



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

IZABELA SPADA JANKOWSKI

**A CRIANÇA AUTISTA E A ODONTOPEDIATRIA**

---

Londrina

2013

**IZABELA SPADA JANKOWSKI**

**A CRIANÇA AUTISTA E A ODONTOPEDIATRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção de diploma de graduação em Odontologia.

Orientador: Profa. Marília Franco Punhagui

Londrina  
2013

IZABELA SPADA JANKOWSKI

## **A CRIANÇA AUTISTA E A ODONTOPEDIATRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção de diploma de graduação em Odontologia.

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Marília Franco Punhagui  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. Wanda Teresinha Garbelini  
Frossard  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 18 de Novembro de 2013.

Dedico este trabalho ao meu pai Luiz Carlos e minha mãe Salete, que batalharam muito e sempre me apoiaram para que eu pudesse realizar esse sonho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus pela vida e por iluminar meus passos até aqui. Por cuidar de mim e me dar forças para superar a saudade nesses anos que estive longe da família, por me dar os dons necessários a essa profissão e me guiar durante toda a minha jornada acadêmica.

Agradeço também meu pai Luiz Carlos e minha mãe Salete pelo amor incondicional e todos os esforços que nunca foram medidos para minha educação e formação pessoal e profissional, por sempre apoiarem minhas escolhas e serem meus exemplos de vida.

Ao meu irmão Douglas por estar sempre presente em minha vida, e a cada dia que passa nos tornarmos mais amigos.

A minha orientadora, professora Marília Franco Punhagui pelos seus ensinamentos e pela disposição para realizar este trabalho, com muita determinação e apoio.

As minhas amigas e queridas Maritacas, pela amizade linda que construímos durante a faculdade, pelos momentos inesquecíveis que vivemos nesses cinco anos e principalmente por estarmos juntas nos momentos difíceis. Agradeço também aos amigos que estão longe, e que senti tanta saudade, mas que sempre estiveram presentes de alguma forma, obrigada por vocês serem os melhores.

Agradeço especialmente minha dupla e amiga Patrícia Souza, foi com você que eu passe momentos de medo, de insegurança, de descobertas, de conquistas e primeiras vezes nos procedimentos. Obrigada por muitas vezes aguentar meu mau humor e estar sempre me apoiando.

**“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.**

**(Madre Teresa de Calcutá)**

JANKOWSKI, Izabela Spada. **A criança autista e a odontopediatria**. 2013. 23 fls. Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

## RESUMO

O autismo é um distúrbio de desenvolvimento complexo, definido de um ponto de vista comportamental, com etiologias múltiplas e graus variados de severidade. Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, o autismo é definido como um transtorno global caracterizado por um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos. As características essenciais do Transtorno Autista consistem na presença de um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses. Em relação à saúde bucal, os autistas apresentam alta prevalência de cárie e doença periodontal, provavelmente pela dieta cariogênica e dificuldades na higiene bucal, comum em pacientes especiais. Além disso, a dificuldade de higienização, o uso de medicação que causa xerostomia, a hiperplasia gengival e a hipotonia muscular são fatores agravantes para cárie e doença periodontal. Dentre os indivíduos com algum tipo de alteração comportamental que causam dificuldade para a assistência odontológica estão em posição destacada os autistas. A intervenção psicológica concomitantemente ao tratamento odontológico tem auxiliado alguns pacientes a enfrentar rotinas odontológicas consideradas aversivas reduzindo o nível de ansiedade. Em alguns casos, após estabelecer um vínculo e condicionar o paciente, é possível realizar o tratamento odontológico sem sedação ou utilizando apenas sedação oral, quando o paciente não coopera a opção é a realização do tratamento sob anestesia geral. A Odontologia vem modificando sua visão sobre o atendimento dos autistas e incluindo a prevenção e a participação dos familiares neste tratamento. Encontrar novas possibilidades de intervenção e acolhimento destes pacientes deve ser uma busca constante de todos que trabalham com o autismo, visando atendimentos mais efetivos e ações menos desgastantes e traumáticas.

**Palavras-chave:** Autismo. Odontologia. Pacientes especiais.

JANKOWSKI, Izabela Spada. **A criança autista e a odontopediatria**. 2013. 23 fls. Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

### **ABSTRACT**

Autism is a complex developmental disorder, defined from a behavioral point of view, with multiple etiologies and varying degrees of severity. According to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, autism is defined as a disorder characterized by an overall abnormal or impaired development that is manifested before the age of three. The essential features of Autistic Disorder consist of the presence of markedly abnormal or impaired development in social interaction and communication, and a very restricted repertoire of activities and interests. Regarding oral health, autistics have a high prevalence of caries and periodontal disease, probably due to cariogenic diet and difficulties in oral hygiene, common in special patients. Moreover, the difficulty of cleaning, the use of medications that cause xerostomia, gingival hyperplasia and muscular hypotonia are aggravating factors for caries and periodontal disease. Among individuals with some sort of behavioral change that causes difficulty in dental care, autistics are in a prominent position. Psychological intervention concomitantly to dental treatment has helped some patients face dental routines considered aversive, by reducing the level of anxiety. In some cases, after establishing a bond and conditioning the patient, it is possible to perform dental treatment without sedation or oral sedation. However when the patient does not cooperate, the option is to perform the treatment under general anesthesia. Dentistry is changing its view on the care of individuals with autism, including prevention and family participation in this treatment. Finding new possibilities of intervention and care of these patients should be a constant search of everyone who works with autism, seeking more effective care and less stressful and traumatic actions.

**Key words:** Autism. Dentistry. Patients with special needs.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Categorias atualmente classificadas como transtornos globais do desenvolvimento segundo CID-10 (OMS, 1993) e o DSM-IV-TR (APA, 2003) .....	13
Tabela 2 – Critérios diagnósticos para o Transtorno Autista segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002) .....	14

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMA	Associação de Amigos do Autista
APA	Associação Americana de Psiquiatria
ceod	Dentes cariados, extraídos e obturados
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CPOD	Dentes cariados, perdidos e obturados
DSM	Manual Estatístico e Diagnóstico para Doenças Mentais
IHOS	Índice de Higiene Oral Simplificado
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDD	Pervasive Developmental Disorders (Transtornos Invasivos do Desenvolvimento)
PPD-NOS	Pervasive Developmental Disorders - Not Otherwise Specified (Transtornos Invasivos do Desenvolvimento sem outra Especificação ou Não Especificado)
SRP	Programa Son-Rise
SUS	Sistema Único de Saúde
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com déficits relacionados à Comunicação)

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>12</b>
2.1	O AUTISMO E A ODONTOLOGIA .....16	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>21</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O autismo não é uma doença única, mas sim um distúrbio de desenvolvimento complexo, definido de um ponto de vista comportamental, com etiologias múltiplas e graus variados de severidade (GADIA, TUCHMAN & ROTTA, 2004). Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), o autismo é definido como um transtorno global caracterizado por um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno é acompanhado comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas, por exemplo, fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (OMS, 2008). As características essenciais do Transtorno Autista consistem na presença de um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do indivíduo (DSM-IV-TR, 2002).

Quanto a prevalência do autismo, esta apresenta grande controvérsia na literatura, variando de: 1:1000 (Bryson,1996); 1:333 (Filipeck *et al.*,1999); 22:10.000 (Chakrabarti & Fombone, 2005). Fombone, 2005 chamou a atenção para a variabilidade de instrumentos diagnósticos de transtorno global de desenvolvimento utilizados, assim como a variabilidade metodológica e o baixo número de estudos com confiabilidade dos procedimentos de triagem, concluindo que estimativas de prevalência conservadoras de autismo eram de 13:10.000 casos (MAREGA, 2008).

Observa-se uma predominância do sexo masculino, com uma proporção de 2 a 3 homens para 1 mulher (ASSUMPÇÃO & PIMENTEL, 2000).

Neste trabalho foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados Bireme, PubMed, Lilacs e Scielo, com o objetivo de expor as características do autismo e suas implicações na odontopediatria.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Em 1911, Bleuler utilizou pela primeira vez a expressão “autismo” para representar a perda de contato do indivíduo com a realidade, o que acarretava uma grande dificuldade ou impossibilidade de comunicação desses indivíduos com o mundo (GADIA, TUCHMAN & ROTTA, 2004). Kanner, em 1943, categorizou “autismo infantil” para descrever onze casos de crianças por ele acompanhados e que possuíam algumas características em comum: respostas incomuns ao ambiente como movimentos estereotipados, incapacidade de se relacionarem com outras pessoas, resistência à mudança ou insistência na monotonia, aspectos não-usuais das habilidades de comunicação: inversão dos pronomes e a tendência ao eco na linguagem (ecolalia), com severos distúrbios de linguagem, os quais foram inicialmente considerados como representativos de uma forma incomum e precoce de esquizofrenia (PEREIRA, 2009). Em 1944, Asperger descreveu casos de crianças que tinham algumas características semelhantes ao autismo em relação às dificuldades de comunicação social mas, sem problemas relacionados à inteligência. Somente em 1980, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua terceira edição, DSM III (APA, 1989), o autismo foi considerado uma entidade clínica distinta. Antes dessa data, as crianças com um dos transtornos globais do desenvolvimento eram classificadas como tendo um tipo de esquizofrenia infantil. (MAREGA, 2008).

Atualmente o autismo é classificado, pelo *Quarto Manual Estatístico e Diagnóstico para Doenças Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV)*, dentro de um conjunto de outras doenças de características semelhantes, conhecido como Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (PDDs). Estes se caracterizam por severas deficiências no comportamento social recíproco, várias vezes acompanhadas por déficits de comunicação e/ou comportamento estereotipado e repetitivo. Desta maneira, estão classificadas no grupo de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: *Autismo; Síndrome de Rett; Síndrome de Asperger; os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento sem outra Especificação ou Não Especificado (PDD-NOS) e o Transtorno Desintegrativo da Infância.* (AMARAL, PORTILLO & MENDES, 2011).

Abaixo utilizamos na tabela 1 esquema de classificação dos transtornos globais do desenvolvimento para melhor visualização.

Tabela 1 – Categorias atualmente classificadas como transtornos globais do desenvolvimento segundo CID-10 (OMS, 1993) e o DSM-IV-TR (APA, 2003)

<b>CID – 10</b>	<b>DSM – IV – TR</b>
Autismo Infantil (F 84.0)	Transtorno Autista (299.00)
Autismo Atípico (F 84.1)	Transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação (PDD-NOS) incluindo autismo atípico (299.80)
Síndrome de Rett (F 84.2)	Transtorno de Rett (299.80)
Outros transtornos desintegrativos da infância (F 84.3)	Transtorno desintegrativo da infância (299.10)
Transtorno de hiperatividade associado a retardo mental e movimentos estereotipados (F 84.4)	
Síndrome de Asperger (F 84.5)	Transtorno de Asperger (299.80)
Outros transtornos invasivos do desenvolvimento (F 84.8)	PDD-NOS (299.80)
Transtorno invasivo do desenvolvimento não especificado (F 84.9)	PDD-NOS (299.80)

Fonte: MAREGA, Tatiane. O ensino de escovação e promoção da saúde bucal em crianças pré-escolares com autismo. 2008. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

As primeiras teorias sobre as causas do autismo afirmavam que resultava de déficits específicos no cuidado e na interação dos pais com a criança, o que deu origem às chamadas “disfunções do ego” e o tratamento recomendado era a psicoterapia do indivíduo, dos pais e/ou de ambos. Posteriormente passou a ser relacionado a um déficit cognitivo, considerando-o não uma psicose e sim um distúrbio do desenvolvimento. A ideia do déficit cognitivo frisa que o autismo, enfocado sob uma ótica desenvolvimentalista, está relacionado à deficiência mental, uma vez que cerca de 70 a 86% dos autistas são deficientes mentais (PEREIRA, 2009).

Para o diagnóstico de autismo é necessário haver sintomas nos três domínios: pelo menos dois sintomas dos aspectos sociais, pelo menos um de comunicação e pelos menos um de comportamento, com um total de quatro desses sintoma (LANG, 2003).

Tabela 2 – Critérios diagnósticos para o Transtorno Autista segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002)

### **Critérios Diagnósticos para 299.00 Transtorno Autista**

- A. Um total **de** seis (ou mais) itens **de** (1), (2) **e** (3), com pelo menos dois **de** (1), um **de** (2) **e** um **de** (3):
- (1) comprometimento qualitativo da interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes aspectos:
    - (a) comprometimento acentuado no uso **de** múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais **e** gestos para regular a interação social
    - (b) fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível **de desenvolvimento**
    - (c) ausência **de** tentativas espontâneas **de** compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (p. ex., não mostrar, trazer ou apontar objetos **de** interesse)
    - (d) ausência **de** reciprocidade social ou emocional
  - (2) comprometimento qualitativo da comunicação, manifestado por pelo menos um dos seguintes aspectos:
    - (a) atraso ou ausência total **de desenvolvimento** da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa **de** compensar por meio **de** modos alternativos **de** comunicação, tais como gestos ou mímica)
    - (b) em indivíduos com fala adequada, acentuado comprometimento da capacidade **de** iniciar ou manter uma conversa
    - (c) uso estereotipado **e** repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática
    - (d) ausência **de** jogos ou brincadeiras **de** imitação social variados **e** espontâneos próprios **do** nível **de desenvolvimento**
  - (3) padrões restritos **e** repetitivos **de** comportamento, interesses **e** atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:
    - (a) preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados **e** restritos **de** interesse, anormais em intensidade ou foco
    - (b) adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos **e** não-funcionais
    - (c) maneirismos motores estereotipados **e** repetitivos (p. ex., agitar ou torcer mãos ou dedos, ou movimentos complexos **de** todo o corpo)
    - (d) preocupação persistente com partes **de** objetos
- B. Atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos **de** idade: (1) interação social, (2) linguagem para fins **de** comunicação social ou (3) jogos imaginativos ou simbólicos.
- C. A perturbação não é melhor explicada por Transtorno **de** Rett ou Transtorno Desintegrativo da Infância.

---

Fonte: DSM-IV-TR- Transtornos Globais do Desenvolvimento. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 ed. Texto Revisado. Porto Alegre. Artmed. 2002; 99-103 p.

Segundo Kwee, Sampaio & Atherino (2009) “O papel do profissional que trabalha com autismo é semelhante ao de um intérprete ou guia transcultural: alguém que entende ambas as culturas e é capaz de traduzir e orientar as

expectativas e procedimentos de um ambiente não-autístico para o indivíduo com alterações complexas e abrangentes”.

Desde que o Autismo foi descrito pela primeira vez, estabeleceu-se uma definição consensual, e métodos padronizados de diagnóstico foram produzidos. Até o presente momento, no entanto, nenhuma etiologia clara foi estabelecida e os tratamentos propostos variam amplamente. O *Autism Treatment Center of America* vem utilizando o Programa Son-Rise (SRP), com famílias desde 1983, o SRP foi desenvolvido por pais que experimentavam maneiras de chegar até seu filho que tinha o diagnóstico de autismo de grau severo (Kaufman, 1976). A ciência naquela época, não oferecia orientação alguma para facilitar o desenvolvimento social de crianças com Autismo. Desde que o seu filho saiu do Autismo após três anos de trabalho intensivo, os Kaufman têm oferecido o SRP a várias famílias internacionalmente (HOUGHTON, 2008).

A formação do cuidador é uma característica fundamental do programa Son-Rise (SRP), uma abordagem de intervenção intensiva destinado a ser implementado em programas de home-based. A abordagem visa promover, interações sociais da criança iniciadas espontaneamente. Um princípio central do SRP é seguir o exemplo da criança. Assim, as interações sociais e subsequentes realizadas pelo adulto devem ocorrer somente depois que a criança inicia a interação com um ato comunicativo, como orientação da cabeça e/ou contato visual, um gesto ou verbalização (JENKINS, SCHUCHARD, & THOMPSON, 2012).

Outra opção de tratamento é o TEACCH, ou Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com déficits relacionados à Comunicação, é um programa que envolve as esferas de atendimento educacional e clínico, em uma prática com abordagem psicoeducativa, tornando-o por definição, um programa transdisciplinar (MESIBOV, 2007). Suas bases teóricas são a Teoria Behaviorista e a Psicolinguística. A valorização das descrições das condutas, a utilização de programas passo a passo e o uso de reforçadores, evidenciam as características comportamentais. Por outro lado, foi na psicolinguística que se buscou as estratégias para compensar os déficits comunicativos desta Síndrome, como a utilização de recursos visuais, proporcionando interação entre pensamento e linguagem e para ampliar as capacidades de compreensão, onde a imagem visual é geradora de comunicação. Assim, a teoria comportamental e a psicolinguística –

bases epistemológicas do TEACCH – convergem para uma prática funcional e pragmática. Além disso, o entendimento da condição neurobiológica da síndrome é fundamental neste modelo (KWEЕ, SAMPAIO & ATHERINO, 2009).

Juntamente com os tratamentos clínicos é importante que o autista tenha o apoio da família. A afetividade é um fator primordial para alcançar sucesso no acompanhamento dessas crianças, uma vez que é necessário comprometimento, dedicação, persistência e sacrifícios da família para adequar a vida social, o ambiente de casa e a rotina em prol das necessidades e respeitar os limites que impedem determinadas mudanças (PEREIRA, 2011).

### **2.1. Autismo e a Odontopediatria**

Em relação à saúde bucal, os autistas apresentam alta prevalência de cárie e doença periodontal, provavelmente pela dieta cariogênica e dificuldades na higiene bucal, comum em pacientes especiais. Estudos recentes que comparam a dentição decídua de uma criança autista com a dentição de uma criança considerada normal indicam que na dentição decídua o índice de cárie é maior em crianças autistas, mas na dentição permanente o número de cáries é semelhante nos dois grupos (AMARAL, PORTILLO & MENDES, 2011). Além da dieta cariogênica e a dificuldade de higienização, o uso de medicação que causa xerostomia, a hiperplasia gengival e a hipotonia muscular são fatores agravantes para cárie e doença periodontal (MAREGA, 2008).

Pereira (2009), realizou um estudo para avaliar as condições clínicas, socioeconômicas, comportamentais, de higiene e dieta de pacientes portadores de Autismo. A amostra deste estudo constituiu-se de vinte e dois pacientes regularmente matriculados e assistidos na Associação de Amigos do Autista (AMA) de Araçatuba-SP, e os métodos empregados foram aplicação de um questionário aos pais e/ou responsáveis, exame clínico das condições dentárias e gengivais e índice de higiene oral simplificado. Através da análise dos questionários foi possível constatar que:

- A faixa etária mais prevalente foi a de 16 a 31 anos, com 7 pacientes, vindo a seguir a de 11 a 15 ano com 6 pacientes;
- 14 pacientes eram do gênero masculino e 8 do feminino;

- O pequeno número de filhos é uma característica predominante, sendo que 82% tinham até dois irmãos ou nenhum;
- A maioria das mães possuía segundo grau completo e dos pais primeiro grau completo;
- A maioria dos pais e/ou responsáveis relatou a renda familiar ser de até 2 salários mínimos;
- A maioria dos pacientes apresenta problemas de saúde sistêmico (68,2%) e está sendo submetida a acompanhamento médico periódico (54,5%);
- A maioria dos pacientes relatou três escovações diárias (31,8%);
- A maioria das escovações dentárias é realizada pelos pais e/ou responsáveis (81,5%);
- A maioria dos pais relatou comportamento às vezes difícil ou sempre difícil para a realização da escovação dentária;
- Quinze pacientes não utilizavam o fio dental, quatro utilizavam às vezes, e apenas três tinham o hábito de utilização diariamente;
- Cinco pacientes ainda utilizam mamadeira;
- Dezesesseis pacientes têm a alimentação na consistência sólida, cinco pastosa e um líquida.

Através do exame clínico foi possível analisar os índices CPOD, ceod, IHOS e índice de sangramento gengival, os resultados foram satisfatórios, pois a maioria dos pacientes apresentavam saúde bucal muito boa. Os resultados dos índices CPOD e ceod foram negativos para cinco pacientes. Com relação ao Índice de Higiene Oral Simplificado, quinze pacientes tiveram um ótimo índice, sete regular e nenhum ruim. Quanto ao Índice de Sangramento Gengival, apenas quatro pacientes tiveram sangramento positivo e dezoito pacientes não apresentaram sangramento.

Ao avaliar a escovação no domicílio de indivíduos autistas, Marega (2001) detectou vários problemas que dificultavam o tal hábito como: cerrar os dentes; náuseas; retirar a cabeça e afastar o corpo; inabilidade do cuidador em realizar os passos da escovação; uso em excesso de creme dental; impaciência do cuidador para treinar escovação. Identificou-se a necessidade de criação de um programa que ensinasse e treinasse indivíduos com autismo a escovarem seus próprios

dentes, propiciando mais autonomia em sua higiene e diminuindo a aversão ao momento da escovação. Posteriormente, em 2008, Marega desenvolveu um estudo para avaliar um programa de treino de escovação nesses indivíduos. Foram envolvidos neste trabalho nove crianças com autismo na faixa etária de cinco a seis anos de idade, os materiais utilizados foram escovas de dentes convencionais, escovas dentais elétricas e uma “canção-modelo” (música de sucesso na mídia, cuja letra foi trocada a fim de criar um modelo para ilustrar os passos da escovação). Investigou-se o método e os instrumentos utilizados na escovação aplicados no programa via filmagens e índices de placa, observando-se que, de maneira geral, a escova elétrica mostrou-se mais efetiva do que a convencional em relação à diminuição do índice de placa. Além disso, a canção mostrou-se eficiente para que os participantes ficassem mais descontraídos e localizassem mais facilmente a região de dentes a ser escovada.

O Ministério da Saúde, em seu Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde, diz que as pessoas com deficiência, assim como todo cidadão, têm direito de serem atendidos pelo SUS nas suas necessidades básicas e específicas de saúde, por meio de cuidados de assistência médica e odontológica, de ações de promoção e prevenção e ações de reabilitação (AMARAL, PORTILLO & MENDES, 2011).

Segundo Haddad (2007), dentre os indivíduos com algum tipo de alteração comportamental que causam dificuldade para a assistência odontológica estão em posição destacada os autistas. O tratamento odontológico requer uma aproximação cuidadosa, em geral, complicada pela situação de urgência e agravada pelas características do autismo, que torna os pacientes arredios, distantes e com dificuldades de comunicação e entendimento. A interação da equipe profissional que assiste o paciente é fundamental para se alcançar o sucesso (RAPIN, 2001). A intervenção psicológica concomitantemente ao tratamento odontológico tem auxiliado alguns pacientes a enfrentar rotinas odontológicas consideradas aversivas reduzindo o nível de ansiedade, geralmente manifestado por indivíduos com história de medo ou não colaboração com tratamento bucal (MAREGA, 2008). Em alguns casos, após estabelecer um vínculo e condicionar o paciente, é possível realizar o tratamento odontológico sem sedação ou utilizando apenas sedação oral (AMARAL, PORTILLO & MENDES, 2011).

A cooperação do paciente é essencial para o sucesso do tratamento odontológico, e quando a comunicação é impedida por deficiência física ou mental, ou ainda, por problemas psicológicos, a opção é a realização do tratamento sob anestesia geral. De acordo com a *American Academy of Pediatric Dentistry*, as indicações para o uso da anestesia geral são: problemas graves de distúrbios de conduta ou pacientes com desordens psiquiátricas; tratamento de pacientes especiais com severas restrições físicas e mentais; necessidades de tratamentos acumulados em portadores de doenças sistêmicas; procedimentos cirúrgicos em crianças muito novas onde há necessidade de tratamento extenso; pacientes com intolerância aos anestésicos locais; crianças rebeldes para as quais não foi possível o tratamento, mesmo com o auxílio de pré-medicação e anestesia local e pacientes especiais que necessitam de atendimento odontológico imediato (CASTRO *et al.*, 2010).

### **3. CONCLUSÃO**

Através do presente trabalho, pudemos compreender as características comportamentais e bucais dos pacientes portadores de Autismo, os critérios usados no diagnóstico do transtorno e opções de tratamento.

Considerando todas as características apontadas sobre a saúde e higiene bucal do paciente autista, bem como a dificuldade de abordagem e condicionamento destes indivíduos os cirurgiões-dentistas envolvidos em atender as necessidades de sua comunidade, deverão buscar informações, estratégias e ações que lhes permitam a realização deste trabalho. O cirurgião-dentista deve ter paciência e saber das limitações do seu paciente. Cada novo encontro entre o autista e o seu dentista pode ser muito mais produtivo que o anterior, dando sequência e continuidade ao tratamento. Além dos esforços do profissional, é de suma importância o apoio familiar, o sucesso do tratamento depende também da relação harmoniosa e da confiança entre pais/educadores desses pacientes e dos profissionais de Odontologia.

A Odontologia vem modificando sua visão sobre o atendimento dos autistas e incluindo a prevenção e a participação dos familiares neste tratamento. Encontrar novas possibilidades de intervenção e acolhimento destes pacientes deve ser uma busca constante de todos que trabalham com o autismo, visando atendimentos mais efetivos e ações menos desgastantes e traumáticas.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, L. D.; PORTILLO, J. A. C.; MENDES, S. C. T. Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na saúde bucal coletiva. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 105-114, 2011. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1046/955> Acesso em: 25 out. 2013.
- ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; PIMENTEL, A. C. M. Autismo infantil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 22, supl. 1, p. 37-39, 2000.
- BRYSON, S. E. Brief report: epidemiology of autism. **J. Autism. Dev. Dis.**; v. 26, n. 2, p. 165-167, 1996.
- CASTRO, A. M. et al. Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 39, n. 3, p. 137-142, 2010.
- CHAKRABARTI, M.; FROMBONE, E. Prevalence of developmental disorders in preschool children: confirmation of high prevalence. **Am. J. Psychiatry**; v. 162, n. 6, p. 1133-1141, 2005.
- DSM-IV: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. Transtornos Globais do Desenvolvimento, p. 99-103.
- GADIA, C. A.; TUCHMAN, R.; ROTTA, N.T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **J. Pediatr.**; v. 80, n. 2 supl., p. 83-94, 2004.
- HADDAD, A.S. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Ed. Santos, 2007. 723p.
- HOUGHTON, K. **Pesquisa empírica de apoio ao programa SON-RISE**. Massachusetts: The Autism Treatment Center of America™ Sheffield, 2008. Disponível em: <http://www.fabianaguedesatividadefisica.com/wp-content/uploads/2012/09/AUTISMO-METODO-SON-RISE1.pdf>. Acesso em: 25 out. 2013.
- JENKINS, T.; SCHUCHARD, J.; THOMPSON, C, K. **Training parents to promote communication and social behavior in children with autism: the Son-Rise Program**. Evanston: Department of Communication Sciences and Disorders, Northwestern University, 2012. Disponível em: [http://www.autismtreatmentcenter.org/media/pdf/srp\\_parent\\_training\\_web\\_version.pdf](http://www.autismtreatmentcenter.org/media/pdf/srp_parent_training_web_version.pdf). Acesso em: 25 out. 2013.
- KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nerv. Child.**; v. 2, p. 217-250, 1942.
- KWEE, C. S.; SAMPAIO, T. M. M.; ATHERINO, C. C. T. Autismo: uma avaliação transdisciplinar baseada no Programa Teacch. **Rev. CEFAC**, v.11, supl. 2, p. 217-226, 2009.

LANG, N. **Autism spectrum disorders**: a study of symptom domains and weak central coherence. 2003.133f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade de Groningen, Rotterdam, 2003.

MAREGA, T. **A saúde bucal e o atendimento odontológico de indivíduos autistas**. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2001.

MAREGA, T. **O ensino de escovação e promoção da saúde bucal em crianças pré-escolares com autismo**. 2008. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

MESIBOV, G. Formal and informal measures on the effectiveness of the TEACCH programme. **Autism. Int. J. Res. Prac.**; v. 1, n. 1, p. 25-35, 2007.

MINSHEW, N. J. Indices of neuronal function in autism: clinical and biologic implications. **Pediatrics**, v. 87, n. 5, p. 774-780, May 1991.

OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. ed. rev. 2008. v. 1. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>

PEREIRA, C. C. V. Autismo e família: participação dos pais no tratamento e desenvolvimento dos filhos autistas. **Facene/Famene**, v. 9, n. 2, p. 51-58, 2011.

PEREIRA, T. S. **Estudo das condições de saúde bucal e fatores socioeconômico-culturais, comportamentais e microbiológicos de pacientes autistas**. 2009. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho, Araçatuba, 2009.

RAPIN, I. Autistic children: diagnosis and clinical features. **Pediatrics**, v. 87, n. 5 pt. 2, p. 751-760, May 2001.