

Reabilitação oral em paciente com Transtorno do Espectro Autista: devolvendo estética e função

Oral rehabilitation in a patient with Autism Spectrum Disorder: returning aesthetics and function

Rehabilitación bucal en paciente con Trastorno del Espectro Autista: devolución de la estética y la función

Recebido: 21/05/2023 | Revisado: 28/05/2023 | Aceitado: 03/06/2023 | Publicado: 08/06/2023

Tainá do Nascimento Gonçalves

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6056-1818>

Sulamérica Faculdade, Brasil

E-mail: tainanascimento@sulamericafaculdade.edu.br

Brena Teixeira Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1195-825>

Sulamérica Faculdade, Brasil

E-mail: brenacosta@live.com

João Vitor Souza Santos

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1742-3365>

Sulamérica Faculdade, Brasil

E-mail: joaovitorr_21@outlook.com

Ana Beatriz Meireles Silva

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6147-5273>

Sulamérica Faculdade, Brasil

E-mail: anab86155@gmail.com

Daniela Costa Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3584-6405>

Sulamérica Faculdade, Brasil

E-mail: danyyella_costa@hotmail.com

Leila Meira Brito

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0150-3980>

Sulamérica Faculdade, Brasil

E-mail: leyla-mfg@hotmail.com

Lygia Barros Nascimento

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5659-5656>

Sulamérica Faculdade, Brasil

E-mail: lygiabarros@gmail.com

Resumo

O presente estudo demonstra a relevância em um atendimento odontológico humanizado em pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), mesmo diante das dificuldades que os profissionais encontram no manejo, visto que, estes geralmente possuem alterações motoras e uma colaboração restrita para as realizações dos cuidados bucais necessários. Pondera sobre o TEA suas principais características, conceitos sob a ótica médica e odontológica, constrói observações relevantes na atuação do Cirurgião Dentista para proporcionar um tratamento individualizado e de eficácia. Diante tal importância, apresenta-se o relato de caso conduzido na clínica escola da Sulamérica Faculdade no atendimento de uma paciente adulta com TEA, com o objetivo de expor a necessidade de um aprofundamento no assunto para uma melhor condução de casos na Odontologia.

Palavras-chave: Transtorno do espectro autista; Odontologia; Reabilitação oral; Atendimento humanizado.

Abstract

This study demonstrates the relevance of humanized dental care in patients with Autism Spectrum Disorder (ASD), even in the face of the difficulties that professionals encounter in the management, since these generally have motor alterations and a restricted collaboration to perform the necessary oral care. It considers the main characteristics of TEA, concepts from the medical and dental viewpoints, and makes relevant observations on the dental surgeon's work to provide an individualized and effective treatment. Given this importance, we present the case report conducted in the clinic school of Sulamérica Faculdade in the care of an adult patient with ASD, aiming to expose the need for further study on the subject for a better conduct of cases in dentistry.

Keywords: Autism spectrum disorder; Dentistry; Oral rehabilitation; Humanized care.

Resumen

El presente estudio demuestra la relevancia de una atención odontológica humanizada en pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA), aún frente a las dificultades que los profesionales encuentran en el manejo, ya que suelen presentar alteraciones motoras y una limitada colaboración para la realización de los cuidados. Se necesitan boquillas. Reflexiona sobre el TEA sus principales características, conceptos desde la perspectiva médica y odontológica, construye observaciones relevantes en la actuación del Cirujano Dentista para brindar un tratamiento individualizado y eficaz. Ante esta importancia, presentamos un reporte de caso realizado en la Clínica Docente de las Facultades de Sulamérica en el cuidado de un paciente adulto con TEA, con el objetivo de exponer la necesidad de una comprensión más profunda del tema para un mejor manejo de los casos en Odontología.

Palabras clave: Trastorno del espectro autista; Odontología; Rehabilitación oral; Servicio humanizado.

1. Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) configura-se por uma síndrome comportamental de neurodesenvolvimento, iniciando na infância, persistindo na adolescência e na idade adulta.

Caracteriza-se por alterações dos padrões de comportamento, combinados com a dificuldade de comunicação e interação social (Gomes et al., 2015; Kessamiguiemon et al., 2017). Segundo Brito e Vasconcelos (2016), os pacientes com TEA tendem evitar contato visual direto, carecem da capacidade de variar de expressão para estabelecer um contato social e não têm habilidade para compreender as sutilezas comunicativas como decifrar intenções faciais e os sentidos implícitos num gesto ou num modo de olhar. Frequentemente apresentam outras condições concomitantes, incluindo epilepsia, depressão, ansiedade e transtorno de déficit de atenção (TDAH). Além disso, o nível intelectual é extremamente variável, estendendo-se de comprometimento profundo até níveis superiores (Opas Brasil, 2017).

Segundo as diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo, o diagnóstico de TEA permanece essencialmente clínico, realizado por meio de observações da criança e entrevistas com pais e/ou responsáveis. Logo, o uso de escalas e instrumentos de triagem padronizados auxiliam a identificar problemas específicos do transtorno. É importante frisar que a partir da identificação dos sinais de alerta, podem ser iniciados a intervenção e monitoração dos sinais e sintomas ao longo do tempo (Ministério da Saúde, 2014).

Em relação à saúde bucal, por apresentarem alterações de coordenação e pouca cooperação para realização das tarefas, comumente são encontrados nos pacientes com TEA altos índices de biofilme, alta prevalência de cárie e doença periodontal, explicados pelas dificuldades na realização de higiene aliado à uma dieta criogênica (Alves, 2014; Jankowski, 2013). Outrossim, vale ressaltar que apresentam-se extremamente sensíveis a estímulos externos, como barulhos diferentes, sons fortes e comportamentos inesperados durante o tratamento odontológico. Portanto, devem receber um atendimento interdisciplinar, priorizando a prevenção das doenças bucais e enfatizando as orientações quanto à dieta e higiene bucal (Da Costa Sant´ana et al., 2017; Souza et al., 2017).

Destarte, os indivíduos com necessidades especiais representam um desafio para os cirurgiões dentistas, devido ao seu comportamento complexo e variado. Sendo a saúde bucal uma parte integrante da saúde geral do paciente, entende-se que um desequilíbrio pode afetar a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo. Aliado a isso, a depender do grau do TEA, o paciente apresenta desafios notáveis ao receber ajuda odontológica. Para tal, o manejo satisfatório requer uma individualização e compreensão do perfil comportamental (Curado et al., 2018).

Nesse contexto, o compromisso do cirurgião-dentista é lidar com as limitações do paciente autista e oferecer condições seguras focadas na humanização do atendimento e acolhimento diferenciado, garantindo melhores resultados para pacientes, familiares/responsáveis e também para a equipe de saúde que acompanha o indivíduo (Souza et al., 2017; Da Silva et al., 2019).

Diante de tal importância, este relato de caso possui a intenção de abordar o atendimento odontológico a uma paciente com Transtorno do Espectro Autista (TEA) na Clínica Integrada da Faculdade Sulamérica através de um relato de caso, tendo como principais objetivos conceituar, classificar os pacientes com TEA e descrever o tratamento realizado na mesma.

2. Metodologia

O presente relato de caso é caracterizado como descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa (Pereira et al., 2018), realizado na clínica Integrada da Sulamérica Faculdade.

Os procedimentos clínicos foram iniciados somente após a paciente ler, concordar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), autorizando a realização dos procedimentos elencados, e a divulgação das informações que constavam em seu prontuário e obtidas durante o decorrer dos atendimentos.

3. Relato de Caso Clínico

Paciente D.O, vinte e dois anos de idade, parda, gênero feminino, 55 kg, 1,50 m de altura, compareceu à Clínica Odontológica da Sulamérica Faculdade, acompanhada pela sua cuidadora. Na primeira consulta a paciente estava inquieta, ansiosa e não respondia as perguntas realizadas pelos estagiários durante o atendimento. Devido a essa condição, solicitou-se a presença da cuidadora no ambiente clínico para proporcionar um atendimento tranquilo e auxiliar na coleta de informações para uma anamnese mais assertiva.

Na anamnese, a cuidadora relatou que a mesma apresentava transtorno do espectro autista (TEA), diagnosticada desde o nascimento devido ao histórico familiar, visto que a mãe, tia, irmãs e sobrinho partilham do mesmo distúrbio do neurodesenvolvimento. A cuidadora relata que ainda na infância a paciente manifestava sensibilidade a luz, ruído, dificuldade comunicativa, déficit na reciprocidade social, dificuldade na higiene pessoal e, até então não utilizava medicação de controle especial.

Ao exame extra oral não foram observadas alterações fora do padrão de normalidade. Ao exame intraoral, foi possível observar cálculos dentais em todos os sextantes, bem como sinais de inflamação. Apresentava lesões cariosas, dentição permanente completa, com a presença dos terceiros molares, raízes residuais dos primeiros pré-molares superiores (14 e 24).

A cuidadora relatou que a paciente queixava-se de dor no elemento 36 e após realização dos testes pulpares, constatou-se a necessidade de tratamento endodôntico. Em alguns elementos, observou-se presença de estriações brancas, difusas, opacas e bilaterais visíveis ao longo do esmalte, sendo caracterizado como fluorose dental e definido como um distúrbio específico na formação do dente causado pelo consumo crônico de flúor durante a fase de formação dental, sendo possivelmente correlacionado a dificuldade de auto higienização oral por parte da paciente, favorecendo a deglutição exacerbada de dentífrico. Posto isso, foi solicitado radiografia panorâmica, afim de traçar um plano de tratamento e avaliar o grau de complexidade e, assim, auxiliar na elaboração do plano de tratamento.

Na primeira consulta, para adequação do meio bucal realizou-se a raspagem supra e sub gengival com instrumentos ultrassônicos e alisamento dos elementos dentários, com intuito de amenizar a inflamação sub gengival e interromper a destruição progressiva do periodonto de inserção por meio da remoção do biofilme. Sendo assim, finalizou-se com bochecho de Digluconato de clorexidina 0,12% e aplicação tópica de flúor, para proporcionar maior resistência ao esmalte dentário, através de uma maior formação de fluoroapatita na superfície dos dentes visto que esta substância promove a remineralização e inibe o metabolismo bacteriano (Clark et al., 2020). Diante do presente foco de infecção e inflamação, e da dificuldade de higienização da paciente, foi administrado por via oral, a prescrição medicamentosa de azitromicina 500mg de 24/24 horas por 3 dias, a escolha do antibiótico se deve ao seu potente fator de ação e facilidade de administração em vista a necessidade de auxílio durante o uso, em conjunto, foi administrado nimesulida 100mg de 12/12 horas com o intuito de promover a redução da inflamação nas áreas circundantes, atrelado a isso, dipirona 500mg 6/6 por até 3 dias, devido ao fator dor, que foi relatado pela paciente e pela cuidadora.

Em seguida, iniciou-se a primeira sessão do tratamento endodôntico com o acesso do elemento 36, iniciando-se com anestesia do nervo alveolar inferior e infiltrativa nas papilas com lidocaína + epinefrina a 2%, a fim de remover a dor que foi

relatada na anamnese, mediante ao seguimento de todo o protocolo de isolamento. O teste de vitalidade, percussão horizontal e vertical, bem como palpação tiveram resultados negativos, por este motivo a medicação intracanal de escolha para o atendimento de urgência foi o formocresol. Na segunda sessão, realizou-se o preparo biomecânico do elemento dentário com instrumentos rotatórios Sequence Rotary File (#17/12, #15/04, #20/06, #25/06 e #35/04 no Comprimento Real de Trabalho (CRT)). Posteriormente foi instituído o protocolo de irrigação ativado com a lima plástica Easy Clean, como se segue: 3 ciclos de 20 segundos de Hipoclorito de Sódio (NaOCl) a 2% seguido de 3 ciclos de 20 segundos de EDTA a 17%, finalizado com 3 ciclos de 20 segundos de NaOCl a 2%. A obtenção do canal radicular foi realizada com a técnica do cone único #35/04 (MK Life) e cimento endodôntico MTA filapex, e finalizado com a restauração em resina composta de coloração A,3 da marca 3M seguindo a anatomia e oclusão.

Posteriormente, em outra consulta, foram realizadas duas exodontias simples de raízes residuais (14 e 24), com o objetivo de tratar a inflamação da área circundante e prevenir um possível foco de infecção. Para tal, foi utilizado a radiografia panorâmica, para auxiliar na escolha da técnica cirúrgica. Iniciou-se o procedimento realizando o bloqueio do nervo infraorbital com cloridrato de lidocaína + epinefrina a 2%, traçando uma linha imaginária da asa do nariz até a comissura palpebral, e da pupila até a comissura labial como ponto de referência, no meio das retas encontra-se o forame. Como pós-operatório, a prescrição medicamentosa foi de dipirona 500mg de 6/6 horas em presença de dor, por até 3 dias, seguido de todas as orientações a paciente.

Em continuidade ao tratamento, foi realizado as restaurações dentárias dos elementos descritos no plano de tratamento que foram finalizados no decorrer das consultas.

Subsequentemente, em uma outra consulta, observou-se que os terceiros molares inferiores foram acometidos por pericoronarite, sendo a mesma, um problema dentário que causa infecção e inflamação dos tecidos moles. Diante disso, foi executado o planejamento cirúrgico para realizar a exodontia de tais elementos, visando um prognóstico positivo para a paciente. Posto isso, foi utilizado a radiografia panorâmica, realizada previamente para auxiliar na escolha da técnica cirúrgica. Iniciou-se o procedimento cirúrgico com toda a paramentação, seguindo todo o protocolo de biossegurança, em seguida, foi realizado o bloqueio do nervo alveolar inferior, lingual, bucal e como complementar intrapapilar, com cloridrato de lidocaína + epinefrina a 2%. Após a exodontia, um processo de reparo considerado fisiológico se inicia no alvéolo, através da remodelação tecidual, levando as alterações dimensionais que envolvem tanto o tecido ósseo quanto o tecido mole, com isso, foi se realizado a prescrição medicamentoso de nimesulida 100mg de 12/12 horas, e dipirona 500mg de 6/6 horas, caso haja dor, ambos por até 3 dias, com o intuito de diminuir a inflamação e aliviar a dor caso a paciente seja acometida no pós-operatório, seguido de todas as orientações.

Diante o exposto, aliando o tratamento humanizado à abordagem multidisciplinar, na busca pela promoção de qualidade da saúde bucal e estética, decidiu-se em conjunto com um Cirurgião-Dentista especializado em Ortodontia, a instalação de um aparelho ortodôntico fixo. Para tal, foi solicitado a realização de exames complementares de imagem para dar início ao tratamento. Diante a ausência na oferta desse procedimento na Clínica Integrada Sulamerica Faculdade, o profissional custeou todo o processo, como forma de filantropia. Deu-se, então, o prosseguimento do caso da paciente D.O, em uma clínica sem vínculos com a instituição, com o acompanhamento dos graduandos responsáveis pelo caso anteriormente, e sob o consentimento da cuidadora.

Portanto, a paciente continuará sendo assistida pelos estudantes, mesmo mediante à finalização do tratamento proposto no início do caso. Posto isso, realizou-se a entrega de uma reabilitação oral completa, aliando estética e, sobretudo, função, visando uma melhor qualidade de vida à paciente. Seguindo o propósito de um tratamento humanizado, tendo o auxílio de múltiplos profissionais capacitados, foi alcançado excelentes resultados no prognóstico da paciente. Entende-se, então, que a promoção de uma saúde bucal vai além do que a cavidade oral nos mostra: técnicas são somente técnicas se não estiverem aliadas à um bom acolhimento e entendimento do paciente como um todo. Saúde é bem estar.

4. Resultados e Discussão

Histórico, definições e graus

O autismo começou a ser descrito por Kanner em 1943, quando este psiquiatra americano começou a agrupar pela primeira vez crianças com comportamentos aparentemente característicos (Pereira, 1999). Em outras palavras, enumerou um conjunto de manifestações que teoricamente poderia identificá-las com este tipo de distúrbio (Aarons e Gittens, 1992).

Posto isso, quando nos referimos a indivíduos autistas devemos considerar as suas características singulares, no entanto “a personalidade autista é altamente distinta apesar das amplas diferenças individuais.” (Asperger, 1994, p. 67). Com isso, sendo caracterizado por desenvolvimento atípico, manifestações comportamentais, déficits na comunicação e na interação social, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados, podendo apresentar um repertório restrito de interesses e atividades.

Portanto, para estabelecer um diagnóstico clínico confiável do TEA, de acordo com Alkahtani et al., (2014), é importante classificar os indivíduos de acordo com três níveis suporte desta condição, de acordo com os seguintes critérios. Através disso sendo de suma importância perpassa a fase de triagem seguida do diagnóstico feito por meio de ferramentas direcionadas para os traços elencados em manuais de códigos e diagnósticos.

Nível 1 - "Requer suporte"

Comunicação social: Na falta de estímulo apresenta déficits na comunicação social podendo causar perdas notáveis. Pode apresentar interesse reduzido em interagir socialmente.

Comportamento restrito e repetitivo: A inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa na função em um ou mais contextos. Problemas com organização e o planejamento são obstáculos à independência.

Nível 2 - "Requer suporte substancial"

Comunicação social: Graves déficits na comunicação social verbal e não verbal, bem como de habilidades. Perdas sociais aparentes mesmo na presença de apoio.

Comportamento restrito e repetitivo: Inflexibilidade de comportamento, dificuldade em lidar com mudanças ou outros comportamentos restritivos/repetitivos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudança de foco ou ações.

Nível 3 - "Requer suporte muito substancial"

Comunicação social: Déficits graves nas habilidades de comunicação verbal e não verbal. Grande limitação em iniciar interações sociais e mínima resposta às aberturas sociais.

Comportamento restrito e repetitivo: Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos, além da dificuldade em mudar de foco ou atitudes. Com base nisso, indivíduos com necessidades especiais, incluindo o TEA, podem ter limitações consideráveis no desempenho da higiene oral devido às suas deficiências motoras, sensoriais e intelectuais, tornando necessária a interação entre os cuidadores e os profissionais de saúde bucal, devendo estes se capacitarem a fim de proporcionar condições dignas de saúde e qualidade de vida (Nicolaidis et al., 2014; Richa et al.2014).

Características gerais do espectro e comorbidades associadas

As principais características do TEA se apresentam e se correlacionam com prejuízos na interação social e comunicação, sendo mais comuns padrões incomuns de fala, falta de contato visual, não responder quando chamado pelo nome, desenvolvimento tardio das habilidades de fala, dificuldade em manter uma conversa, repetição de frases ou palavras, dificuldade

em compreender os sentimentos dos outros e expressar os seus, bem como comportamentos repetitivos ou incomuns (Backes, 2014.).

Diante disso, somado às características manifestadas, o paciente pode apresentar comorbidades correlacionadas, sendo as mais encontradas: epilepsia, distúrbio do sono, Transtorno de Atenção e Hiperatividade (TDAH), ansiedade, comportamento infrator e transtorno do Desenvolvimento Intelectual (DI). Além disso, encontrou-se em alguns artigos, a comorbidade da deficiência auditiva. Sendo mais notório a manifestação do DI como um agravante relevante e derivado de variados fatores causais. Ademais, ressaltam que a deficiência intelectual é bastante debilitante e desafiadora aos profissionais da saúde, que ainda não possuem respostas suficientemente eficazes na reabilitação da gama de quadros que a configuram (Matson et al, 2013).

Diagnóstico do TEA

A diagnose do TEA é descrita na literatura e perpassa a fase de triagem podendo ser diagnosticado precocemente ou tardiamente. Primordialmente, se inicia com a parte de triagem seguida do diagnóstico, utilizando ferramentas direcionadas, como o DSM-IV-TR, o DSM-V e o CID-10. De acordo com o CID-10R e o DSM-IV-TR, o TEA se enquadra como um Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) sendo a sua variedade de sintomas apresentada nos domínios de prejuízo de interação social, dificuldade no desenvolvimento da fala, comportamentos e interesses repetitivos. Tais características, designam um dos 4 subtipos de diagnóstico: Síndrome de Asperger, Autismo Atípico, Transtorno Autista ou Autismo Infantil e TGD- não especificada. (Wilson, 2013).

Inicialmente, a triagem é definida de modo observacional, podendo ser feita nas primeiras manifestações atentando-se aos sinais e sintomas descritos a partir ou não de relatos de pais ou cuidadores. Estes costumam informar desenvolvimento atípico desde os primeiros meses de vida ou um período de desenvolvimento normal seguido de regressão.

Posteriormente, é feita a avaliação por meio de testes e entrevistas com os pacientes e os familiares para o diagnóstico definitivo. Ressaltando a necessidade de avaliar rotineiramente para sinais e sintomas do TEA na prática médica, por meio de verificações multidisciplinares para que o caso seja conduzido e tratado em várias vertentes, priorizando a qualidade de vida do paciente em todos os quesitos. Posto isso, o médico deve, ainda, assessorar a família de modo ativo e contínuo para que as intervenções e os tratamentos – inclusive farmacológicos, se cabíveis – necessários sejam aplicados (Volkmar, 2014).

Condições de saúde bucal dos pacientes com TEA

Os pacientes com TEA possuem alterações motoras e colaboração mínima para realização dos cuidados bucais necessários, apresentando notório nível de má higiene bucal, cáries extensas, presença de biofilme e doenças periodontais (Alves et al., 2019). Por apresentar graus de ansiedade e nervosismo, tendem a manifestar sensibilidade à luz forte, ruídos e mudanças no seu padrão de rotina. O atendimento no consultório em pacientes atípicos deve ser seguido de anamnese detalhada, com o intuito de contornar possíveis comportamentos inadequados no manejo. Sendo assim, será possível realizar um planejamento assertivo, atrelado a um atendimento clínico personalizado para o paciente, promovendo um atendimento humanizado.

Devido aos danos causados por patologias presentes em pacientes com TEA, são maiores as necessidades de um protocolo de gerenciamento por parte do cirurgião dentista devido ao hábito de reter alimentos na boca, diante da dificuldade em realizar a higienização bucal, atrelado a ingestão de alimentos macios ricos em carboidratos com prevalência criogênica, com isso, aumentando a complexidade dos tratamentos, que devem ser correlacionados a mudanças que vão além do consultório odontológico. (Pauli et al., 2021).

Tratamento humanizado, métodos de condicionamento e técnicas cooperativas

Humanizar significa atribuir caráter humano a algo; conceder ou possuir condição humana; tornar-se benéfico; humanizar-se: humanizar um ofício. Assim, entende-se que humanizar é algo intrínseco ao agir humano, ou seja, as ações do ser humano são ações humanizadas. E esse agir como ser humano se estende àquilo ou àquele que entra em contato com o ser humano. Ampliando, tem-se o homem com o poder de transferir a sua condição humana a alguém ou a alguma atividade, “ofício”.

Não se pode dividir uma pessoa em dentes, ossos, músculos, sistemas e glândulas, por exemplo. Ela é uma pessoa que, ao procurar ajuda de um profissional da saúde, carrega consigo toda a sua bagagem de sentimentos: medos, frustrações, dúvidas, expectativas e esperanças. Ela precisa de ser submetida a procedimentos técnicos, mas sem deixar de ser vista/atendida como pessoa humana que é. Transportando este conceito para a Odontologia, enfatizamos aqui a importância do estabelecimento de relação interpessoais profissional-paciente; um redirecionamento do olhar para além das enfermidades ou patologias, buscando o ser em sua individualidade. Isto se torna real e necessário também porque ainda é grande o número de pessoas que temem estar como pacientes em um consultório, especialmente a grande maioria dos pacientes com TEA.

Pode-se dizer que existem manejos odontológicos que visam minimizar o estresse do paciente e por isso é importante proporcionar um atendimento mais curto, organizado, se possível no mesmo dia e horário da semana, no mesmo local e com o mesmo profissional, afim de neutralizar eventuais adversidades (Da Silva et al., 2019).

Alguns métodos psicológicos visam ajudar no condicionamento odontológico desses pacientes. A partir disso, é possível usar as técnicas: tell-show-doo (dizer-mostrar-fazer), distração, dessensibilização, controle da voz, recompensa e modelação. A tell-show-doo é uma técnica muito utilizada em Odontopediatria e que também pode ser empregada para pacientes com TEA, nada mais é do que mostrar a criança instrumentais utilizados no atendimento, bem como demonstrar sua função explicando verbalmente e manualmente, com uma linguagem de fácil entendimento para que a criança consiga entender como será realizado o procedimento.

A distração serve para conseguir despistar o paciente de possíveis situações desagradáveis durante o atendimento, também é utilizada na odontopediatria (como exemplo: uso do jacarezinho na seringa carpule).

Dessensibilização consiste em condicionar o paciente para que ele possa sentir-se mais relaxado e conseqüentemente adaptar-se ao tratamento proposto.

O controle da voz e a recompensa são utilizados para repreender ou compensar a criança de acordo com seu comportamento durante o procedimento odontológico. Na técnica de modelação, é necessário que a criança presencie o atendimento de outra para que ela possa entender e aprender como se comportar durante o atendimento (Jaber, 2017).

Importância dos cuidadores, orientação e influência no prognóstico

As características bucais de um paciente com tal transtorno não se diferenciam de uma pessoa com desenvolvimento típico. O que altera é a falta de higiene ou uso de medicamentos controlados que tornam a cavidade bucal muito fragilizada e susceptível às cáries e doenças periodontais (Nagendra & Jayachandra, 2012).

Estudos de Kholood, et al., (2020) e Juma, et al., (2019), mostram que a grande maioria dos pais não têm nenhuma informação sobre práticas de higiene oral e a maioria escovava os dentes dos seus filhos apenas uma vez por dia, e alguns destes nunca escovaram os dentes dos seus filhos.

Pais de crianças com TEA estão, muitas vezes, sobrecarregados e sujeitos a fardos físicos, financeiros e psicológicos, que fazem com a saúde bucal seja negligenciada. Essas crianças dependem exclusivamente dos cuidadores para todas as suas necessidades diárias, sejam elas alimentares ou de higiene oral (Cruz, et al. 2017; Eades, et al. 2019).

Atitudes negativas dos pais em relação à saúde bucal foram associadas as piores condições de saúde bucal dos filhos, enquanto atitudes positivas são um forte preditor de saúde bucal de crianças com TEA (Beaton, et al. 2013; Isong et al. 2012).

A capacitação dos pais em instrução de higiene oral é relevante, pois será imprescindível para a terapia interceptativa e preventiva (Jaber, 2017). A melhor e mais eficaz forma de alcançar uma saúde bucal adequada é através da prevenção e da construção de relações de confiança e aceitação entre profissionais, familiares e pacientes.

5. Conclusão

O manejo odontológico adequado para um paciente com TEA requer uma individualização e uma compreensão aprofundada do perfil comportamental do TEA. Para tal, conhecer sobre as principais características encontradas no paciente com o Espectro, tais como dificuldade de comunicação por deficiência no domínio da linguagem, dificuldade de socialização e padrão de comportamento restritivo e repetitivo; além de compreender que tudo isso existe em níveis de comprometimento variados, que vão do leve ao mais grave e complexo, mostra o quão desafiador é o trabalho para o Cirurgião-Dentista. Além disso, revela a importância de um domínio para a condução do atendimento.

O caso vivenciado e relatado no presente trabalho confirma que a presença interessada do profissional é fundamental para que o atendimento ao paciente autista em odontologia transcorra com humanidade e eficiência. Não existe fórmulas ou manuais, cada paciente é único e precisa de um tratamento individualizado e eficaz.

Ressaltamos, por fim, como sugestão para trabalhos futuros, que sejam abordados os aspectos mais específicos da condição bucal do autista e as diversas abordagens de tratamento, além de trabalhos clínicos e epidemiológicos.

Agradecimentos

Agradecemos a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização e sucesso deste artigo.

Referências

- Aarons and Gittens, M. a. T. et al. (1999). The handbook of autism (2nd ed.). Routledge. https://spada.uns.ac.id/pluginfile.php/364346/mod_resource/content/2/ebooksclub.org_The_Handbook_of_Autism_2nd_Edition_A_Guide_for_Parents_and_Professionals.pdf.
- Alkahtani B. D. S., Zuhair et al. (2014). Dental Student Attitudes Toward Treating Individuals with Developmental Disabilities. *American Dental Education Association*, 78 (8): 1145-1153.
- Alves, A. et al. (2020). Autismo: estratégias de interação para tratamento odontológico. *Revista científica FACS*, 20(25), 109-117.
- Frith, U. (2009). *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511526770>.
- Backes, B. et al. (2015). Características Sintomatológicas de Crianças com Autismo e Regressão da Linguagem Oral. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33, 1-10.
- Beaton, L. et al. (2013). Why Are People Afraid of the Dentist? Observations and Explanations. *Med Princ Pract*, 23, 295-30.
- Brito e Vasconcelos, A. e. M. M. et al. (2016). Conversando sobre autismo-reconhecimento precoce e possibilidades terapêuticas. *Autismo: Vivências e Caminhos*, 23-32. <https://doi.org/10.5151/9788580391329-05>.
- Cruz, V. et al. (2017). Conditioning strategies in the dental care of patients with autism spectrum disorders. *Revis Bras Odontol*, 74(4), 294-299.
- Eades, D., Leung, P., Cronin, A., Monteiro, J., Johnson, A., & Remington, A. (2019). UK dental professionals' knowledge, experience and confidence when treating patients on the autism spectrum. *British dental journal*, 227(6), 504-510. <https://doi.org/10.1038/s41415-019-0786-5>.
- Garcia, A. H. C. et al. (2016). Transtornos do espectro do autismo: avaliação e comorbidades em alunos de Barueri, São Paulo. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 18 (1): 166-177.
- Gomes, Paulyane T. M., Lima, L. H., Bueno, M. K., et al. (2015). Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. *Jornal de Pediatria*. 91 (2): 111-21.
- Gonçalves, T., & Pereira, V. (2021). Abordagem e condicionamento do paciente com espectro autista no tratamento odontológico. *Revista diálogos em saúde*. 4 (2): 1-12. <https://periodicos.iesp.edu.br/index.php/dialogosemsaude/article/view/473/344>.
- Isong, I. A., Rao, S. R., Holifield, C., Iannuzzi, D., Hanson, E., Ware, J., & Nelson, L. P. (2014). Addressing dental fear in children with autism spectrum disorders: a randomized controlled pilot study using electronic screen media. *Clinical pediatrics*, 53(3), 230-237. <https://doi.org/10.1177/000992281351716>.
- Jaber, M. A. (2011). Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. *Journal of Applied Oral Science*, 19(3), 212-217. <https://doi.org/10.1590/S1678-77572011000300006>.

- Jankowski, I. (2013). A criança autista e a odontopediatria. (Graduado). Universidade Estadual de Londrina.
- Juma, O. S. A., Eshraq, Z. E., Abdulwaha, M. A. Z., & Aesa, A. J. (2019). Oral Health Status and Treatment Needs for Children with Special Needs: A Cross-Sectional Study. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 19(1):1-10.
- Kessamiguiemon, V. G. G., Oliveira, K. D. C., & Brum, S. C. (2017). TEA-Atendimento odontológico: relato de caso. *Revista Pró-UniverSUS.* 2017 08(2): 67-71.
- Kholood, A. S. A.; Aldhalaan, M. H.; Moneer, Z. et al. (2020). Challenges of Autism Spectrum Disorders Families Towards Oral Health Care in Kingdom of Saudi Arabia; *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 20(1): 1-7.
- Leite, R. O., Curado, M. M., & Vieira, L. D. S. (2019). Abordagem do paciente TEA na clínica odontológica. Revisão de Literatura. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos.
- Da Saúde, M. (2014). Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (tea). Ministério da Saúde.
- Nagendra, J., & Jayachandra, S. (2012). Autism Spectrum Disorders: Dental Treatment Considerations. *Journal of International Dental and Medical Research,* 5, 118-121.
- Nicolaidis, C., Kripke, C. C., & Raymaker, D. (2014). Primary Care for Adults on the Autism Spectrum. *Med Clin North Am.* 98 (5): 1169–1191 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4851469/>.
- Opas. Transtorno do espectro autista. Organização Pan-Americana da Saúde. Retrieved April 30, 2023, from <https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista>.
- De Pauli, J., Hubner Da Silva, A., Oliveira Keller, A., Sandini Linden, M. S., Bervian, J., & De Carli, J. P. (2021). Necessidade de tratamento Odontológico em Pacientes com Transtorno do Epectro Autist. *Cataventos - Revista De Extensão Da Universidade De Cruz Alta,* 13(1), 11–19. <https://doi.org/10.33053/cataventos.v13i1.380>.
- Pereira A., Shitsuka, D., Parreira, F., & Shitsuka, R. (2018). Metodologia da pesquisa científica. Universidade Federal De Santa Maria.
- Pereira, E. (1999). Autismo: o significado como processo central. Lisboa: Secretariado de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. <http://hdl.handle.net/10400.26/34113>.
- Richa, Y. R., & Puranik M. P. (2014). Oral health status and parental perception of child oral health related quality-of-life of children with autism in Bangalore, India. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 32(2):135-9. 10.4103/0970-4388.130967.
- Silva et al. (2019). Pacientes com transtorno do espectro autista: conduta clínica na odontologia. *Revista Uningá.* 56 (5): 122–129. 10.46311/2318-0579.56.eUJ2819.
- Sant'anna, L. F. C., Barbosa, C. C. N. & Brum, S. C. (2017). Atenção à saúde bucal do paciente autista. *Revista Pró-UniverSUS.* 08 (1): 67-74.
- Souza, T. N., Donegheti, J. V., Andrade, L. H. R., & Tannure, P. N. (2017). Atendimento odontológico em uma criança com transtorno do espectro autista: relato de caso. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo,* 29 (2), 191-197 <https://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/278>.
- Volkmar, F. et al (2014). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry.* 53 (2): 237-257. [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(13\)00819-8/fulltext](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(13)00819-8/fulltext).
- Wilson, C. E, et al. (2013). Comparação de CID-10R, DSM-IV-TR e DSM-5 em uma clínica de diagnóstico de transtorno do espectro do autismo adulto. *J Autismo Dev Disord.* 43: 2515–2525. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-013-1799-6>.