



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

ALINE ADRIANA BATISTA

**RELATO DE CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA  
DE PACIENTE COM TRANSTORNO GLOBAL DO  
DESENVOLVIMENTO**

---

Londrina  
2013

ALINE ADRIANA BATISTA

**RELATO DE CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA  
DE PACIENTE COM TRANSTORNO GLOBAL DO  
DESENVOLVIMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Graduação em Odontologia da Universidade  
Estadual de Londrina.

Orientadora: Profa. Dra. Wanda Terezinha  
Garbelini Frossard

Londrina  
2013

ALINE ADRIANA BATISTA

**RELATO DE CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA DE  
PACIENTE COM TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Graduação em Odontologia da Universidade  
Estadual de Londrina.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Wanda Terezinha Garbelini  
Frossard  
Universidade Estadual de Londrina

---

Profa. Ms. Beatriz Brandão Scarpelli  
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Dedico o presente trabalho aos meus pais Adriana e Antonio, por toda a educação e oportunidade que me proporcionaram, e a minha avó Teresa (*in memoriam*) que contribuiu de maneira expressiva para a realização deste sonho.

## AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, por me mostrar durante esta longa caminhada, o quanto sou protegida, guiada e iluminada.

Agradeço aos meus pais, pelo apoio, compreensão, ajuda, intercessão e suporte em todos os momentos desta árdua e longa caminhada.

A minha avó Teresa (*in memoriam*), pela dedicação, pelo amor incondicional, pelas orações e, por todas as lágrimas e saudades sentidas com a minha partida para a realização do sonho de me graduar.

A minha família e ao meu namorado, que sempre me apoiaram e me deram forças nos momentos de dificuldades, incluindo o Sr. Antonio e a Sra. Silvia.

As poucas e verdadeiras amigas que construí durante a graduação, pelas suas atitudes de cumplicidade e ajuda.

Aos professores pelos conhecimentos transmitidos de forma responsável e ao mesmo tempo prazerosa.

A minha orientadora pela sua constante colaboração, dedicação e valiosa instrução no presente trabalho, mas sobretudo pela sua amizade e confiança.

*Há tempo disse a uma mãe, para que compreendesse com facilidade a questão: “O seu filho é um Ferrari, o problema é que a estrada da vida não é macia, suave, sem pedras ou buracos. Para que o Ferrari possa andar tão depressa quanto o seu potencial, temos que colocar pneus mais adaptados ao terreno, e reparar, pelo menos, alguns dos buracos da estrada.”*

Nuno Lobo Antunes

BATISTA, Aline Adriana. **Revisão de literatura e relato de caso clínico de paciente com Transtorno Global do Desenvolvimento**. 2013. 42 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso Odontologia – Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, 2013.

## RESUMO

O Autismo é uma síndrome classificada como Transtorno Global do Desenvolvimento e o seu diagnóstico ocorre através da análise das características relacionadas às interações sociais, os desvios da comunicação e, o comportamento focalizado e repetitivo. Estas características surgem antes da idade dos três anos, com vários níveis de intensidade e formas de manifestações. O comprometimento do Espectro Autista, que corresponde ao grau de acometimento das funções cognitivas e de linguagem, varia desde a deficiência intelectual e linguística severa, até os níveis de desenvolvimento normal. As características típicas correspondem à dificuldade de estabelecer interações sociais, demonstram intolerância a contatos físicos, evitam o contato visual, apresentam dependência e resistência a mudanças de rotinas mesmo que estas sejam pequenas, possuem comportamentos compulsivos e estereotipados, apresentam distúrbios na alimentação, possuem alterações na linguagem, como ecolalia, descontextualização do uso das palavras e inversão pronominal, e também podem demonstrar hipo ou hipersensibilidade a vários estímulos sensoriais. O objetivo deste trabalho consiste em revisar a literatura apresentando as características que possam indicar a presença deste Transtorno nas crianças, sua etiologia, classificação vigente, índices epidemiológicos bucais e propostas terapêuticas, e relatar dois casos clínicos, descrevendo o tratamento odontológico realizado e a forma de condicionamento empregado nos pacientes frente a um tratamento odontopediátrico preventivo e curativo.

**Palavras-chave:** Transtorno autístico. Relações interpessoais. Comportamento compulsivo. Assistência odontológica.

BATISTA, Aline Adriana. **Revisão de literatura e relato de caso clínico de paciente com Transtorno Global do Desenvolvimento**. 2013. 42 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso Odontologia – Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, 2013.

## ABSTRACT

Autism is a syndrome classified as a Global Development Disorder and its diagnostic is through the analysis of characteristics related to social interactions, deviations and communication, and repetitive behavior focused. These features arise before the age of three years, with various levels of intensity and forms of manifestation. This syndrome presents some typical characteristics that contribute to the effectiveness in the diagnostic of children with this disorder, however this individual may not have all these features, it will depend on the commitment of the Autistic Spectrum this child, which corresponds to the degree of impairment of cognitive functions and language, ranging from severe intellectual disabilities and language, to the levels of normal development of these skills. Typical characteristics correspond to the difficulty of establishing social interactions, demonstrate intolerance to physical contact, avoid eye contact, show dependence of routines and resistance to change even if they are small, have compulsive behaviors and stereotyped, have feeding disorders, alterations in language, such as echolalia, decontextualization of the use of words and pronoun reversal, and can also show hypo or hypersensitivity to various sensory stimuli. These papers focuses on reviewing the literature, presenting therapeutic proposals, as well as report the cases of two patients with this syndrome, female and male, describing the dental treatment and the form of conditioning, employed in patients.

**Key words:** Autistic disorder. Interpersonal relations. Compulsive behavior. Dental assistance.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – M.L.M. realizando atividades escolares. Metodologia TEACCH .....	28
<b>Figura 2</b> – Não se importa com o foco de luz da câmera fotográfica.....	28
<b>Figura 3</b> – Possui fixação por macinhas de modelar .....	28
<b>Figura 4</b> – Realizando jogos de sinalização visual .....	29
<b>Figura 5</b> – Não se comunica verbalmente e não se interage com os colegas de sala .....	29
<b>Figura 6</b> – A posição da mesa escolar está associada à mudança do comportamento, representada pelo desvanecimento.....	29
<b>Figura 7</b> – F.O.S. realizando atividades escolares. Metodologia TEACCH .....	30
<b>Figura 8</b> – Possui muito interesse pelo foco de luz da câmera digital .....	30
<b>Figura 9</b> – Realizando jogos de sinalização visual .....	30
<b>Figura 10</b> – Portador de ecolalia tardia.....	31
<b>Figura 11</b> – Possui bastante interação com os colegas de sala.....	31
<b>Figura 12</b> – Apresenta diversas habilidades motoras e cognitiva.....	31

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA - *Applied Behavior Analysis* (tradução: Análise do Comportamento Aplicada)

TEACCH – *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* (tradução: Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados com a Comunicação)

SCERTS – *Social Communication, Emotional Regulation and Transaction Support* (tradução: Comunicação Social, Regulação Emocional e Apoio Transacional)

PECS – *Picture Exchange Communication System* (tradução: Sistema de Comunicação por Troca de Figuras)

DIR – Desenvolvimento Diferencial Individual e Relacional

TGD - Transtorno Global do Desenvolvimento

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

OMS – Organização Mundial da Saúde

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

AAP - Associação Americana de Psiquiatria

CPO-D – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

CPO-S - Superfícies dentárias Cariadas, Perdidas e Obturadas

ceo-d - Dentes decíduos Cariados, com Extração indicada e Obturados

pH - Potencial Hidrogeniônico

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>RELATO DE CASO</b> .....	<b>13</b>
2.1	RELATO DE CASO I .....	13
2.1.1	Relato de Caso II.....	16
2.1.1.1	Revisão e discussão.....	19
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>32</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>33</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>37</b>
	APÊNDICE A – Autorização.....	38
	APÊNDICE B – Autorização.....	39
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>40</b>
	ANEXO A – Autorização Tratamento Curativo .....	41
	ANEXO B – Autorização Tratamento Curativo.....	42

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o autismo tornou-se objeto de pesquisa em diversas áreas, buscando uma visão ampliada a respeito da sua natureza e de possíveis formas de tratamento<sup>1</sup>. Esse Transtorno corresponde a um defeito genético que afeta a estrutura e a função dos neurônios no cérebro das crianças<sup>2</sup>, levando a um distúrbio comportamental que trará como consequências a dificuldade de linguagem, de comunicação e de socialização<sup>1, 2</sup>. As crianças portadoras desta síndrome se diferenciam das não portadoras, pela forma peculiar de lidar com o mundo que a cerca, por apresentarem interesses restritos. A intensidade dessas manifestações é inerente a cada criança, por isso o seu tratamento exige uma equipe integrada e multidisciplinar<sup>1</sup>.

Hoje em dia, os métodos de intervenção que visam diminuir os comportamentos problemáticos, estão sendo desenvolvidos para ajudá-las a se tornarem funcionais e independentes perante a sociedade. São estes: PADOVAN<sup>3</sup>; ABA - Análise do Comportamento Aplicada<sup>4</sup>; TEACCH – Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados com a Comunicação<sup>5</sup>; Modelo SCERTS – Comunicação Social, Regulação Emocional e Apoio Transacional<sup>6</sup>; PECS - Sistema de Comunicação por Troca de Figuras<sup>4</sup>; DIR - Desenvolvimento Diferencial Individual e Relacional<sup>8</sup>, FLOORTIME<sup>8</sup> e Programa SON-RISE<sup>9</sup>.

Este trabalho tem como objetivo abordar algumas características que possam indicar a presença deste Transtorno nos três primeiros anos de vida da criança, bem como sua etiologia, classificação vigente, índices epidemiológicos bucais e métodos de intervenção para o tratamento, através da revisão da literatura e relatar dois casos clínicos de pacientes com Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) frente a um tratamento odontopediátrico preventivo e curativo.

## **2 RELATO DE CASO**

### **2.1 RELATO DE CASO I**

Paciente M.L.M., gênero feminino, 7 anos de idade, branca, ingressou no programa da Clínica de Especialidades Infantis – Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina aos 4 anos e 4 meses de idade, acompanhado pela mãe, que assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes dos procedimentos clínicos iniciais. A mãe relatou ter feito acompanhamento odontológico preventivo na Unidade Básica de Saúde (UBS) do município, mas a criança começou a ter dificuldades nas consultas ficando resistente ao atendimento e a mãe não seguiu mais com o tratamento na UBS, sendo esta a sua queixa principal.

Durante a anamnese, a mãe relatou ter tido uma gestação tranquila, informando que a criança foi hospitalizada por virose uma única vez, que fez uso de antibióticos por causa de infecções respiratórias, que não apresentava nenhum tipo de reação alérgica a medicamentos, que não fazia uso de medicamentos diários e que as vacinas encontravam-se em dia. Com relação aos hábitos de alimentação, a mesma se alimentava bem, selecionando as verduras e os legumes. A única fruta que consumia era a laranja, rejeitando as demais. Os sucos ingeridos eram somente aqueles de cor amarela e fazia uso do copo de transição para os alimentos líquidos. Apresentava boa mastigação quando da ingestão de alimentos sólidos. Consumia bolachas e doces várias vezes ao dia. Em relação aos hábitos de higiene bucal, a mãe relatou ter dificuldades e por esse motivo nem sempre fazia a escovação diária.

A partir destas informações, a mãe foi orientada em relação ao consumo dos doces e outros carboidratos e à importância da prática diária da escovação. Para maior interação com a criança, foi confeccionada uma bexiga de luva e observado que a mesma gostou da brincadeira. Em seguida, a criança foi encaminhada para a cadeira odontológica, porém não sentou sozinha, permanecendo sentada somente no colo da mãe. Foi realizado o exame clínico bucal e constatado que a mesma apresentava boa oclusão e placa dental visível, porém sem indícios de cárie dentária. A higiene bucal com escova dental infantil e clorexidina foi realizada rapidamente, pois a mesma se tornou resistente ao procedimento.

Na segunda sessão, que demorou cerca de quinze dias da primeira, a mãe informou que estava tentando controlar o consumo de doces e quanto à higienização bucal ainda apresentava dificuldades para fazê-lo, conseguindo apenas escovar os dentes anteriores. Nesta sessão, a criança sentou na cadeira odontológica, ainda no colo da mãe, e foram realizados os mesmos procedimentos de higiene da primeira sessão acrescido da aplicação de carióstático, mesmo sem a colaboração da criança.

Na terceira sessão, a mãe continuou relatando a dificuldade para a realização da higiene bucal diária, principalmente nos dentes posteriores, porém já o fazia duas vezes ao dia utilizando somente água. Nesta sessão, apesar da criança continuar sentada na cadeira odontológica no colo da mãe, os procedimentos preventivos foram realizados sem resistência da mesma. Na quarta sessão, a mãe relatou estar escovando os dentes três vezes ao dia, ainda com as mesmas dificuldades, porém não conseguiu introduzir o uso do fio dental.

Nas sessões seguintes realizadas mensalmente, foi introduzido o uso do creme dental e os procedimentos preventivos foram realizados com a colaboração da mesma apesar do desinteresse da criança pelas brincadeiras e pelo foco de luz do refletor. Em contrapartida, gostava muito de subir e descer da cadeira odontológica, e continuava demonstrando interesse pela bexiga feita de luva. A mãe relatou estar conseguindo realizar as escovações com menos dificuldades, mas a introdução do uso do fio dental ainda era recusada pela criança. O consumo de doces foi controlado, porém a criança consumia alimentos várias vezes ao dia. Nas sessões seguintes foram realizados os procedimentos de higiene bucal condizentes aos da segunda sessão, acrescido da aplicação tópica de flúor.

Na oitava sessão, a mãe informou que as dificuldades na higienização bucal persistiam e que a criança passou a fazer uso do medicamento Risperidona, porque estava apresentando quadros de psicose delirante. Nesta sessão, não houve a colaboração da mesma ao tratamento odontológico preventivo.

Na nona sessão, a mãe relatou que a medicação anterior havia sido substituída pela Imipramina, um medicamento antidepressivo. A higiene oral estava sendo realizada entre duas a três vezes ao dia, ainda sem creme dental, pois além do fato da criança deglutir, a mesma ficava agitada com seu uso. Foi então sugerido, diminuir a quantidade do creme dental e trocar periodicamente, com o intuito de observar se a criança iria adquirir interesse por algum tipo específico.

Na décima sessão, realizada seis meses após a última consulta odontológica, foi exposto que a criança continuava fazendo uso do mesmo medicamento, que a higienização estava sendo realizada três vezes ao dia e que não houve mudança na aceitação do creme dental. Durante a realização dos procedimentos preventivos odontológico, a criança mostrou-se colaboradora.

Atualmente, a criança continua em tratamento educativo preventivo na Clínica de Especialidade Odontológicas/Bebê-Clínica da UEL com periodicidade trimestral.

### 2.1.1 Relato de Caso II

Paciente F.O.S., gênero masculino, 7 anos de idade, pardo, ingressou no programa da Clínica de Especialidades Infantis – Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina aos 4 anos de idade, acompanhado pelo pai. Antes de qualquer procedimento clínico, o responsável assinou o TCLE. O pai relatou que a criança havia sofrido um trauma dentário há três meses, e que após esse episódio ocorreu avulsão do dente traumatizado. Também relatou que a criança estava indo pela primeira vez ao dentista.

Na anamnese, ao ser questionado sobre a história médica, o pai relatou que a criança foi internada com início de pneumonia, não fazia uso de medicamentos diários e que as vacinas encontravam-se em dia. Com relação aos hábitos alimentares, o mesmo se alimentava bem, consumia principalmente as frutas maçã e pera, e recusava verduras e legumes. Os doces eram controlados, não consumia refrigerante e fazia uso do leite bovino como complemento alimentar, na mamadeira. Apresentava boa mastigação quando da ingestão de alimentos sólidos. Em relação aos hábitos de higiene bucal, o pai relatou que a criança escovava os dentes duas vezes ao dia com a ajuda da mãe.

A partir destas informações, o pai foi orientado em relação ao consumo dos doces e outros carboidratos, a introduzir o copo de transição e a importância da prática diária da escovação. Em seguida, a criança foi encaminhada para a cadeira odontológica sentada no colo do pai, sendo realizado o exame clínico bucal e constatado que o mesmo apresentava placa dental visível, porém sem indícios de cárie dentária. No primeiro momento a criança não se familiarizou com a cadeira odontológica, mas depois se acostumou e demonstrou interesse pela luz do refletor e pela seringa tríplice, porém não deixou realizar a escovação. A mesma foi realizada com escova dental infantil e clorexidina no escovódromo. O retorno à clínica passou a ser realizada quinzenalmente.

Na segunda sessão, foi relatado que a criança continuava com o hábito de tomar o leite na mamadeira. Em relação à higienização bucal, a escovação com creme dental sem flúor era supervisionado pelos pais, porém o mesmo se recusava a usar o fio dental diariamente. Nesta sessão, a criança permitiu que fossem realizados os mesmos procedimentos de higiene da primeira sessão sentada na cadeira odontológica, porém não permitiu a aplicação do carióstático.



Na terceira sessão, foi informado que o leite como complemento alimentar estava sendo introduzido através do copo de transição, alternando com o uso da mamadeira. A higienização bucal estava sendo realizada de duas a três vezes ao dia com creme dental sem flúor, inclusive antes de dormir, e continuava com a recusa do uso do fio dental diariamente. Nesta sessão foram realizados os mesmos procedimentos de higiene acrescidos da aplicação do cariostático, porém sem a colaboração do mesmo.

Nas sessões seguintes, foi relatado que a criança estava sendo menos seletiva quanto aos alimentos durante as refeições. Em relação à higiene bucal, passou a usar o fio dental todos os dias e o creme dental utilizado continuava sendo o sem flúor pelo fato do mesmo deglutir. Foi observado que a criança estava melhorando a sociabilidade com os integrantes da Bebê-Clínica sendo eles cirurgiões dentistas, técnicos de higiene bucal ou atendentes e prestando mais atenção nas informações dadas pelos dentistas durante o tratamento. O retorno à clínica passou a ser mensal.

Na sétima sessão, a mãe acompanhou a criança no atendimento odontológico. Relatou que a criança apresentou pneumonia e que após essa enfermidade, a higiene bucal passou a ser realizada com muito esforço pelos pais. Durante esse atendimento, a criança não colaborou e foi necessário estabilizá-lo para que os procedimentos preventivos fossem realizados. Sendo assim, foi solicitado que nas próximas consultas, o pai acompanhasse a criança, pois o mesmo tornava-se menos agitado na sua presença.

Nas sessões seguintes, com a presença do pai os tratamentos preventivos foram realizados, na maioria das vezes, com a colaboração da criança. Na décima sessão, foi relatado que a criança não possui mais o hábito da mamadeira e estava consumindo leite com achocolatado em copo com canudinho. A escovação em casa estava sendo realizada com um pouco de resistência, mas segundo o pai estava melhorando bastante em relação ao seu comportamento durante as escovações anteriores e os procedimentos de prevenção na clínica foram realizados com a colaboração do paciente. O retorno à clínica passou a ser a cada três meses.

A partir da décima primeira sessão, o pai relatou que a criança passou a usar o fio dental e o creme dental fluoretado diariamente. Nessa sessão, a

criança continuou colaboradora aos procedimentos preventivos realizados na clínica e à raspagem de cálculo supragengival nos incisivos inferiores.

Nas sessões seguintes, a criança continuou cooperadora aos procedimentos realizados na clínica, e segundo o pai, aos procedimentos preventivos realizados em casa, inclusive com o uso do fio dental diariamente.

### 2.1.1.1 Revisão e discussão

Os primeiros estudos publicados sobre crianças autistas foram descritos pelos psiquiatras austríacos Leo Kanner<sup>1</sup> (1943) nos Estados Unidos da América (EUA) e por Hans Asperger<sup>2</sup> (1944), na Áustria. O primeiro autor verificou um comportamento interpessoal em determinadas crianças, que as impedia de estabelecer contatos sociais regulares, o que as distinguia de outras patologias como a esquizofrenia<sup>1</sup>. Para o segundo, além dessa dificuldade de interação social, o autismo incluía casos que apresentavam danos orgânicos severos e casos que transitavam para a normalidade<sup>2</sup>.

Atualmente, essa enfermidade, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>10</sup>, é classificada como Transtornos do Espectro do Autismo e descrita dentro do Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD). Os indivíduos que apresentam esse Transtorno são caracterizados por um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade dos três anos e também por apresentarem uma perturbação característica do funcionamento anexo aos domínios relacionados às interações sociais, desvios da comunicação e, comportamento focalizado e repetitivo<sup>11</sup>.

Os movimentos repetitivos, assim como atitudes de gritar, tapar os ouvidos e fazer ruídos, manifestados pelas crianças portadoras desta síndrome, ocorre pelo fato de que o cérebro dos autistas trabalha de maneira diferente e se sobrecarrega quando expostos a estímulos externos do dia-dia, como sons, luzes, imagens e cheiros, portanto essas atitudes são uma forma de bloquear esses estímulos, para que possam se concentrar em apenas um. Sendo assim, o autismo é uma síndrome que está presente desde o nascimento da criança, podendo ser percebida logo no primeiro ano de vida, e apresentando-se clinicamente por meio de deficiências nas respostas aos estímulos visuais, auditivos e fonéticos<sup>12,13</sup>.

O autismo é denominado como um Transtorno de Espectro, o que indica ampla variação na sua sintomatologia, apresentando variação em gênero e grau, e possuindo vários níveis de gravidade e formas de manifestação<sup>6</sup>. Crianças com o TGD também podem apresentar habilidades e talentos especiais. Em uma das extremidades deste espectro, temos uma pequena porcentagem de indivíduos referidos como “savants”, por apresentarem habilidades extraordinárias, comumente nas áreas de matemática, cálculos, datas, música ou arte<sup>14</sup>.

A incidência desta síndrome é mais comum no sexo masculino, sendo de 3 a 5 vezes mais atingido que o feminino<sup>12, 13</sup>, por esse motivo a cor azul foi definida como símbolo do autismo. Estudos recentes apontam para um aumento nos casos diagnosticados entre a população dos Estados Unidos e da Europa, ganhando contornos de epidemia. As estatísticas nacionais nos EUA revelam 1 caso de TGD a cada 88 crianças em 2012, de acordo com o relatório liberado pelos Centers for Disease Control and Prevention, órgão governamental que trabalha com a saúde nos EUA<sup>15</sup>. No Brasil, há uma estimativa de aproximadamente 2 milhões de indivíduos autistas, e cerca da metade destes casos ainda são desconhecidos devido a falta de diagnóstico<sup>16</sup>. A Organização das Nações Unidas estima que existam mais de 70 milhões de indivíduos autistas pelo mundo.

Dentre as causas deste transtorno, não podemos citar um único fator como o responsável pela sua manifestação clínica. Os estudos sugerem que existe uma herdabilidade muito influente, contribuindo como um dos fatores deste transtorno, porém não confirmam a existência de um único gene determinando o autismo, mas sim uma interação entre múltiplos genes<sup>17,18,19</sup>. Algumas pesquisas sugerem que esses genes em interação com fatores ambientais possam desencadear a síndrome.

Dentre esses fatores ambientais podemos citar, a exposição fetal ao vírus da rubéola, bebidas alcoólicas e substâncias abortivas, como o misoprostol e o ácido valproico<sup>13, 14,15</sup>. Numa porcentagem menor, cerca de 10 a 15% das causas do autismo, temos como etiologia um fator genético específico e identificável, como a Síndrome do X Frágil, Esclerose Tuberosa e Síndrome de Angelman<sup>19, 20,21</sup>.

Diante das manifestações clínicas desta doença, tornam-se necessários acompanhamentos frequentes por profissionais da saúde, devido às atividades cotidianas executadas por esses pacientes apresentarem-se comprometidas. Com as dificuldades e limitações vivenciadas em seu cotidiano, tornam-se evidentes as consequências que esta doença acarreta para este paciente e seus cuidadores, por isso é preciso ser abrangente nos cuidados ao paciente autista, incluindo também a atenção aos seus cuidadores<sup>17,18,20</sup>.

O método Padovan foi desenvolvido por Temple Fay, neurologista e neurocirurgião americano, por volta de 1950, e está baseado na Reorganização Neurológica. A maturação do Sistema Nervoso Central é desencadeada pela fase de Organização Neurológica, um processo natural, que torna o indivíduo apto a adquirir

todas as suas capacidades, incluindo a locomoção, a linguagem e o pensamento. Quando este processo de Organização apresenta falhas em seu desenvolvimento, pode-se através da Reorganização Neurológica recapitular o processo do andar, falar e pensar. Este método é composto por exercícios corporais e exercícios orobucofaciais, que ajudam o indivíduo a melhorar a expressão dos seus sentimentos e das suas emoções, trabalhando o pensar, a percepção auditiva e visual, assim como os processos do desenvolvimento da fala, leitura e escrita<sup>3</sup>.

A Análise do Comportamento Aplicada (ABA) surgiu através do movimento Behaviorista, norteado pelo grande defensor da psicologia John B. Watson. Esta abordagem tem como objetivo ensinar destrezas ainda não adquiridas pelos pacientes com TGD, através de etapas atenciosamente documentadas. O método ABA possui uma orientação diferente das demais intervenções, pois é regido não apenas pela aplicação de técnicas e procedimentos que visam promover uma mudança comportamental, mas também possui o objetivo de compreender as dificuldades e potencialidades destes indivíduos e, através desta conduta são desenvolvidos métodos que possam ajudá-los de maneira efetiva, sempre respeitando o ritmo destes indivíduos e contribuindo para o seu processo de autonomia e qualidade de vida. Sua aplicação se estende à clínica com adultos, escolas, organizações e terapia para pessoas especiais, e tem sido apontada como a mais promissora no tratamento de indivíduos autistas<sup>4</sup>. Parte do sucesso da terapia ABA deve-se ao fato de que o autismo não é visto como uma doença ou um problema a ser corrigido, mas sim como um conjunto de comportamentos que podem ser desenvolvidos através de abordagens de ensino especiais<sup>22</sup>.

O método TEACCH corresponde ao modelo de ensino aplicado no ambiente escolar das crianças representadas nos casos clínicos citados anteriormente. Este modelo foi elaborado através de uma metodologia psicoeducacional, desenvolvido inicialmente pelo Dr. Schoppler e sua equipe na Universidade da Carolina do Norte, em 1966. A proposta deste método baseia-se no desígnio de que os autistas contrapõem melhor aos sistemas organizados, ou seja, são mais capazes de adquirir aprendizados frente a uma proposta de atividade estruturada, em vez de uma intervenção de caráter mais livre e interpretativo. Deste modo, podemos dizer que ao serem colocados objetos em um padrão definido de organização o autista poderá ter uma compreensão melhor do que lhe é demandado pelas outras pessoas, contribuindo para sua independência frente à sociedade. Os

que não estão de acordo com esta proposta de intervenção levantam a hipótese de que as pessoas atendidas por esse método estão sujeitas a robotização<sup>5</sup>.

O modelo SCERTS surgiu através de Barry Prizant et al.<sup>6</sup>, publicado em 2000. O enfoque desta abordagem consiste em desenvolver a comunicação social, a regulação emocional e o apoio transicional das crianças com TGD. A aplicação deste modelo torna-se mais complexa quando comparado às outras intervenções, pois exige maior experiência do terapeuta, uma vez que a base do tratamento encontra-se semiestruturada, o que exige maior atenção do adulto em relações as situações que irão ocorrendo durante o tratamento<sup>6</sup>.

Outro instrumento elaborado para compreender as alterações causadas pelo TGD, assim como auxiliar essas crianças com a finalidade de promover o desenvolvimento da fala é representado pelo PECS. Um sistema simples de comunicação, que proporciona uma resposta primária do autista, através da escolha de uma foto que demonstrará o que a criança deseja, estabelecendo desta maneira a sua interação com as pessoas que o cercam, contribuindo também para o desenvolvimento da fala. Este método foi desenvolvido por Andy Bondy e Lori Frost em 1985, para intervir em crianças com Perturbações não apenas do Espectro do Autismo, mas também com outros tipos de perturbações da comunicação, utilizando recursos básicos como imagens, ou seja, o cerne do PECS está na comunicação através da troca, sendo que, a criança aprenderá a utilizar a imagem do objeto como forma de solicitá-lo quando desejar<sup>7</sup>. O protocolo deste método baseia-se nos princípios ABA, tendo a finalidade de identificar as habilidades que o paciente domina e ensinar as que ainda não domina, através de técnicas como o reforço positivo, estimulando a crianças apenas a trabalhar com os comportamentos positivos<sup>4, 7</sup>.

O modelo DIR com abordagem Floortime adotam práticas que prezam pelo Desenvolvimento funcional, tendo como objeto principal a ampliação de habilidades tais como atenção e foco, engajamento e relacionamento social, gesto não verbal, afeto, resolução de problemas, comunicação simbólica, pensamento abstrato e lógico. Além deste nível, o modelo também aborda intervenções no parâmetro das diferenças individuais, ou seja, nos padrões motores, sensoriais e afetivos, e por fim, aborda intervenções no parâmetro de relacionamento e interação afetiva, avaliando a compreensão dos pais e de outros em relação ao nível funcional da criança e suas peculiaridades. Este modelo foi desenvolvido através da obtenção

de resultados alentados pelo Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders, dirigido por Stanley Greenspan e Serena Wieder, nos EUA. O mesmo possui a intenção de desenvolver bases para as competências sociais, emocionais e intelectuais das crianças, em vez de apenas focar-se nas competências e nos comportamentos isolados<sup>8</sup>.

O Floortime é um modelo educacional desenvolvido pelo psiquiatra infantil Stanley Greenspan, que elabora terapias através de brincadeiras entre as crianças e seus cuidadores, com o intuito de criar uma interação afetiva, para que possam ampliar as áreas necessárias para o seu desenvolvimento. Assim como na intervenção ABA, as habilidades motoras, de linguagem e cognitivas servem como guias para o desenvolvimento emocional da criança, e a diferença entre esses métodos consiste no fato de que o Floortime é dirigido especialmente às crianças<sup>8</sup>.

O Programa Son-Rise surgiu na década de 70, sendo os seus fundadores Barry Neil Kaufman e Samahria Lyte Kaufman, pais de uma criança diagnosticada com autismo severo. A metodologia aplicada no Programa teve sua evolução de acordo com as experiências vividas pelo casal e seu filho, que passou a ser transmitida nos trabalhos realizados pelo Programa<sup>10, 16,17</sup>. De acordo com Barry e Samahria Kaufman, Raun o filho do casal, recuperou-se totalmente deste Transtorno, após terapia intensiva do Programa Son-Rise, o que para muitos críticos corresponde a um diagnóstico equívoco por parte do casal Kaufman, pois se sabe que esses métodos interventivos apenas possuem o intuito de amenizar os distúrbios comportamentais desenvolvidos por estas crianças. O tratamento domiciliar possui o intuito de construir uma interação entre pais e filhos, demonstrando amor incondicional por seus filhos, quando estes apresentarem comportamentos estereotipados, e convidando-os gradualmente a sair do seu mundo através das suas próprias motivações<sup>16, 17</sup>. Este programa possui a finalidade de aumentar o contato visual, a comunicação, interação e atenção das crianças autistas, devendo ser realizado em ambiente com baixa estimulação sensorial, e estando presentes apenas os pais e a criança<sup>9</sup>.

O diagnóstico do TGD infantil é baseado principalmente no quadro clínico do paciente, sendo assim, existem características clínicas evolutivas que podem ser detectadas de acordo com o período de desenvolvimento da criança portadora deste transtorno, auxiliando de maneira significativa na elaboração do diagnóstico precoce<sup>23</sup>. Estas características são abordadas no Manual Diagnóstico e

Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV<sup>TM</sup>) da Associação Americana de Psiquiatria (AAP)<sup>24</sup>. O recém-nascido parece não precisar de sua mãe, raramente chora, torna-se rígido quando é pego no colo, às vezes muito reativo aos elementos e irritável<sup>23, 24</sup>.

No primeiro ano de vida, a criança não pede nada, não nota sua mãe. Sorrisos, resmungos, respostas antecipadas são ausentes ou retardados, falta de interesse por jogos, muito reativo aos sons, não afetuoso, não interessado por jogos sociais, quando é pego no colo torna-se indiferente ou rígido, ausência de comunicação verbal ou não verbal, hipo ou hiperreativo aos estímulos, aversão pela alimentação sólida, etapas do desenvolvimento motor irregulares ou retardadas<sup>23, 24</sup>.

No segundo e terceiro anos de vida, são indiferentes aos contatos sociais, comunicam-se mexendo a mão do adulto, o único interesse pelos brinquedos consiste em alinhá-los, intolerância às novidades nos jogos, procura estimulações sensoriais como ranger os dentes, esfregar e arranhar superfícies, olhar fixamente detalhes visuais, olhar mãos em movimentos ou objetos com movimentos circulares, possuem particularidades motoras como bater palmas, andar na ponta dos pés, balançar a cabeça e girar em torno de si mesmo<sup>23,24</sup>.

No quarto e quinto anos de idade, demonstram ausência de contato visual, linguagem limitada ou ausente, ecolalia – repetição de palavras ou sons que a criança tenha ouvido recentemente ou bastante tempo atrás, inversão pronominal – utilização do você para referir-se a si próprio. Em relação aos jogos, apresentam ausência de fantasias, de imaginação e de jogos de representação. Anomalias do ritmo do discurso, do tom e das inflexões, e resistência às mudanças no ambiente e nas rotinas<sup>23, 24</sup>. O conhecimento destas características será essencial para que o diagnóstico precoce seja realizado e com isso aumentem as chances de obter resultados favoráveis à interação social desta criança, colaborando desta maneira para o seu desenvolvimento motor e cognitivo, através das terapias de intervenção precoce.

Hoje em dia, existem diversos estudos abordando aspectos relevantes a respeito dos índices epidemiológicos bucais de pacientes com Transtorno do Espectro Autista. Morinushi, Ueda & Tanaka em 2001<sup>25</sup>, apresentaram um estudo relatando a experiência e a severidade da cárie dentária, em crianças autistas, entre os anos de 1980 e 1995, na cidade de Kagoshima, no Japão. Os resultados indicaram que no ano de 1995 houve uma diminuição nos



índices relacionados à experiência e severidade da cárie dentária, comparados aos índices do ano de 1980. Essa diminuição pode ter sido atribuída a vários fatores, tais como melhorias qualitativas e quantitativas no tratamento da cárie dentária, visitas mais regulares as clínicas odontológicas, melhor higienização oral diária e mudanças no padrão alimentar<sup>25</sup>.

Nos EUA, DeMattei, Cuvo & Maurizio publicaram em 2007<sup>26</sup>, um estudo realizado com 39 crianças portadoras do TGD e 16 crianças portadoras de outras deficiências do desenvolvimento, a partir de três escolas diferentes. Os estudos demonstraram que as crianças com TGD que residiam com os pais, apresentaram significativamente mais sinais de bruxismo que o grupo comparado. Em contrapartida, as crianças que residiram em escola manifestaram significativamente mais gengivite. Também foi comprovado que as crianças com outras deficiências apontaram mais lesões orais, fluxo salivar anormal e anomalias de desenvolvimento. As crianças portadoras do TGD apresentaram as seguintes porcentagens relacionadas às condições clínicas bucais: placa bacteriana (85%), gengivite (62%) e cáries (21%). Os estudos revelaram que as crianças com TGD parecem apresentar condições bucais que favorecem o maior risco de desenvolverem doenças dentárias, sendo evidente o grau de risco demonstrado pelo estudo, mas necessitando de maiores investigações<sup>26</sup>.

Bassoukou, Nicolau & Santos em 2008<sup>27</sup> realizaram um estudo em Instituições na cidade de São Paulo, composto por 25 crianças autistas e 25 crianças do grupo controle, com idades entre 3 a 14 anos. O objetivo desse estudo foi avaliar a taxa do fluxo salivar, a capacidade tampão, os níveis do potencial Hidrogeniônico (pH) e a experiência de cárie dental em indivíduos autistas dispostos em dois subgrupos de acordo com a faixa etária, comparando seus resultados com o grupo controle, também dispostos em dois subgrupos de acordo com a faixa etária. Ao analisar o grupo de crianças autistas com o grupo controle de crianças, foi constatado que esses grupos não diferiram na taxa de fluxo salivar, nos níveis de pH, na capacidade tampão ou no CPO-D. O grupo de adolescentes autistas e o grupo controle de adolescentes, apresentaram resultados que diferem significativamente no pH, representadas pelos valores pH ( $p = 0,007$ ) e pH<sub>i</sub> = 7,0 ( $p = 0,001$ ), com pontuações mais baixas para o grupo de adolescentes autistas. Entre os indivíduos autistas dos grupos criança e adolescente, medicados ou não, não apresentaram diferença estatística significativa referente à taxa de fluxo, ao pH e a

capacidade tampão. Na comparação da experiência de cárie dental entre crianças autistas e crianças do grupo controle os índices ceo-d e CPO-D não apresentaram diferença estatística ( $p = 0,743$ ). Estes dados sugerem que indivíduos autistas não possuem taxa de fluxo elevada e sua capacidade tamponante é deficiente. Quanto à experiência de cárie dentária, foi observado que os grupos estudados apresentaram resultados semelhantes<sup>27</sup>.

Jaber em 2011<sup>28</sup> publicou um estudo realizado em Emirados Árabes Unidos, composto por 61 pacientes autistas e 61 pacientes do grupo controle, com idades entre 6 a 16 anos. Mostraram que a prevalência de cárie dentária entre as crianças autistas foi de 77,0% e no grupo controle foi de 46,0%, resultando em uma diferença significativa na prevalência de cárie dentária entre os dois grupos ( $p < 0,05$ ). Quanto à higiene oral e condições gengivais dos pacientes, o estudo relatou que 59,0% dos indivíduos do grupo controle apresentaram boa higiene oral, em comparação com 3,3% do grupo dos pacientes autistas, e na avaliação do estado gengival os resultados demonstraram que 97,0% dos autistas apresentaram gengivite, que foi generalizada em 78,0% dessas crianças<sup>28</sup>.

Em 2011 Subramaniam & Gupta<sup>29</sup>, apresentaram um estudo realizado na cidade de Bangalore, na Índia, que avaliou o estado de saúde bucal de 106 crianças autistas, com idades entre 4 a 15 anos. Os dados obtidos nesse estudo consistem no registro de cárie dentária, avaliação da higiene oral e o comportamento dessas crianças frente ao tratamento odontológico. Os resultados mostraram que a experiência de cárie foi menor entre as crianças autistas, no entanto foram encontrados altos índices de detritos e depósitos de cálculos. Referente ao comportamento dessas crianças frente ao tratamento odontológico, o estudo demonstrou não terem sido colaboradoras<sup>29</sup>.

O estudo realizado por Orellana et al. em 2012<sup>30</sup>, em Valência na Espanha, composto por 30 pacientes autistas e 30 pacientes do grupo controle, com idades entre 20 a 41 anos foi observado que as manifestações bucais mais frequentes foram bruxismo, lesões bucais autoinfligidas e algumas más oclusões. Os índices de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) e de superfícies dentárias cariadas, perdidas e obturadas (CPO-S) no grupo dos pacientes com Transtorno do Espectro Autista foram significativamente menores do que nos grupos controles, apresentando valores totais de CPO-D referentes a 3.7 no grupo dos pacientes com

o Transtorno e 5.63 no grupo controle, e valores totais de CPO-S 9.03 e 12.37 respectivamente<sup>30</sup>.

Os pacientes retratados neste trabalho apresentam baixo índice de cárie dentária até o momento, o que é corroborado com os diversos autores, entre eles Morinushi, Ueda & Tanaka (2001)<sup>25</sup>, Bassoukou, Nicolau & Santos (2008)<sup>27</sup>, Subramaniam & Gupta (2011)<sup>29</sup> e Orellana et al. (2012)<sup>30</sup> confirmando a importância do tratamento preventivo precoce no controle das doenças bucais, enfatizando a importância do manejo e demonstrando a necessidade de ensinar as crianças com autismo a criarem hábitos de tolerância à escova dental e ao creme dental, através de um processo lento de familiarização e aceitação.

## Ilustrações



Figura 1 - M.L.M. realizando atividades escolares. Metodologia TEACCH.



Figura 2 - Não se importa com o foco de luz da câmera fotográfica.



Figura 3 - Possui fixação por macinhas de modelar.



Figura 4 - Realizando jogos de sinalização visual.



Figura 5 - Não se comunica verbalmente e não interage com os colegas de sala.



Figura 6 - A posição da mesa escolar está associada à mudança do comportamento, representada pelo desvanecimento.



Figura 7 – F.O.S. realizando atividades escolares. Metodologia TEACCH.



Figura 8 - Possui muito interesse pelo foco de luz da câmera fotográfica.



Figura 9 – Realizando jogos de sinalização visual.





Figura 10 - Portador de ecolalia tardia.



Figura 11 – Possui bastante interação com os colegas de sala.



Figura 12 – Apresenta diversas habilidades motoras e cognitivas.

## CONCLUSÃO

Neste trabalho foi abordado o transcorrer do tratamento odontológico de crianças portadoras do TGD através da análise de caso clínico, retratando como foi feito o atendimento odontológico em pacientes portadores deste transtorno, através do estabelecimento de vínculos de confiança e motivação ofertados pelo profissional ao paciente. Também foi destacado, através da revisão de literatura, a dificuldade de interação social destes pacientes e a necessidade de uma dedicação exclusiva aos mesmos, destacando técnicas de intervenção precoce que possuem o objetivo de melhorar a qualidade de vida destas crianças e de torná-las mais próximas do mundo externo.

Independente da abordagem terapêutica a ser escolhida, é importante salientar que existem muitas controvérsias quanto à eficácia destas intervenções intensivas precoces, e que nenhuma destas intervenções é capaz de melhorar todos os sintomas para todos os indivíduos com este transtorno, ou seja, a escolha da melhor técnica para pacientes com TGD dependerá exclusivamente da necessidade individual de cada criança. Nenhuma destas propostas mostra-se capaz de curar uma criança portadora desta síndrome, mas cada modelo educacional a sua maneira auxilia na redução dos sintomas, melhorando o comportamento da criança para que ocorra a sua inclusão espontaneamente.



## REFERÊNCIAS

1. GOULART, P.; ASSIS, G. J. A. Estudos sobre autismo em análise do comportamento: aspectos metodológicos. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/113/101>>. Acesso em: 2 mar. 2013.
2. GUPTA, A. R.; STATE, M. W. Autismo: genética. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 28 (Supl I), p. 29-38, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s1/a05v28s1.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2013.
3. PADOVAN, B. A. E. Reorganização neurológica (Método Padovan). **Temas sobre Desenvolvimento**. São Paulo, v. 3, n. 17, p.13-21, 1994.
4. HOWARD, J. S. et al. A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. **Research in Developmental Disabilities**, v. 26, n. 4, p. 359-383. 2005. Disponível em:<<http://www.science-direct.com/science/article/pii/S0891422205000247>>. Acesso em: 4 abr. 2013.
5. BOSA, C.; CALLIAS, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722000000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 4 abr. 2013.
6. PRIZANT, B. M.; WETHERBY, A. M.; Rydell, P. J. Communication intervention issues for children with autism spectrum disorders. In: WETHERBY, A. M.; PRIZANT, B. M. (Orgs.), **Autism spectrum disorders: a transactional developmental perspective**. Baltimore: Paul H. Brookes, 2000. p.193-224.
7. ALMEIDA, M. A.; PIZA, M. H. M.; LAMONICA, D. A. C. Adaptações do sistema de comunicação por troca de figuras no contexto escolar. **Pró-Fono: Revista de atualização científica**, Barueri, v. 17, n. 2, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pfono/v17n2/v17n2a11.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2013.
8. LAMPREIA, C. A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 105-114, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a12.pdf>>. Acesso em 6 abr. 2013.

9. WILLIAMS, K. R. The son-rise program intervention for autism: prerequisites for evaluation. **Autism**, v. 10, n. 1, p. 86-102, jan. 2006. Disponível em: <<http://aut.sagepub.com/content/10/1/86.full.pdf+html>> Acesso em: 11 abr. 2013.
10. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. 10. ed. São Paulo: EDUSP, 2009. v.1
11. ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B. Autismo infantil: um algoritmo clínico. **Infante: revista de neuropsiquiatria da infância e da adolescência**, v. 1, n. 1, p. 20-24, 2005. Disponível em: <[http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed\\_01\\_2/in\\_02\\_09.pdf](http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_01_2/in_02_09.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2013.
12. KLEIN, U.; NOWAK A. J. Autistic disorder: a review for the pediatric dentist. **Pediatric Dentistry.**, v. 20, n. 5, p. 7-312, set./out. 1998. Disponível em: <<http://www.student.ahc.umn.edu/dental/2010/Documents/Summer09/Autism%20Review%20for%20Pediatric%20DDS-Klein%20and%20Nowak-JPD-1998.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2013.
13. KLIN, A. et al. Avaliação clínica de crianças com risco de autismo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 58, n. 1, p. 255-297, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/433/329>>. Acesso em: 14 abr. 2013.
14. FRITH, U.; HAPPE, F. Theory of mind and self consciousness: what is like to be autistic? **Mind and Language**. London, v. 14, n. 1, p. 1-22, mar. 1999. Disponível em: <[http://www.cs.oswego.edu/~blue/xex/cogsci/reading\\_group/frith\\_ML\\_99.pdf](http://www.cs.oswego.edu/~blue/xex/cogsci/reading_group/frith_ML_99.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2013.
15. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Prevalence of autism spectrum disorders: autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2008. **MMWR Series**, Atlanta, v. 61, n. 3, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6103.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2013.
16. PAULA, C. S. et al. Brief report: prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: a pilot study. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 41, n. 12, fev. 2011. Disponível em: <[http://download.springer.com/static/pdf/231/art%253A10.1007%252Fs10803-011-1200-6.pdf?auth66=1382196653\\_335da0152bd6b705b06444b023a05a0b&ext=.pdf](http://download.springer.com/static/pdf/231/art%253A10.1007%252Fs10803-011-1200-6.pdf?auth66=1382196653_335da0152bd6b705b06444b023a05a0b&ext=.pdf)>. Acesso em: 16 abr. 2013.

17. KLEIN, U.; NOWAK, A. J. Characteristics of patients with Autistic Disorder (AD) presenting for dental treatment: a survey and chart review. **Special care in dentistry**, v. 19, n. 5, p. 200-207, 1999.
18. CAMPOS, C. C.; HADDAD, A. S. Transtornos de comportamento e tratamento odontológico. In: Haddad A.S. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Santos, 2007. p. 229-239.
19. HOWLIN, P.; BARON COHEN, S.; HADWIN, J.; **Teaching children with autism to mind-read: a practical guide**. Chichester: Wiley, 1999.
20. BATISTA, C. R.; BOSA, C. **Autismo e Educação: reflexões e propostas de intervenção**. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 11-20.
21. GOODMAN, R. **Psiquiatria Infantil**. São Paulo: Roca, 2004.
22. GREEN, G. Early behavioral intervention for autism: what does the research tell us? In: MAURICE, C.; Green, G.; LUCE S. C. (Eds.). **Behavioral intervention for young children with autism: a manual for parents and professionals**. Autisn: Pro-Ed, 1996. p. 29-44.
23. COSTA, M. I. F.; NUNES MAIA, H. G. S. Diagnóstico genético e clínico do autismo infantil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 24-31, mar. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n1/1860.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.
24. ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual de estatística e diagnóstico de transtornos mentais (DSM IV<sup>TM</sup>)**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
25. MORINUSHI, T.; UEDA, Y.; TANAKA, C. Autistic children: experience and severity of dental caries between 1980 and 1995 in Kagoshima City, Japan. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 25, n. 4, p. 323-8, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11497015>> Acesso em: 02 out. 2013.
26. DEMATTEI R.; CUVO A.; MAURIZIO S. Oral assessment of children with na autism spectrum disorder. **Journal of dental hygiene**, v. 81, n. 3, p. 1-11, jul. 2007. Disponível em: <<http://jdh.adha.org/content/81/3/65.full.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2013.

27. BASSOUKOU, I. H.; NICOLAU, J.; Santos, M. T. Saliva flow rate, buffer capacity, and pH of autistic individuals. **Clinical Oral Investigations**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 23-27, mar. 2009. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s00784-008-0209-5#page-1>>. Acesso em: 03 out. 2013.
28. JABER, M. A. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. **Journal of Applied Oral Science**, Bauru, v. 19, n. 3, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jaos/v19n3/a06v19n3.pdf>>. Acesso em: 03 out.2013.
29. SUBRAMANIAM, P.; GUPTA, M.; Oral health status of autistic children in India. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, Karnataka – India, v. 36, n. 1, p. 43-47, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22900443>> Acesso em: 17 out. 2013.
30. ORELLANA L. M. et al. Oral manifestations in a group of adults with autism spectrum disorder. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, Valencia, v. 17, n. 3, p. 415-9, maio 2012. Disponível em: <[http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv17\\_i3\\_p415.pdf](http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv17_i3_p415.pdf)>. Acesso em: 17 out. 2013.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

CLÍNICA ODONTOLÓGICA UNIVERSITÁRIA

AUTORIZAÇÃO.  
Eu, JOSÉ CARLOS DA SILVA, PAI DO  
MENOR FELIPE OLIVEIRA DA SILVA,  
AUTORIZO TOMADAS FOTOGRÁFICAS NA  
ESCOLA COL, PARA FINS DIDÁTICOS E  
PEDAGÓGICOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA  
DA UEL.

LONDRINA, 26 DE JUNHO DE 2013

J. C. S.  
JOSÉ CARLOS DA SILVA.

RUA PERNAMBUCO, 520 - TELEFONE (0xx43) 3321-2002



## APÊNDICE B



Universidade  
Estadual de Londrina

CLÍNICA ODONTOLÓGICA UNIVERSITÁRIA

## Autorização

Mrs. Silvana B da Silva Mafet e  
Gen. Fabio Mafet, pai da  
menor Maria Luiza Mafet,  
autorizamos tomadas foto-  
gráficas na escola Col  
para fins didáticos e

pedagógicos do curso de  
Odontologia da UEL  
Londrina 21 junho 2013

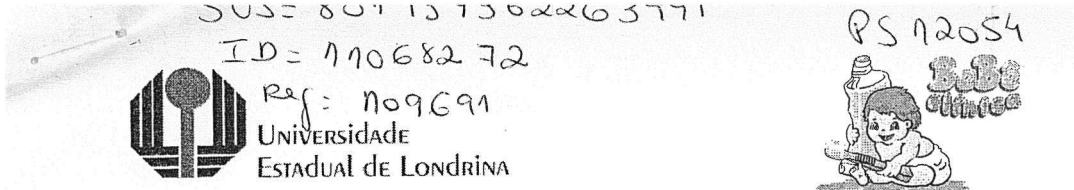
Silvana B da Silva Mafet

RUA PERNAMBUCO, 520 - TELEFONE (0xx43) 3321-2002

**ANEXOS**



## ANEXO A



**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 CLÍNICA DE ESPECIALIDADES INFANTIS – BEBÊ-CLÍNICA**

**AUTORIZAÇÃO TRATAMENTO CURATIVO**

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento à Clínica de Especialidades Infantis – Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina, para que por meio de seus Professores, Assistentes e Alunos estejam devidamente autorizados a fazer planejamentos, tratamentos e intervenções cirúrgicas, conforme protocolos estabelecidos, no(a) paciente

Felipe Oliveira da Silva

Autorizo, também, a obtenção de todo e qualquer material para fins didáticos e assumo o compromisso de cumprir as condições e normas da Clínica de Especialidades Infantis – Bebê-Clínica, conforme o impresso que recebi.

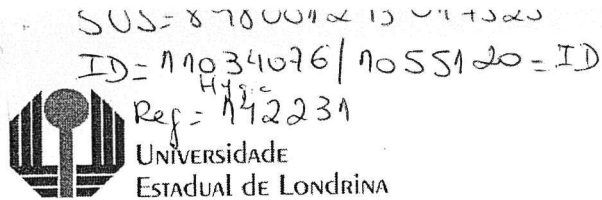
Em caso de acidente com instrumentos pérfuro-cortantes, concordo em acompanhar os profissionais da Clínica de Especialidades Infantis – Bebê-Clínica até o Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, onde o(a) paciente deverá ser submetido(a) aos procedimentos de biossegurança de acordo com o protocolo desta Instituição.

Londrina, 18 de fevereiro de 2011

[Assinatura]  
 Assinatura

NOME: JOSE CARLOS DA SILVA  
 DOC: CPF 147326548-78

## ANEXO B



**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES INFANTIS – BEBÊ-CLÍNICA**

**AUTORIZAÇÃO TRATAMENTO CURATIVO**

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento à Clínica de Especialidades Infantis – Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina, para que por meio de seus Professores, Assistentes e Alunos estejam devidamente autorizados a fazer planejamentos, tratamentos e intervenções cirúrgicas, conforme protocolos estabelecidos, no(a) paciente

Maia Luiza Mafot

Autorizo, também, a obtenção de todo e qualquer material para fins didáticos e assumo o compromisso de cumprir as condições e normas da Clínica de Especialidades Infantis – Bebê-Clínica, conforme o impresso que recebi.

Em caso de acidente com instrumentos pérfuro-cortantes, concordo em acompanhar os profissionais da Clínica de Especialidades Infantis – Bebê-Clínica até o Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, onde o(a) paciente deverá ser submetido(a) aos procedimentos de biossegurança de acordo com o protocolo desta Instituição.

Londrina, 18 de fevereiro de 2011

Silvana Lucio de F. Mafot

Assinatura

NOME: Silvana Lucio de F. Mafot

DOC: 6.136.408-0