

**ABORDAGENS EFETIVAS NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A
CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)**

Charles Hendrix
Isaque Melo.

**BELO HORIZONTE
2024**

SUMÁRIO

- 1- INTRODUÇÃO**
- 2- TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)**
- 3- FATORES SOCIOEMOCIONAIS NO ATENDIMENTO
ODONTOPEDIÁTRICO**
- 4- SAÚDE BUCAL EM PACIENTES COM TEA**
- 5- ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM TEA**
- 6- DISCUSSÃO**
- 7- CONCLUSÃO**

1- INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição complexa que influencia o desenvolvimento neurológico de indivíduos, afetando suas interações sociais, comunicação e comportamentos. Ao longo da história, o autismo tem sido objeto de estudo e debate, levando a uma evolução significativa na compreensão e abordagem dessa condição.

Desde os primeiros relatos do autismo até as conceituações contemporâneas, a compreensão dessa condição tem evoluído, passando por diferentes abordagens teóricas e contribuições científicas. O diagnóstico e avaliação do autismo envolvem uma análise multidisciplinar que considera aspectos comportamentais, de desenvolvimento e neurológicos, buscando identificar precocemente a condição e fornecer suporte adequado.

Paralelamente, no contexto odontopediátrico, reconhece-se a importância dos fatores socioemocionais no atendimento às crianças, especialmente aquelas com necessidades especiais, como aquelas com TEA. A colaboração entre odontopediatras e psicólogos desempenha um papel crucial nesse cenário, visando estabelecer uma relação de confiança e empatia com a criança, bem como criar um ambiente acolhedor e adaptado às suas necessidades.

Além disso, a saúde bucal em pacientes com TEA requer atenção especial, considerando suas particularidades comportamentais, sensoriais e comunicativas. Os desafios e estratégias para os atendimentos odontológicos em pacientes com TEA incluem o trabalho em equipe, o desenvolvimento de metodologias para aprimorar a comunicação e o uso adequado de técnicas como a anestesia e sedação consciente.

Este trabalho visa fornecer uma visão abrangente sobre o autismo, desde sua definição e história até sua influência no contexto odontopediátrico e os desafios associados aos atendimentos odontológicos em pacientes com TEA. Ao compreendermos melhor essa condição e suas implicações, podemos promover uma abordagem mais inclusiva e sensível no cuidado e suporte a indivíduos com TEA.

2- TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

2.1 Histórico do transtorno do espectro autista

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição neurodesenvolvimental caracterizada por déficits na comunicação social e na interação, bem como padrões restritos e repetitivos de comportamento. A trajetória histórica dos conhecimentos a cerca do TEA foi relatado detalhadamente no livro "Mundo Singular" (SILVA, 2012), que revela uma evolução gradual, marcada por importantes contribuições de diversos pesquisadores ao longo do tempo. Começando com a origem da palavra "autismo" pelo psiquiatra Eugen Bleuler em 1911, que associou o termo ao isolamento social observado em pessoas com esquizofrenia. A compreensão da condição foi se expandindo ao longo das décadas seguintes.

Em 1943, Leo Kanner descreveu detalhadamente os sintomas do TEA em crianças, iniciando um debate sobre as possíveis causas e origens desses sintomas. A teoria da "mãe geladeira", proposta por Kanner, evidenciou o entendimento limitado da época sobre o autismo, associando erroneamente o comportamento das mães ao desenvolvimento da condição em seus filhos.

Paralelamente, em 1944, Hans Asperger descreveu uma síndrome semelhante à de Kanner, mas com nuances distintas, contribuindo para uma compreensão mais abrangente das manifestações do autismo. As pesquisas de Asperger forneceram um novo olhar sobre as características autistas, incluindo uma ênfase nas habilidades únicas e interesses específicos das pessoas afetadas.

Na década de 1960, Lorna Wing expandiu ainda mais o conhecimento sobre o autismo, popularizando a tríade de sintomas e introduzindo a ideia de que esses sintomas podem variar em intensidade. Suas contribuições foram fundamentais para uma compreensão mais holística da condição e para uma abordagem mais individualizada no diagnóstico e tratamento. Ao mesmo tempo, o psicólogo comportamental Ole Ivar Lovaas propôs abordagens terapêuticas inovadoras para ajudar crianças autistas a desenvolverem

habilidades sociais e comportamentais. Suas técnicas abriram novas possibilidades de intervenção e mostraram a eficácia da terapia comportamental no tratamento do autismo.

Esses avanços cumulativos na compreensão do autismo culminaram na sua identificação como um distúrbio do desenvolvimento, separado da esquizofrenia, na década de 1980.

Segundo O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (2013), TEA são um grupo de doenças caracterizadas por deficiências na interação recíproca social, comunicação, padrões repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades. Além disso, esses pacientes podem apresentar outros sintomas como irritabilidade, explosões de raiva, comportamentos auto agressivos, desatenção, contato visual pobre, diferentes níveis de cognição e distúrbios motores, entre outros, o que pode variar de acordo com o grau de suporte de cada indivíduo com TEA.

A criação do Dia Mundial de Conscientização do Autismo pela ONU em 2007 reflete o reconhecimento global da importância de entender e apoiar as pessoas com autismo em todo o mundo, destacando a necessidade contínua de pesquisa, educação e conscientização sobre essa condição complexa.

2.2 Diagnóstico e avaliação

Conforme descrito por Carlo Shmith, et al. (2017), " as características do autismo vão desde formas leves, e quase imperceptíveis para quem não conhece a síndrome, até quadros graves, acompanhados por dificuldades importantes." Por isso, o TEA é dividido em graus de suporte, sendo eles, autismo leve (nível 1), moderado (nível 2) ou severo (nível 3). O processo de diagnóstico do autismo geralmente envolve uma avaliação multidisciplinar que inclui entrevistas com os pais ou cuidadores, observação direta do comportamento da criança em diferentes contextos, uso de testes padronizados e, às vezes, avaliação médica para descartar outras condições. Os profissionais buscam identificar padrões de comportamento característicos do autismo. Após a avaliação, os profissionais discutem os resultados com os

pais e, se apropriado, fazem o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Um instrumento muito utilizado durante o processo de diagnóstico é a ESCALA DE PONTUAÇÃO PARA AUTISMO NA INFÂNCIA – *Childhood Autism Rating Scale (CARS)* para classificar o autismo em crianças. Desenvolvida por Schopler, Reichler, DeVellis e Daly em 1980 é uma das escalas mais amplamente utilizadas para esse tipo de avaliação. A CARS é uma ferramenta amplamente utilizada para avaliar o comportamento de crianças em relação ao autismo. Ela abrange 15 áreas distintas, que incluem desde comportamento social até resposta a estímulos sensoriais. Cada área é avaliada em uma escala de 1 a 4, onde 1 indica comportamento típico para a idade da criança e 4 indica comportamento altamente atípico ou grave. Quanto mais alta a pontuação na CARS, mais grave é considerado o autismo da criança. Esta classificação é valiosa para os profissionais de saúde, pois ajuda a entender a gravidade do autismo e a planejar intervenções adequadas.

Em um estudo realizado por Passos & Bandim (2011), a finalidade era investigar as características clínicas do transtorno do espectro autista em uma amostra de crianças brasileiras. Eles buscavam entender melhor os padrões de sintomas e comportamentos associados ao autismo nesse contexto específico, fornecendo insights importantes para profissionais de saúde e pesquisadores interessados na avaliação e intervenção com crianças autistas no Brasil. Ao examinar uma amostra representativa de crianças diagnosticadas com autismo, o estudo abordou diversas variáveis, incluindo comunicação social, comportamentos estereotipados e interesses restritos. Os resultados revelaram uma prevalência maior de autismo em meninos em comparação com meninas, embora a causa exata não tenha sido confirmada. Além disso, destacou-se que a aprendizagem em crianças com autismo é pouco explorada, especialmente no que diz respeito às diferenças entre os sexos.

Conforme a conclusão do estudo realizado por Santos et al. (2016), "a maior incidência de autismo ocorre no gênero masculino e que o grau de severidade não está correlacionado com a idade, mas sim com o grau de comprometimento patológico determinado na baixa idade." Desta forma, a

idade não é um fator influenciador no grau do transtorno (SANTOS et al., 2016).

3- FATORES SOCIOEMOCIONAIS NO ATENDIMENTO ODONTOPEDIÁTRICO

A Odontopediatria é a especialidade que formam cirurgiões-dentistas capazes de cuidar da saúde bucal infantil, acompanhando do bebê a adolescência. Por isso a importância do conhecimento sobre desenvolvimento somático e emocional das crianças que serão definidas principalmente pelo convívio com os pais, parentes e em ambiente escolar. Hoje entendemos que é indispensável adquirir o conhecimento básico da psicologia para conduzir os casos com segurança preservando a integridade emocional das crianças, tornando o atendimento odontológico menos traumáticos e mais satisfatório para ambos. (GUEDES, Odontopediatria 9ª Edição, 2016).

Nos atendimentos pediátricos, é necessário que haja colaboração da criança durante os atendimentos, por tanto, é de extrema importância criar uma relação de confiança entre o profissional e a criança, podendo lançar mão de consultas para habituação da criança com o ambiente antes de iniciar quaisquer procedimentos, pois a criança deve entender aquilo como parte do cotidiano que terá pelo resto vida. (CHAVAGLIA et al., 2022).

A ansiedade durante os atendimentos é algo esperado, o que a diferencia da doença é seu grau de intensidade. Dentro do consultório, caso seja uma ansiedade esperada, o cirurgião-dentista pode contornar com palavras tranquilizadoras e de carinho; a aproximação física irá complementar a intenção de apoio e confiança necessária para que haja sucesso no tratamento. (GUEDES, Odontopediátria 9ª Edição, 2016). A relação dentista-criança é fortalecida quando ambos atingem seus objetivos, ou seja, conseguir conciliar o desejo do paciente e realizar o tratamento necessário irá fazer com que o profissional tenha em suas mãos o poder sob toda situação que antes não havia e a confiança da criança. “Para que haja um bom relacionamento, é necessário um equilíbrio entre as necessidades da criança e do profissional, ”O caminho a ser tomado é primeiramente o entendimento entre ambos, respeito á criança, para que possam gradativamente se adequar a situação” (GUEDES, Odontopediátria 9ª Edição, 2016).

Diante das dificuldades encontradas dentro do âmbito da odontopediatria, foram criadas técnicas integrativas para manter o controle de situações durante os atendimentos odontopediátricos. Uma das técnicas mais utilizadas é a de falar-mostrar-fazer e direcionamento do controle do tom de voz. O objetivo é sempre manter o controle da situação diante do medo do desconhecido que a criança possui (ALBUQUERQUE, DEPES, MARTINS, 2015; COELHO COSTA, 2010)

Além das técnicas de controle comportamental convencionalmente utilizada na odontopediatria, outras técnicas como a hipnose, cromoterapia, musicoterapia e aromaterapia, são algumas das técnicas complementares, que ajudam no processo terapêutico dos pacientes.

A hipnodontia é um termo utilizado para hipnose é responsável em alterar o estado de consciência, ele pode ser usado como terapia em situações corriqueiras na odontologia como episódios de ansiedade, fobias e dores. A hipnose acontece através de estímulos do som, da voz e do tato até alcançar essa alteração da consciência (JUNIOR et al., 2019). Dados apresentados comprovaram que as crianças são mais susceptíveis a essa técnica e alcançam esse estado com mais facilidade comparados aos adultos ((JUNIOR et al., 2019; SANTOS, GLEISER, ARDENGHT, 2019 TRAKYALI et al., 2008). A hipnose apresenta contraindicações, tais como psicopatologia. Essa técnica é uma das poucas que possuem contraindicações, principalmente para pacientes que possuem doenças cardíacas, usuários de drogas e álcool (VOLPATO, 2019).

A cromoterapia é uma prática terapêutica que utiliza das cores para promover um equilíbrio terapêutico. Acredita-se que as cores têm a capacidade de promover reações nos neurotransmissores aumentando sua ação (SANTIAGO, DUARTE, MACEDO, 2009; DA SILVA E MONTEIRO, 2013).

A musicoterapia também tem sido utilizada para fins terapêuticos, pois ela possui o poder de influenciar o humor. Conforme BRAND (2015), utilizar da música clássica possui bons resultados terapêuticos. A música tem a capacidade de diminuir a ansiedade e promover bem-estar, ela também é capaz de diminuir as atividades do sistema nervoso. (SCARPETA et al., 2012).

Outra possibilidade terapêutica é a aromaterapia, realizada através de óleos essenciais extraídos de plantas que possuem atividade terapêutica, promovendo bem-estar físico e emocional, com ação semelhantes a de fármacos convencionais, já que existem óleos compostos por agentes calmantes, sedativas e antidepressivas (HUANG E CAPDEVILA, 2017).

De acordo com SILVA et al., 2016, o profissional deve conversar com os pais sobre as técnicas de manejo comportamentais que serão utilizadas, tais técnicas praticadas com o intuito de conduzir o tratamento da melhor forma possível. Essas técnicas permitem fortalecer a relação dentista-paciente, elevando o nível de atendimento e evitando possíveis complicações durante o tratamento, principalmente eventos comportamentais caóticos. As técnicas de manejo comportamental descritas foram: comunicação verbal e não verbal, controle de voz, dizer-mostrar-fazer, distração, reforço positivo e modelo.

3.1 A INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA DURANTE AS CONSULTAS

As características comportamentais das crianças são adquiridas a partir do aprendizado cotidiano, principalmente no convívio com os pais, por isso, o profissional deve se atentar nas características que o indivíduo apresenta durante as consultas. Além disso, a relação entre dentista-paciente é dificultada pelo próprio ambiente clínico, principalmente porque os instrumentais odontológicos não são agradáveis, até mesmo a primeira imagem do cirurgião dentista, pode ser responsáveis pela ansiedade e medo das crianças. (CARDOSO C.L et al., 2008.)

De acordo com Murray e Gaulin Kremer, 2015 o comportamento das crianças durante o atendimento odontológico se dá de acordo com a personalidade dos pais. Os pais imponentes e interventivos com participação ativa sobre as ações dos filhos conseguem controlá-los, ajudando o dentista a obter êxito durante a consulta. Já as crianças, que tais responsáveis pelo cuidado, tenham uma personalidade e autoconfiança fraca, com pouca intervenção nas atitudes dos filhos e não impõem limites, á maior chance dos mesmos apresentarem maior ansiedade durante as consultas odontológicas, dificultando procedimento.

Alguns dados de Cassoni, 2013 e Cruz et al., 2018 relacionam dois fatores comportamentais dos pais que refletem na personalidade dos filhos, são eles: os pais autoritários e os pais negligentes. Os pais autoritários são aqueles que exercem um alto grau de controle e exigência sobre seus filhos, além de impor regras extremamente rígidas que resultam em expectativas muito altas sobre os mesmos. Esse estilo parental pode resultar em crianças ansiosas, com autoestima baixa e dificuldades de desenvolver suas habilidades. Já os pais negligentes, são aqueles que falham em atender as necessidades básicas e emocionais de seus filhos. Os pais podem estar ausentes de forma física ou emocional, ignorando as necessidades de alimentação, abrigo, educação e apoio emocional de seus filhos. Esse estilo parental pode resultar em crianças com problemas de autoestima, dificuldades em relacionamentos e até mesmo negligência física e/ou emocional. Diante destes fatos, Cassoni, 2013 e Cruz et al., 2018 indicaram o modelo autoritário em nível equilibrado de exigência e responsividade o mais eficiente para o desenvolvimento saudável dos filhos.

Em busca de se obter um melhor resultado durante as consultas ao odontopediatra é necessário que haja um bom relacionamento profissional entre o dentista, os pais e os filhos. É de suma importância que os dentistas alertem os pais sobre o reflexo de desajustes familiares que afetam a criança. (RIBAS TA et al., 2006).

3.2 AMBIENTE ODONTOPEDIÁTRICO ACOLHEDOR

Segundo Guedes, 2020 o cuidado com a limpeza do ambiente desde a chegada a recepção até a clínica é indispensável, não deve ter brinquedo espalhados ou quebrados no ambiente, em clínicas que têm quadro negro devem sempre conter giz e as dedicatórias devem sempre se manter organizada, as cores devem ser fracas e discretas, apesar das cores fortes serem bonitas aos olhos dos adultos, nas crianças podem causar estranheza. Estes detalhes são bem vistos pelas crianças e também pelos pais. Por mais que pareça óbvio, esses pontos são cruciais antes de pensar em obter a melhor clínica, ou seja, não é sobre ter luxos descuidados e sim sobre o básico bem feito. Além de que, consultórios muito decorados e com muitos fatores de distração possa

dificultar o atendimento, causando inquietação da criança. Ideal é que o ambiente seja acolhedor e confortável para a criança e para o acompanhante, sendo uma boa opção espaços de lazer com jogos, quadro negro ou ambiente de leitura em locais estratégicos.

4- SAÚDE BUCAL EM PACIENTES COM TEA

Pacientes com TEA podem enfrentar desafios únicos relacionados à saúde bucal devido a uma variedade de fatores. Muitas vezes, essas dificuldades estão relacionadas a sensibilidades sensoriais exacerbadas, problemas de coordenação motora necessária para uma escovação eficaz e problemas cognitivos, podendo resultar em uma limpeza inadequada dos dentes. A comunicação limitada, por sua vez, pode dificultar a expressão de desconfortos ou a compreensão das instruções durante a escovação. Além de que, é frequente que sensibilidades sensoriais podem fazer com que texturas, sabores e sensações táteis associadas aos produtos de higiene oral sejam desconfortáveis, levando a uma recusa em cooperar ou mesmo fazer a escovação dos dentes.

De acordo com a Academia Americana de Odontopediatria (AAPD), pessoas com necessidades especiais enfrentam uma variedade de desafios quando se trata da saúde oral, geralmente causados pela higiene bucal precária, podendo desenvolver inflamação nas gengivas, doença periodontal, acúmulo de tártaro e problemas de hipoplasia do esmalte dentário. Além de má oclusão, dentes apinhados, bruxismo, anormalidades no desenvolvimento dentário, fraturas e lesões nos dentes. (HASSEL et al., 2022).

Os problemas de comunicação, pouca destreza manual, funcionamento cognitivo reduzido, sensibilidade à movimentos bruscos e ruídos, dificultam o processo de escovação e uso do fio dental, além de alterações nos músculos da face, restos de comida retidos em fundo de vestibulo, preferência por alimentos macios e adocicados, serem fortes agravantes para o aumento do biofilme dental além da escassez do acesso aos serviços odontológicos especializados (MINISTÉRIO DA SAÚDE et al., 2019).

É comum crianças com TEA terem forte seleção alimentar, geralmente tendo dietas repleta principalmente de açúcares, fazendo com que potencialize e aumente o número de lesões de cárie dentária. É importante salientar que algumas medicações podem causar a diminuição do fluxo salivar, o qual pode culminar também no aparecimento de lesões de cárie dentária, desconforto, devido ao ressecamento, irritação da mucosa bucal, além de doenças periodontais. (SANTOS; COSTA, 2020).

O tratamento para o TEA normalmente é pautado nos sintomas encontrados, com uso de antipsicóticos (risperidona), antidepressivos (fluoxetina), anticonvulsivantes (fenitoína) e psicoestimulantes (metilfenidato) para o controle da agressividade, da ansiedade, da irritabilidade, da depressão, das convulsões e da hiperatividade (MENEZES; ZINK; MIRANDA, 2014; AMARAL et al., 2012; KATZ et al., 2009). Em vista disso, alguns efeitos colaterais podem se manifestar na cavidade bucal, como a redução do fluxo salivar, levando à hipossalivação; o sangramento gengival; as hiperplasias gengivais; as ulcerações; a plaquetopenia, facilitando a ocorrência de hemorragias quando da realização de procedimentos cirúrgicos; e a neutropenia, predispondo a infecções secundárias e falhas na cicatrização no pós-operatório (CAMPOS; SABBAGH-HADDAD, 2007; MENEZES; ZINK; MIRANDA, 2014).

Por sua vez, a higiene bucal precária, a dieta cariogênica e os hábitos parafuncionais promovem uma condição bucal desfavorável, com elevado índice de placa, lesões de cárie dentária e problemas periodontais e de maloclusão, sendo necessário utilizar técnicas odontológicas preventivas e terapêuticas para a adequação e a promoção da saúde bucal (KATZ et al., 2009; AMARAL et al., 2012; CAMPOS et al., 2009; MAREGA; AIELLO, 2005).

O traumatismo dentário, inclui lesões ulceradas traumáticas, explicadas muitas vezes devido ao bater com a cabeça, o empurrão da língua com força e constante, o uso de tampas de canetas, ou outros objetos, o bruxismo, a convulsão repetida entre outras autolesões orais, que podem causar estes problemas orais com maior frequência. Não podemos de parte o overjet aumentado, a má coordenação motora e o baixo déficit de atenção que influenciarão no ato de traumatismo. Foi possível perceber que o traumatismo,

ocorre com mais frequência nos incisivos centrais superiores permanentes, mais prevalente a fratura do esmalte ou esmalte-dentina. Cerca de 4,7% autistas tiveram trauma dentário devido aos comportamentos autolesivos, mais frequente na região do pescoço, cabeça e dentes. (MARTINS, 2022).

Contudo, é evidente a complexidade dos cuidados odontológicos para pacientes com TEA e a importância de abordagens sensíveis e adaptadas às necessidades individuais de cada paciente. A colaboração entre profissionais de saúde bucal, cuidadores e profissionais de saúde multidisciplinares é fundamental para garantir uma adequada promoção da saúde oral e o bem-estar desses indivíduos. (SILVA; FERREIRA, 2021).

5- ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DE PACIENTE COM TEA

5.1 TRABALHO EM EQUIPE E METODOLOGIAS PARA DESENVOLVIMENTO COMUNICATIVO

Com base nos estudos dos artigos citados, percebemos que tratar destes pacientes com TEA possuem particularidades que dificultam o atendimento odontológico, tanto por sua dificuldade de compreensão e pela inquietação dos mesmos. Por esse motivo, os cirurgiões-dentistas e sua equipe devem ser capacitados para lidar com estes comportamentos e também contar com um trabalho interdisciplinar.

De acordo com Elmore JL et al, é de suma importância trabalhar em conjunto com a equipe multidisciplinar, pois os pacientes que possuem o TEA apresentam habilidades e desempenhos variados. A equipe multidisciplinar citada é composta por médicos pediatras, psiquiatras, neurologistas e os formatos não médicos citados foram profissionais de odontologia, pedagogia, fonoaudiólogo, terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia e orientação familiar.

Entretanto, com o intuito de melhorar a comunicação dos dentistas com os pacientes com TEA, foram desenvolvidos métodos para que isso se tornasse possível, estes métodos são o: "Picture Exchange Communication System" (PECS) e o método "Treatment and Education of Austistic and related Communication- handicapped Children" (TEACCH).

O método TEACCH foi criado pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina na Universidade da Carolina do Norte, em 1966. Segundo Fonseca e CIOLA, o TEACCH pode ser entendido como um sistema de base visual combinando fatores e recursos afim de aprimorar a linguagem, aprendizado e mudanças de comportamento.

O método PECS foi desenvolvido em 1985 por Andy Bondy, é uma forma de comunicação que pode ser integrada ao ambiente odontológico, baseado em estímulos visuais por objeto ou algo de interesse. Este método ajudam as pessoas com TEA a se expressarem verbalmente o que precisam utilizando imagens.(BONDY, 2012).

5.2 ANESTESIA E SEDAÇÃO CONSCIENTE

Sabe-se que a odontologia atual preza por procedimentos mais conservadores, e nestes casos, um atendimento mais humanizado e individualizado é primordial para pacientes com TEA. Afim de sabermos quão necessário é a anestesia geral e a sedação, precisamos conhecer o comportamento do autista para que o cirurgião-dentista possa escolher qual a melhor forma de conduzir o caso.

A familiarização do paciente ao consultório odontológico faz com que o paciente se torne mais colaborador, tornando segunda opção o uso de técnicas avançadas como a sedação e a anestesia geral. Ou seja, pacientes que não estão ambientados ao consultório odontológicos possuem comportamentos negativos e são mais resistentes ao tratamento. (CALTABIANO RM. 2015).

A anestesia geral no tratamento de portadores do TEA é a última opção, em caso de extrema necessidade, deste modo é necessário avaliar o estado de saúde pré-operatório do paciente para ser anestesiado, afim de evitar riscos de complicações pós-operatórias, a partir da Sociedade Americana de Anestesiologistas. Portanto cabe ao anestesista decidir qual o método de contenção química a ser utilizada. (ANDRADE, et al., 2015).

A opção medicamentosa segundo Capp et al, pode ser recomendada para realizar o tratamento, o midazolam normalmente é mais eficaz do que o diazepam para o controle comportamental do paciente, entretanto o efeito do

midazolam cessa mais rápido, fazendo com que o tempo de tratamento seja mais curto.

Portanto, a anamnese se torna ainda mais importante para conduzir o caso, pois, o cirurgião-dentista deve estar ciente sobre possíveis medicações que são consumidas pelo paciente, se atentando sobre possíveis interações entre os medicamentos e as contraindicações dos mesmos que podem comprometer o efeito da sedação. (LOO GRAHAN e HUGHUES, 2019).

Em uma pesquisa muito relevante, Piscalchaiyon et al.(2015) realizaram uma comparação dos medicamentos midazolam e diazepam com relação ao óxido nítrico para a sedação durante o tratamento odontológico, participaram 13 portadores do TEA com idades de 06 a 14 anos. Todos os participantes inalaram óxido nítrico com diazepam oral e midazolam aproximadamente 1 hora antes do tratamento. Os resultados obtidos pelos pesquisadores foram que o midazolam teve melhor resultado no critério de indução do sono e na redução da agitação corporal, já no critério de redução dos movimentos do corpo e a redução do comportamento choroso o diazepam e o midazolam obtiveram o mesmo resultado.

O autor Nelson et al, reforça que este tipo de técnica deve ser utilizada em último caso, pois o mesmo compromete o desenvolvimento físico e psicológico do paciente, além de que esse tipo de intervenção não contribui para a dessensibilização do paciente no ambiente odontológico.

6- DISCUSSÃO

O autismo é mais prevalente em meninos do que em meninas, e os sinais iniciais costumam ser notados antes dos três anos de idade. De acordo com Zanon, Backes e Bosa (2014), os primeiros a perceberem as diferenças no comportamento da criança são geralmente os responsáveis por ela. Apesar de várias pesquisas, a verdadeira causa do autismo ainda não foi completamente esclarecida, permanecendo como uma incógnita para a ciência, conforme observado por Amaral et al. (2012). Depalma e Raposa (2010) destacam sintomas como dificuldade de comunicação, comportamentos repetitivos, desafios no aprendizado e problemas com a fala ou sua ausência em pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Embora os indivíduos

com TEA possam ter dificuldades em compreender emoções, eles podem ainda assim demonstrar reações baseadas em seus sentimentos, e os responsáveis muitas vezes conseguem interpretar essas reações.

Também foram identificadas variações no Quociente de Inteligência (QI) em pacientes com TEA, que podem apresentar tanto QIs muito baixos quanto superdotados. Em casos em que a capacidade cognitiva é reduzida, pode haver dificuldade em compreender a importância da higiene oral e seguir instruções de escovação. Segundo Gonçalves et al. (2016), os pacientes com TEA podem enfrentar desafios para realizar atividades diárias, como tomar banho, vestir-se, comer e, especialmente, escovar os dentes, frequentemente necessitando da assistência de um responsável. Isso resulta em comprometimento da higiene oral, evidenciando a dificuldade tanto do paciente quanto do responsável em executar essas tarefas de maneira eficaz.

Pacientes com TEA têm maior vulnerabilidade a problemas bucais, como bruxismo, cárie, gengivite e falta de musculatura facial, além de enfrentarem dificuldades na higiene oral. Embora haja poucos estudos sobre a incidência de cárie nesse grupo, há uma tendência a uma maior prevalência, principalmente devido à higiene oral precária e às dificuldades no acesso ao tratamento odontológico. As características bucais não diferem muito das de pessoas sem TEA, mas a falta de higiene e o uso de medicamentos podem fragilizar a cavidade bucal, aumentando a suscetibilidade a cáries e doenças periodontais (NAGENDRA; JAYACHANDRA, 2012). A visita precoce ao dentista é crucial para familiarizar o paciente com o ambiente odontológico e prevenir doenças, já que o tratamento pode ser mais desafiador devido ao comportamento do paciente e à falta de experiência do profissional (NAGENDRA; JAYACHANDRA, 2012).

O diagnóstico precoce e o atendimento especializado são essenciais para proporcionar uma abordagem terapêutica individualizada, levando em consideração o perfil comportamental de cada paciente autista. Além disso, a humanização no atendimento é crucial para viabilizar a interação entre profissional de saúde e paciente autista, garantindo um tratamento eficaz e natural. Portanto, a atuação de uma equipe multidisciplinar treinada, juntamente com a participação dos pais ou responsáveis, é fundamental para o sucesso do tratamento odontológico e para proporcionar uma melhor qualidade

de vida aos pacientes com TEA. Segundo Amaral et al. (2012), ao receber um paciente com TEA em seu consultório, é fundamental conduzir uma anamnese minuciosa, compreendendo as características da condição, suas habilidades de comunicação e experiências prévias, evitando assim causar desconforto. O ambiente odontológico deve ser tranquilo, com baixo volume sonoro e organização constante. Os dentistas devem empregar técnicas de comunicação adequadas, como controle vocal, linguagem não verbal e estratégias de distração para facilitar a interação com o paciente TEA. Em resumo, é responsabilidade dos profissionais de saúde, especialmente dentistas, promover a conscientização sobre saúde bucal e incentivar a implementação de programas abrangentes que incluam esse aspecto. É crucial que esse público seja considerado nos sistemas de saúde, visando a promoção da saúde bucal e a redução da necessidade de procedimentos invasivos.

7- CONCLUSÃO

Crianças portadores de TEA devem receber um tratamento interdisciplinar, priorizando a prevenção das doenças bucais e enfatizando as orientações quanto à dieta e higiene bucal ao responsável pela criança. É fundamental que o cirurgião dentista (CD) faça uma anamnese de forma detalhada, considerando possíveis medicações que são consumidas pelo paciente, visando melhor resultado e evitando interações entre os medicamentos e contraindicações dos mesmos que podem comprometer o tratamento. Considerando diferenças entre cada portador do TEA, independente do grau do transtorno no indivíduo, é importante que o CD conheça o paciente, se atente aos pontos que mais o incomodam, mantendo o atendimento de forma menos desconfortável possível, ressaltando que a familiarização do paciente ao consultório odontológico faz com que o paciente se torne mais colaborador, tornando segunda opção o uso de técnicas avançadas como a sedação e a anestesia geral.

REFERÊNCIAS

AMARAL, C. O. F. et al. Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para o atendimento odontológico. Curitiba, 2012.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4º ed. Washington, 2000.

ANDRADE, David; SILVA, Cátia Carvalho; LAVADO, Carla; AREIAS, Cristina; MOURÃO, Joana. Sedação consciente vs anestesia geral em pediatria odontológica - uma revisão. MedicalExpress, 2, 2015.

BONDY, Andy. Os suspeitos incomuns: mitos e equívocos associados ao PECS. Registro psicológico, 2012.

CALTABIANO, Rosângela M.; BRANDÃO, Jairo Lins; MACHADO, Marcia Francisca Lombo; WHITAKER, Marisa Andreatta. Estudo e atendimento a pacientes especiais com propostas diferenciadas de adaptação e condicionamento em consultório odontológico. 2015.

CAMPOS, C. C.; SABBAGH-HADDAD, A. Transtornos de comportamento e tratamento odontológico. São Paulo: Santos, 2007.

CAMPOS, C. C. et al. Manual prático para o atendimento odontológico dos pacientes com necessidades especiais, Goiânia. 2009.

CARDOSO, C.L., Loureiro, S.R. Estresse e comportamento de colaboração em face do tratamento odontopediátrico. Psicologia em Estudo, 13, p. 133-141, 2008.

CASSONI, C. Estilos parentais e práticas educativas parentais: Revisão sistemática e crítica da literatura. [Dissertação] Ribeirão Preto – SP. Universidade de São Paulo; 2013.

CRUZ, M.V.A., Vieira, L.D.S., Ferreira, R.B. Identificando a criança problema em odontopediatria: Revisão de literatura. ROdontolPlanal Cent, 2018.

ELMORE, Jessica L.; BRUHN, Ann M.; BOBZIEN, Jonna L. Intervenções para a redução da ansiedade odontológica e dos correspondentes déficits

comportamentais em crianças com transtorno do espectro autismo. Associação Americana de Higienistas Dentários, 2016.

FONSECA, Maria Elisa; CIOLA, Juliana de Cássia. Vejo e aprendo: Fundamentos do Programa TEACCH. 2016.

GRIFFITHS, J. et al. Oral health care for people with mental health problems: guidelines and recommendations. Doncaster, British Society for Disability and Oral Health, 2000.

HASSEL, S; HUSSAIN, A; DA SILVA, K. O estado de saúde bucal das necessidades de tratamento de pacientes pediátricos que vivem com transtorno do espectro do autismo: um estudo retrospectivo. Revista Odontologia, 2022.

KATZ, C. R. T. et al. Abordagem psicológica do paciente autista durante o atendimento odontológico. Recife, 2009.

LEMOS, João Paulo da Cruz. Caracterização dos pacientes com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista atendidos no Núcleo de Odontologia Hospitalar do Hospital Universitário. Florianópolis, 2017.

LOO, C.Y., GRAHAM, R.M., HUGHES, C.V. Behaviour guidance in dental treatment of patients with autism spectrum disorder. v.19, p. 390-398, 2009.

MAREGA, T.; AIELLO, A. L. R. Autismo e Tratamento Odontológico: Algumas Considerações. Revista Íbero-americana de Odontopediatria & Odontologia do Bebê, Curitiba, 2005.

MARTINS, Telma Maria Ferreira. A Saúde Oral e o Espetro de Autismo nas Crianças: Revisão sistemática integrativa. Gandra, 2022.

MENEZES, S. A.; ZINK, A. G.; MIRANDA, A. F. Transtorno do Espectro Autista (TEA): abordagem e condicionamento para o atendimento odontológico - Revisão de Literatura. Revista Odontológica do Planalto Central, Gama, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. 2019.

NELSON et al. Neuropeptides and neurotrophins in neonatal blood of children with autism or mental retardation. v.49, p. 597-606, 2015.

NETO, João Pedrosa Wanderley; ROCHA, Renata Andrea de Sá. Uso de Sedação e Anestesia Geral no Manejo de Comportamento de Pacientes Autistas. Patos – PB, 2022.

OLIVEIRA, Marcia de Freitas; MORAES, Marcus Vinícius Marques; EVARISTO, Pamella Carneiro Silva. Avaliação da Ansiedade dos Pais e Crianças frente ao Tratamento Odontológico. Outubro-dezembro, 2012.

PASSOS LL, Bandim JM. Diferença na aprendizagem entre meninos e meninas com autismo. Recife, 2011.

PEREIRA, J. A, et. al. Childhood Autism Rating Scale (CARS). In: Avaliação Neuropsicológica da Infância e da Adolescência. Artmed Editora, 2008.

PISALCHAIYONG, et al. Comparison of the Effectiveness of Oral Diazepam and Midazolam for the Sedation of Autistic Patients During Dental Treatment. Ed 27, p. 273-279, 2005.

PINTO, Antonio Carlos Guedes;. Odontopediatria 9ª Edição, Editora Santos, 2016.

REIS, Janaina Rocha; Avaliação de reações emocionais em odontopediatria, Brasília-DF, 2011.

RIBAS TA, Guimarães VP, Losso em. Avaliação da ansiedade odontológicas de crianças submetidas ao tratamento odontológico. Arq Odontol 2006; p.190-8.

SANTOS, D. R.; COSTA, A. L. P. Prevalência de cárie dentária em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA): Uma revisão de literatura. Revista Brasileira de Odontologia, v. 77, n. 2, p. 123-130, 2020.

SANTOS, Eloise Ricardo dos et al. Autismo: Caracterização e classificação do grau de severidade dos alunos da Associação Maringaense dos Autistas (AMA) Revista Brasileira de Educação Especial, 2017.

SAVIOLI, C.; CAMPOS, V. F.; SANTOS, M. T. B. R. Prevalência de cárie em pacientes autistas. ROPE: Revista Internacional de Odonto-psicologia e Odontologia para Pacientes Especiais, Curitiba, 2005.

SCHMIDT, Carlo. Transtorno do espectro autista: onde estamos e para onde vamos. Psicologia em Estudo. Maringá, 2017.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. Mundo Singular: Entenda o Autismo. 1º. ed. Rio de Janeiro: Fontanar, 2012.

SILVA, L.F.P., Freire, N.C., Santana, R.S., Miasato, J.M. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicos na Odontopediatria. Ver Odontol Univ Cid São Paulo, p. 135-142, 2016.

SOUTO, Thainá Cardoso; SOUZA, Isabela Nunes; CARVALHO, Milena Tavares de. Condução de manejo de comportamento associadas a terapias integrativas em pacientes odontopediátricos: Revisão da literatura. Id on Line Rev. Psic., 2021.

VENHAM, L.L., Murray, P., Kremer-Gaulin, E. Child-rearing variables affecting the preschool child's response to dental stress. Clinica Science, p. 2042-2045, 2015.

WILLE, Lorena de Lara; Analise da eficácia do design de interiores em um ambiente de odontopediatria, ENAPROC, 2019.