos pais o método de uso do fio dentário uma vez que, muitas vezes, este processo é dificultado pela falta de coordenação destas crianças. Nestes casos, terão de ser os pais a realizá-lo (T. A. O. L. A. e Silva, 2015).

A Pedagogia Visual representa um método adequado e muito útil. As imagens esquematizadas representam as várias etapas envolvidas, por exemplo, na escovagem dos dentes (Madureira, 2014).

De acordo com a American Academy of Pediatric Dentistry, as crianças com PEA devem escovar os dentes duas vezes por dia, com pastas dentífricas fluoretadas (T. A. O. L. A. e Silva, 2015).

A pasta deve ser fluoretada de forma a remineralizar cáries iniciais e prevenir o aparecimento de novas cáries (Nunes, 2016).

As crianças com PEA, frequentemente, apresentam hipersensibilidade sensorial, que pode fazer com que a criança recuse a escovagem devido ao sabor ou textura da pasta dentífrica. Nestes casos, deve dar-se a experimentar várias pastas de dentes para que o paciente possa escolher a que mais lhe agrada (Rocha, 2015).

Se o sabor ou textura incomodarem muito a criança, é aconselhada a aplicação de colutório fluoretado (Madureira, 2014).

O uso de clorexidina auxilia na manutenção da saúde dos tecidos gengivais. A aplicação da mesma pode ser realizada através de bochechos, aplicação em spray ou em gel (P. L. Sousa, 2015).

Durante a rotina diária de higienização oral, é importante que haja vigilância por parte dos pais para que não ocorram lesões causadas pela falta de coordenação motora (Rocha, 2015).

Os comportamentos autolesivos são frequentes, pelo que se recomenda a prescrição de protetores bucais de modo a evitar traumatismos orais (C. O. F. Amaral et al., 2012).

A administração de flúor é, também, aconselhada nestes pacientes. Pode ser realizada apenas através de pastas dentífricas fluoretadas ou, adicionalmente, pode ser aplicado topicamente em consultório. O flúor irá auxiliar na prevenção de lesões de cárie (P. L. Sousa, 2015).

Existem alguns fatores que dificultam a manutenção da higiene oral nestes pacientes como a higienização ineficaz realizada pelos pais, a rejeição da criança relativamente à escovagem ou a pouca importância dada pela família à saúde oral. O Médico Dentista deverá encontrar formas de contornar estas dificuldades, através da educação e motivação relativa à importância e técnicas de higiene oral. Quando os pais estão instruídos para tal, conseguem atingir e manter uma higiene oral adequada na criança (Madureira, 2014).

2.4.2. Hábitos alimentares

Os hábitos alimentares representam outra medida preventiva que pode ser tomada para a manutenção da saúde oral destes pacientes. Deverá ser implementada uma mudança gradual dos hábitos nutricionais (Losso et al., 2009).

O Médico Dentista deve aconselhar o consumo regular de água de forma a combater a xerostomia. A medicação deve conter o mínimo teor possível de açúcares, evitando as opções mais doces (Madureira, 2014).

A ingestão de alimentos e bebidas cariogénicos deve ser substituída por alimentos menos nocivos (Rocha, 2015).

2.4.3 Aplicação de selantes de fissura

Os tratamentos preventivos não dispensam uma boa higiene oral. Deve existir uma complementaridade entre ambas. As visitas ao consultório dentário são, também, imprescindíveis para o controlo da saúde oral do paciente (P. L. Sousa, 2015).

Na consulta de rotina, deverá ser realizado um exame oral extremamente detalhado, profilaxia dentária e aplicação de flúor e selantes de fissura para prevenção eficaz de cáries e gengivite (Rocha, 2015).

É também recomendada a aplicação de selantes nas fossas e fissuras dos dentes decíduos e permanentes da criança com Perturbação do Espectro do Autismo (Madureira, 2014).

III – CONCLUSÃO

O autismo é um transtorno que interfere com o desenvolvimento neurológico. Apresenta como características a dificuldade acrescida na comunicação e no uso de linguagem, os défices motores e os comportamentos repetitivos, muitas vezes bastante bruscos e exagerados.

Devido às dificuldades motoras que apresentam, a grande maioria dos pacientes autistas realiza uma higienização oral diária deficiente. Para além disso, geralmente, apresentam preferência por alimentos cariogênicos. Os fármacos administrados a estes pacientes, por vezes, promovem a diminuição do fluxo salivar. Por todas estas razões, os pacientes com PEA exibem, muitas vezes, uma maior prevalência de problemas dentários, como a pobre higiene oral, a quantidade elevada de lesões de cárie e doença periodontal. Adicionalmente, a presença de hábitos parafuncionais e de auto-agressão envolvendo a cavidade oral é frequente.

A forma mais correta de atuação nas crianças com autismo é a prevenção. Diagnosticar e atuar precocemente nestes pacientes é o fator mais importante para melhorar o prognóstico destes casos.

No entanto, apesar de estas crianças apresentarem uma maior necessidade de tratamento, infelizmente existem ainda vários fatores que impedem a manutenção da saúde oral através de visitas ao consultório. Em primeiro lugar, frequentemente os pais evitam a ida à consulta uma vez que se sentem receosos dos possíveis comportamentos inadequados dos filhos no consultório. Para além disso, continuam a existir poucos profissionais com capacidade e conhecimentos para atender e tratar estas crianças em consultório.

É de extrema importância apostar na formação contínua dos Médicos Dentistas, começando por expandir a prática clínica durante o ensino. O profissional deverá adquirir vastos conhecimentos sobre as técnicas de controlo de comportamento, de forma a poder sentir-se preparado para atender estes pacientes em segurança.

O Médico Dentista beneficiará bastante se a todos os seus conhecimentos aliar a ajuda que os cuidadores poderão dar. Estes deverão informar o médico sobre todas as peculiaridades e especificidades de comportamentos da criança, de forma a que o profissional possa adaptar a consulta a cada uma das crianças e às suas especificidades.

IV – BIBLIOGRAFIA

- Al-Sehaibany, F. S. (2017). Occurrence of oral habits among preschool children with autism spectrum disorder. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 33(5), 1156–1160.
DOI: <https://doi.org/10.12669/pjms.335.13554>
- Amaral, C. O. F., Malacrida, V. H., Videira, F. C. H., Parizi, A. G. S., Oliveira, A. de, & Straioto, F. G. (2012). Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para o atendimento odontológico. *Archives of Oral Research*, 8(2), 143–151.
- David Amaral, L., Carvalho, T. F. de, & Bezerra, A. C. B. (2016). Atenção bioética à vulnerabilidade dos autistas: a odontologia na estratégia da saúde da família. *Revista Latinoamericana de bioética*, 16(1), 220–233.
DOI: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1465>
- American Psychiatric Association (2013) *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores
- Autism Speaks. (2010). Dental Guide.
- Barnoy, E. L., Najdowski, A. C., Tarbox, J., Wilke, A. E., & Nollet, M. D. (2009). Evaluation of a Multicomponent Intervention for Diurnal Bruxism in a Young Child With Autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42(4), 845–848.
DOI: <https://doi.org/10.1901/jaba.2009.42-845>
- Barry, S., O’Sullivan, E. A., & Toumba, K. J. (2014). Barriers to dental care for children with autism spectrum disorder. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 15, 127–134.
DOI: <https://doi.org/10.1007/s40368-013-0075-y>

Bhandary, S., & Hari, N. (2017). Salivary biomarker levels and oral health status of children with autistic spectrum disorders: a comparative study. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 18(2), 91–96.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s40368-017-0275-y>

Blumberg, S. J., Bramlett, M. D., Kogan, M. D., Schieve, L. A., Jones, J. R., & Lu, M. C. (2013). Changes in prevalence of parent-reported autism spectrum disorder in school-aged U.S. children: 2007 to 2011-2012. *National Health Statistics Report*, 65(1–11).

Camarinha, C. J. L. S. (2013). *Sedação Consciente em Medicina Dentária*. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Cenit, R. E. D., Desarrollo, C. De, Cedeco, C., Integración, C. De, & Cis, S. (2019). Reducción De Las Conductas Autolesivas Y Autoestimulatorias Disfuncionales En Los Transtornos Del Espectro Del Autismo A Través De La Terapia Ocupacional. *Medicina Buenos Aires* 79(1), 38–43.

Chandrashekhar, S., & Bommangoudar, J. S. (2018). Management of Autistic Patients in Dental Office: A Clinical Update. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 11(3), 219–227.

Charman, T., & Baird, G. (2002). Practitioner Review : Diagnosis of autism spectrum disorder in 2- and 3-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(3), 289–305.

DOI: <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00022>

Chew, L. C. T., King, N. M., & O'Donnell, D. (2017). Autism: the Aetiology, Management and Implications for Treatment Modalities from the Dental Perspective. *Dental Update*, 33(2), 70–83.

DOI: <https://doi.org/10.12968/denu.2006.33.2.70>

Ciulla, C. C. (2017). *Autismo: Abordagem do Paciente na Consulta de Odontopediatria*. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, Lisboa

Delli, K., Reichart, P. A., Bornstein, M. M., & Livas, C. (2013). Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: concerns, behavioural approaches and recommendations. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 18(6), e862-8.

DOI: <https://doi.org/10.4317/medoral.19084>

DSM-V CRITERIA. (n.d.). Retrieved from Autism Speaks website: <https://www.autismspeaks.org/dsm-5-criteria>

Du, R. Y., Yiu, C. K. Y., King, N. M., Wong, V. C. N., & McGrath, C. P. J. (2014). *Oral health among preschool children with autism spectrum disorders: A case-control study*. SAGE Journals, 19(6), 746–751.

DOI: <https://doi.org/10.1177/1362361314553439>

El Khatib, A. A., El Tekeya, M. M., El Tantawi, M. A., & Omar, T. (2014). Oral health status and behaviours of children with Autism Spectrum Disorder: A case-control study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 24(4), 314–323.

DOI: <https://doi.org/10.1111/ipd.12067>

Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcín, C., ... Fombonne, E. (2012). Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *International Society for Autism Research, Wiley Periodicals, Inc.*, (April), 160–179.

DOI: <https://doi.org/10.1002/aur.239>

Fontaine-Sylvestre, C., Roy, A., Rizkallah, J., Dabbagh, B., & Ferraz dos Santos, B. (2017). Prevalence of malocclusion in Canadian children with autism spectrum disorder. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 152(1), 38–41.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2017.02.014>

- Glick, M., Williams, D. M., Kleinman, D. V., Vujicic, M., Watt, R. G., & Weyant, R. J. (2016). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *International Dental Journal*, 66(6), 322–324.
DOI: <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2016.953>
- Gonçalves, C. A. C. (2016). *Sedação Consciente em Medicina Dentária*. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Almada.
- Hill, A. P., Health, O., Zuckerman, K., Health, O., Fombonne, E., & Health, O. (2014). Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. In *Translational Approaches to Autism Spectrum Disorder* (pp. 13–38).
DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-16321-5>
- (2010). Oral Health Fact Sheet for Dental Professionals Adults with Autism. *Oral Health Impacts*, 1–3.
- Jaber, M. A., Sayyab, M., & Abu Fanas, S. H. (2011). Oral health status and dental needs of autistic children and young adults. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 2(1), 57–62.
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.2041-1626.2010.00030.x>
- Jordan, R. (2000). *Educação de crianças e jovens com autismo*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Klein, U., & Nowak, A. J. (1998). Autistic disorder: a review for the pediatric dentist. *American Academy of Pediatric Dentistry*, 20(5), 312–317.
- Landrigan, P. J. (2010). What causes autism? Exploring the environmental contribution. *Current Opinion in Pediatrics*, 22(2), 219–225.
DOI: <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e328336eb9a>
- Leeuw, R. de, & Klasser, G. D. (2008). Orofacial Pain: Guidelines for assessment, diagnosis and management. In *The American Academy of Orofacial Pain*.

- Leventhal, B. L., Koh, Y., Ph, D., Laska, E., Ph, D., Lim, E., ... Ph, D. (2011). Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a Total Population Sample. *The American Journal of Psychiatry*, *168*, 904–912.
DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10101532>
- Lima, C. R. B. V. M. B. de. (2018). Perturbação do espectro do autismo - Contributos para a caracterização do desenvolvimento da comunicação e da linguagem. Faculdade de Medicina e Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Lima, J. E. de O. (2007). Cárie dentária: um novo conceito. *Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, *12*(6), 119–130.
- Loo, C. Y., Graham, R. M., & Hughes, C. V. (2008). The Caries Experience and Behavior of Dental Patients With Autism Spectrum Disorder. *The Journal of The American Dental Association*, *139*.
DOI: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2008.0078>
- Lord, C., Cook, E. H., Leventhal, B. L., & Amaral, D. G. (2000). Autism Spectrum Disorder. *Neuron*, *28*, 355–363.
- Losso, E. M., Tavares, M. C. R., Silva, J. Y. B. da, & Urban, C. de A. (2009). Severe early childhood caries: an integral approach. *Jornal de Pediatria*, *85*(4), 295–300.
DOI: <https://doi.org/10.2223/JPED.1908>
- Lu, Y.-Y., Wei, I.-H., & Huang, C.-C. (2013). Dental health - a challenging problem for a patient with autism spectrum disorder. *General Hospital Psychiatry*, *35*.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.06.012>
- Luscre, D. M., & Center, D. B. (1996). Procedures for Reducing Dental Fear in Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *26*(5), 547–556.
DOI: <https://doi.org/10.1007/BF02172275>
- Madureira, I. da S. (2014). *Perturbações do Espectro do Autismo em Crianças: Saúde Oral em Foco*. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa.

- Manfredini, D., Serra-Negra, J., Carboncini, F., & Lobbezoo, F. (2017). Current Concepts of Bruxism. *The International Journal of Prosthodontics*, 30(5), 437–438.
DOI: <https://doi.org/10.11607/ijp.5210>
- Matson, J. L., & Kozlowski, A. M. (2011). *The increasing prevalence of autism spectrum disorders*. 5(1), 418–425.
- Matton, S., & Romeo, G. P. (2017). Behavioral regression in 2 patients with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder after oral surgery performed with a general anesthetic. *Journal of the American Dental Association*, 148(7), 519–524.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.06.004>
- Monte, R. (2013). Sedação-analgésia para procedimentos minimamente invasivos. *Cuidados Intermédios Em Perspectiva*, 3, 5–9.
- Monteiro, S. A. F. (2013). Sedação Inalatória com Óxido Nitroso no Paciente Infantil. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Montiel-Nava, C., & Peña, J. A. (2008). *Epidemiological findings of pervasive developmental disorders in a Venezuelan study*. SAGE Journals, 12(2), 191–202.
DOI: <https://doi.org/10.1177/1362361307086663>
- Muthu, M. S., & Prathibha, K. M. (2008). Management of a child with autism and severe bruxism: A case report. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 26(2), 82–84.
- Naidoo, M., & Singh, S. (2018). The Oral health status of children with autism Spectrum disorder in KwaZulu-Nata , South Africa. *BMC Oral Health*, 18(165), 1–9.
DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0632-1>
- Narvai, P. C. (2000). Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 381–392.
DOI: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232000000200011>

- Nelson, T. M., Sheller, B., Friedman, C. S., & Bernier, R. (2015). Educational and therapeutic behavioral approaches to providing dental care for patients with Autism Spectrum Disorder. *Special Care in Dentistry*, 35(3), 105–113.
DOI: <https://doi.org/10.1111/scd.12101>
- Nilchian, F., Shakibaei, F., & Jarah, Z. T. (2017). Evaluation of Visual Pedagogy in Dental Check-ups and Preventive Practices Among 6–12-Year-Old Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(3), 858–864.
DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2998-8>
- Nunes, A. R. B. L. (2016). A Criança Autista na Consulta de Odontopediatria. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Oliveira, G. G. de. (2005). Epidemiologia do Autismo em Portugal - Um estudo de prevalência da perturbação do espectro do autismo e da caracterização de uma amostra populacional de idade escolar.
- Orellana, L. M., Silvestre, F. J., Martínez-Sanchis, S., Martínez-Mihi, V., & Bautista, D. (2012). Oral manifestations in a group of adults with autism spectrum disorder. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 17(3), 415–419.
DOI: <https://doi.org/10.4317/medoral.17573>
- Pinto, J. de A. da F. S. (2017). Protocolo de atendimento para pacientes com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Porto.
- Rada, R. E. (2013). Treatment Needs and Adverse Events Related to Dental Treatment Under General Anesthesia for Individuals With Autism. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(4), 246–252.
DOI: <https://doi.org/10.1352/1934-9556-51.4.246>
- Rai, K., Hegde, A. M., & Jose, N. (2012). Salivary antioxidants and oral health in children with autism. *Archives of Oral Biology*, 57(8), 1116–1120.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2012.03.006>

Ramalho, C. E., Bretas, P. M. C., Schvartsman, C., & Reis, A. G. (2017). Sedation and analgesia for procedures in the pediatric emergency room. *Jornal de Pediatria*, 93(1), 2–18.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.07.009>

Ribeiro, I. P., Freitas, M., & Oliva-Teles, N. (2013). As Perturbações do Espectro do Autismo - Avanços da Biologia Molecular. *Nascer e Crescer*, XXII(1), 19–24.

Rocha, M. M. (2015). Abordagem de Pacientes Autistas em Odontopediatria. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Russo, J., & Venâncio, A. T. A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações : a “ revolução terminológica ” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(3), 460–483.

Sallam, A. M., Badr, S. B. Y., & Rashed, M. A. (2013). Effectiveness of audiovisual modeling on the behavioral change toward oral and dental care in children with autism. *Indian Journal of Dentistry*, 4(4), 184–190.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2013.02.002>

Sarnat, H., Samuel, E., Ashkenazi-Alfasi, N., & Peretz, B. (2016). Oral Health Characteristics of Preschool Children with Autistic Syndrome Disorder. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 40(1), 21–25.

DOI: <https://doi.org/10.17796/1053-4628-40.1.21>

Shields, M. C., Akobirshoev, I., Dembo, R. S., & Mitra, M. (2019). Self-Injurious Behavior Among Adults With ASD: Hospitalizations, Length of Stay, and Costs of Resources to Deliver Care. *Psychiatric Services*, 62(12), 1030–1042.

DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800318>

- Shitsuka, R. I. C. M., Shitsuka, C., Moriyama, C. M., Corrêa, F. N. P., Delfino, C. S., & Corrêa, M. S. N. P. (2015). *Desenvolvimento e avaliação da eficiência da estabilização protetora na odontopediatria: um estudo piloto*. *Revista da Faculdade de Odontologia*, 20(1), 59–63.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v20i1.4586>
- Silva, L. F. P. da, Freire, N. de C., Santana, R. S. de, & Miasato, J. M. (2016). Técnicas de Manejo Comportamental Não Farmacológicas na Odontopediatria. *Revista de Odontologia da Universidade da Cidade de São Paulo*, 28(2), 135–142.
- Silva, T. A. O. L. A. e. (2015). O paciente com Autismo: a abordagem na consulta de medicina dentária e a importância da prevenção em saúde oral. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Sousa, P. M. L. de, & Santos, I. M. S. C. dos. (2005). Caracterização da Síndrome Autista. *Psicologia.Com.Pt*.
- Sousa, P. L. (2015). Estratégias para a Abordagem do paciente com Perturbação do Espectro do Autismo na Medicina Dentária. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Taylor, B., Jick, H., & Maclaughlin, D. (2013). *Prevalence and incidence rates of autism in the UK : time trend from 2004 – 2010 in children aged 8 years*. *BMJ open*, 1–6.
DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003219>
- Teodoro, G. C., Godinho, M. C. S., & Hachimine, A. H. F. (2016). A inclusão de alunos com Transtorno do Espectro Autista no Ensino Fundamental. *Research, Society and Development*, 1(2), 127–143.
- Torres, I. A. P. de M. (2009). Atitudes dos Médicos Dentistas no tratamento médico-dentário de pacientes com deficiência mental. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Williams, K., Macdermott, S., Ridley, G., Glasson, E. J., & Wray, J. A. (2008). The prevalence of autism in Australia . Can it be established from existing data? *Journal of Paediatrics and Child Health*, 44, 504–510.

DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2008.01331.x>

Winocur, E., Messer, T., Eli, I., Emodi-Perlman, A., Kedem, R., Reiter, S., & Friedman-Rubin, P. (2019). Awake and Sleep Bruxism Among Israeli Adolescents. *Frontiers in Neurology*, 10(April), 1–9.

Zablotsky, B., Black, L. I., Schieve, L. A., & Blumberg, S. J. (2015). Estimated Prevalence of Autism and Other Developmental Disabilities Following Questionnaire Changes in the 2014 National Health Interview Survey. *National Health Statistics Report*.

Zanelli, M. E., Volpato, L. E. R., Ortega, A. L., Borges, Á. H., & Aranha, A. M. F. (2015). Nitrous oxide for dental treatment in patients with infantile autism : a literature review. *Revista RSBO* ,Vol. 12.