



ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES COM PERTURBAÇÃO DO
ESPETRO DO AUTISMO (PEA)

Joana de Andrade da Fonseca Sousa Pinto

Estudante n.º 081301124 do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMDUP
Email: mimd08124@fmd.up.pt; jo_fonsecapinto@hotmail.com

ORIENTADOR

Ana Paula Mendes Alves Peixoto Norton

Professor Auxiliar da FMDUP

Porto, 2017

Agradecimentos

À minha orientadora Doutora Ana Paula Mendes Alves Peixoto Norton, por toda a disponibilidade e ajuda prestadas.

Ao eterno amor da minha vida, a minha filha Maria que me deu força para terminar esta última etapa do meu percurso académico.

À minha mãe, a Mulher que mais admiro e que sempre me ajudou e apoiou em todas as fases da minha vida, quem eu amo incondicionalmente.

Às minhas queridas sobrinhas Constança e Pilar que me enchem o coração de amor e felicidade todos os dias.

À minha irmã e amiga incondicional.

Ao meu querido amigo Marco, por toda a amizade e ajuda ao longo destes anos.

A todos os meus amigos que, para onde quer que vá, levarei comigo no coração.

Índice

I. RESUMO	6
II. PALAVRAS-CHAVE	7
III. ABSTRACT	8
IV. KEYWORDS	9
V. INTRODUÇÃO	10
VI. OBJETIVOS	12
VII. METODOLOGIA	13
VIII. LISTA DE ABREVIATURAS	14
IX. DESENVOLVIMENTO	15
1. Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)	15
1.1. Manifestações clínicas da Perturbação do Espectro do Autismo	16
1.2. Etiologia das Perturbações do Espectro do Autismo	18
1.3. Incidência, Prevalência e Comorbidade da Perturbação do Espectro do Autismo	18
1.4. Diagnóstico da Perturbação do Espectro do Autismo	20
2. A Saúde Oral em pacientes com Perturbação do Espectro do Autismo	21
2.1. Dados Epidemiológicos da Perturbação do Espectro do Autismo	21
2.2. Hábitos de Higiene e outros comportamentos associados à Saúde Oral	22
2.3. Comportamento dos pacientes na consulta de Medicina Dentária	23
2.4. Outros aspetos a considerar pelo Médico Dentista	24
3. Protocolo de atendimento para pacientes com Perturbação do Espectro do Autismo	26
3.1. A primeira consulta de Medicina Dentária	26
3.2. Técnicas de modulação comportamental de pacientes com PEA	27
3.2.1. Técnicas básicas de modulação do comportamento	28
3.2.1.1. Técnica Tell-Show-Do	28
3.2.1.2. Dessensibilização	29
3.2.1.3. Controlo da Voz	29
3.2.1.4. Reforço Positivo	29
3.2.1.5. Análise Comportamental Aplicada (ABA)	30
3.2.1.6. Distração	30
3.2.1.7. Técnicas Sensoriais	31
3.2.1.8. Presença ou ausência dos pais/cuidadores	31
3.2.1.9. Esquemas visuais	31
3.2.1.10. Comunicação não-verbal	32

3.2.1.11. Inalação de Óxido Nitroso	32
3.2.2. Técnicas avançadas de modulação do comportamento	33
3.2.2.1. Estabilização Protetora	33
3.2.2.2. Sedação	33
3.2.2.3. Anestesia Geral	34
3.3. Outras considerações	34
X. CONCLUSÃO	38
XI. BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS	46

I. RESUMO

Introdução: A Perturbação do Espectro do Autismo é uma anomalia do desenvolvimento neurológico com repercussões ao nível da linguagem, comunicação, pensamento e comportamento, com prejuízos sociais notáveis para o indivíduo. A compreensão da pluralidade das suas manifestações, pelo Médico Dentista, é fundamental na determinação do melhor tratamento a instaurar em cada caso.

Objetivos: A realização da presente dissertação tem como objetivo fundamental criar um protocolo de atendimento Médico Dentário para pacientes com Perturbação do Espectro do Autismo. Com o intuito de simplificar a compreensão desta perturbação por parte dos profissionais de saúde oral, foi realizada uma breve introdução às suas principais manifestações, fatores etiológicos e, a outros dados relativos a hábitos alimentares e saúde oral nestes pacientes.

Material e métodos: Foi levada a cabo uma pesquisa utilizando livros de psiquiatria e de transtornos mentais, e a pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, ScienceDirect e SciELO. Os critérios de pesquisa estabelecidos incluíram artigos de língua inglesa, publicados após o ano 2000.

Desenvolvimento: A ocorrência de casos diagnosticados com Perturbação do Espectro do Autismo tem vindo a aumentar nas últimas décadas, suscitando a necessidade de compreensão e consciencialização da comunidade e profissionais de saúde para esta condição que afeta os indivíduos no decorrer de toda a vida. Casos de maior ou menor severidade, exigem protocolos de atendimento individualizados e, uma atuação cada vez mais precoce, quer na prevenção como no diagnóstico de doenças orais.

A criação de um protocolo objetivo e conciso é, portanto, fundamental para a atuação dos Médicos Dentistas e para a instrução dos cuidadores/responsáveis de saúde destes pacientes, evitando intervenções orais futuras mais complexas e dispendiosas.

Conclusão: Perante a carência de protocolos de atendimento para crianças com Perturbação do Espectro do Autismo descritos na literatura, foi elaborado e apresentado um protocolo sucinto que visa orientar o Médico Dentista ao longo do tratamento destes pacientes. Neste protocolo foram referidos alguns mecanismos e condutas que podem ser adotados no decorrer das consultas de Medicina Dentária, que têm como finalidade facilitar o tratamento planeado com a obtenção de melhores resultados.

II. PALAVRAS-CHAVE

As palavras-chave utilizadas foram: autismo, manifestações clínicas, saúde oral, cuidados dentários, tratamento e protocolo.

III. ABSTRACT

Introduction: Autism Spectrum Disorder is an anomaly of neurological development with repercussions on language, communication, thinking and behavior, with notable social obstacles to the individual. An understanding of the plurality of their manifestations by the Dentist is essential to determine the best treatment to be instituted in each case.

Objective: The purpose of this dissertation is to create a protocol for the treatment of patients with Autism Spectrum Disorder. In order to simplify an understanding of the disruption by oral health professionals, a brief introduction was made to their main manifestations, etiological factors and other data regarding oral eating habits and oral health.

Material and methods: Research in psychiatric books and mental disorders, as well as a bibliographic research in PubMed, ScienceDirect and SciELO databases. The established research criteria included articles in English, published after the year 2000.

Development: The occurrence of diagnosed cases with Autism Spectrum Disorder has increased in the last decades, increasing the need for understanding and awareness of the community and health professionals, which affects the citizens during all their lives.

Cases of higher or lower severity require individualized protocols for treatment, that is a precocious method, both in the prevention and diagnosis of oral diseases.

The creation of an objective protocol is fundamental for the Dentists' work and for a statement of the caregivers, avoiding more complex and expensive future oral interventions.

Conclusion: Due to the lack of care protocols for children with Autism Spectrum Disorder described in the literature, it was elaborated and disseminated a brief protocol which intends to guide the Dentist during the patients' treatments.

IV. KEYWORDS

The keywords used were: autism, clinical manifestations, oral health, dental care, treatment and protocol.

V. INTRODUÇÃO

O autismo é uma perturbação global do desenvolvimento infantil que se prolonga por toda a vida e evolui com a idade.

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma desordem do desenvolvimento neurológico e, de acordo com a 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-5), que se caracteriza por "uma deficiência na comunicação social e interação, e tendência para padrões repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades. "Um subconjunto de pacientes com PEA também tende a mostrar hiperatividade, ansiedade, hipotonia, epilepsia, alterações sensoriais, distúrbios do sono, deficiência mental, distúrbios gastrointestinais, microcefalia.⁽¹⁻⁴⁾

A gravidade dos sintomas é também heterogênea, razão pela qual o termo PEA é usado para abranger todas as diferentes gravidades e variações dos sintomas nestes distúrbios.⁽⁵⁾

Os pacientes com autismo mostram uma gama de comportamentos repetitivos, incluindo movimentos estereotipados, rituais, compulsões, obsessões e agressividade. Os comportamentos repetitivos de cada paciente nem sempre são convergentes.⁽⁶⁻⁸⁾

Pode-se dizer que é uma anormalidade grave, caracterizada por severos problemas ao nível da comunicação, do comportamento e por uma grande incapacidade de relação com as pessoas, de uma forma normal.⁽⁹⁾ Sendo por isso importante conhecer bem as características desta doença para poder atuar da melhor forma e conseguir efetuar os tratamentos necessários na área da Medicina Dentária.

Os adolescentes juntam às características do autismo os problemas da adolescência podendo, contudo, melhorar a capacidade de se relacionarem socialmente e o seu comportamento ou, pelo contrário, voltar a fazer birras, mostrar auto-agressividade ou agressividade para com as outras pessoas.⁽¹⁰⁾

É um distúrbio neurofisiológico e a sua causa é desconhecida, no entanto, alguns investigadores atribuem-no a alterações bioquímicas mas outros associam-no a distúrbios metabólicos hereditários, encefalites, meningites, rubéola contraída antes

do nascimento, ou até a lesões cerebrais. Estudos genéticos afirmam que esta doença apresenta uma arquitetura genética muito complexa.⁽¹¹⁾

Assim, este trabalho tem como objetivo principal a realização de uma revisão bibliográfica acerca da abordagem clínica de crianças portadoras de Perturbações do Espetro do Autismo, e fundamentar um protocolo de atendimento para estes pacientes com necessidades especiais.

Inicialmente será feita uma abordagem breve sobre a sua etiologia, principais características, e evolução da sintomatologia desta perturbação com o intuito de interligar informação para elaboração de um protocolo.

VI. OBJETIVOS

A realização da presente dissertação teve como objetivo principal apresentar um protocolo clínico para o atendimento de pacientes com Perturbação do Espectro do Autismo, integrado na área da Medicina Dentária.

Este protocolo, elaborado de uma forma sucinta, visa orientar o Médico Dentista desde a primeira consulta até à finalização dos tratamentos dentários, auxiliando-o ao longo de todas as etapas e oferecendo-lhe dicas que poderão ser uma mais valia para a sua prática clínica.

VII. METODOLOGIA

De acordo com os objetivos definidos, efetuou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados online Pubmed®, SciELO® e ScienceDirect®, de forma a recolher os artigos mais pertinentes e recentes dentro do tema em análise.

As palavras-chave utilizadas foram:

- autismo (autism)
- manifestações clínicas (clinical manifestations)
- saúde oral (oral health)
- cuidados dentários (dental care)
- tratamento (treatment)
- protocolo (protocol)

Efetuaram-se diferentes combinações entre estas palavras-chave e, como condicionantes da pesquisa foram utilizados o filtro do idioma “língua inglesa” e, artigos publicados após o ano 2000.

A pesquisa efetuada possibilitou obter 198 artigos. Após leitura do título e do respetivo resumo, foram selecionados 75 artigos por estarem relacionados com o tema deste trabalho. Desses 75 artigos, apenas foi possível ter acesso ao texto completo de 49 artigos, através da biblioteca virtual da Universidade do Porto (<http://biblioteca.up.pt>), e de uma pesquisa realizada no motor de busca Google®.

Foram ainda utilizados livros de psiquiatria e de transtornos mentais, presentes na Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, para complemento da revisão da literatura.

VIII. LISTA DE ABREVIATURAS

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

SNC- Sistema Nervoso Central

IX. DESENVOLVIMENTO

A Perturbação do Espectro do Autismo é uma perturbação neurológica complexa, multifatorial e heterogénea que condiciona uma criança ao longo do seu desenvolvimento e que pode agravar-se com o decorrer da idade.

Perante este facto, é essencial a compreensão da pluralidade das suas manifestações por parte do Médico Dentista tendo como objetivo delinear o plano de tratamento mais adequado para cada paciente.

1. Perturbação do Espectro do Autismo

A palavra “*autismos*” tem origem na palavra grega “*autos*” que significa “próprio”.

Este termo foi empregue pela primeira vez pelo psiquiatra Eugen Bleuler em 1919, para descrever alguns sintomas de esquizofrenia, nomeadamente o isolamento presente em alguns pacientes.^(12,13)

Leo Kanner, em 1943, publicou a obra “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo” que descrevia as suas observações comportamentais de 11 crianças que apresentavam este distúrbio. Nestes casos, as crianças demonstravam défice de relacionamento social, alterações na comunicação, discurso e interpretação, bem como uma sensibilidade sensorial e comportamentos repetitivos.⁽¹⁴⁾

Em 1944, Hans Asperger propôs o termo “Psicopatia Autista”. Os comportamentos descritos por este psiquiatra eram semelhantes aos padrões apresentados nos casos de Leo Kanner: baixa capacidade para criar amizades, falta de empatia, foco intenso num assunto de especial interesse, movimentos descoordenados e conversação unilateral. Em virtude do seu trabalho ter sido desenvolvido durante a 2ª Guerra Mundial e publicado em Alemão, não recebeu a devida atenção e, somente na década de 1980 o seu nome foi reconhecido como sendo um dos pioneiros no estudo do autismo.⁽¹⁴⁾

Posteriormente, o termo “Psicopatia Austista” veio a ser alterado para “Síndrome de Asperger” por Lorna Wing. Esta Médica Psiquiatra inglesa descreveu e

aperfeiçoou os critérios de diagnóstico propostos por ambos os autores, revolucionando a forma como o autismo era considerado.⁽¹⁴⁾

Foi então em 1980 que o autismo foi reconhecido pela primeira vez como uma desordem mental, sendo integrado no manual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third Edition (DSM-III)* e considerado como um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento.⁽¹⁵⁾

Atualmente, e segundo a Associação Americana de Psiquiatria, a Perturbação do Espectro do Autismo é uma anomalia do neurodesenvolvimento caracterizada pela deficiência persistente na comunicação e interação social e, em padrões restritos e repetitivos de comportamentos, atividades ou interesses, que podem variar consoante o grau de intensidade e que devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento.⁽¹⁵⁾

1.1. Manifestações clínicas da Perturbação do Espectro de Autismo

As manifestações clínicas da PEA surgem antes dos 3 anos de idade, o que permite aos pais detetar alguma anormalidade no desenvolvimento da criança.

Geralmente, não gostam de ser abraçadas e/ou agarradas, são difíceis de serem consoladas, acalmam e tranquilizam ao estarem sozinhas e, evitam ou são incapazes de realizar contacto visual ou de fixar um determinado ponto no espaço.

Problemas de sono e sensoriais podem ser notados logo no primeiro ano de vida mas, somente após o segundo ano de idade é que estes sinais precoces se tornam um sinal de alerta para o médico, face ao atraso notório no desenvolvimento da linguagem.⁽¹⁶⁾

Segundo Lorna Wing,⁽¹⁷⁾ as perturbações do autismo manifestam-se em três domínios - social, linguagem e comunicação, pensamento e comportamento - designando-se por Tríade das Perturbações do Autismo.

Relativamente ao domínio social, há uma perturbação do desenvolvimento social, especialmente a nível interpessoal. A criança com autismo pode demonstrar um isolamento, mas também, interagir de forma estranha, fora dos padrões considerados normais. As crianças podem ou não abraçar e muitas vezes não olham

nem sorriem ao interagir socialmente. Há uma abstinência de contacto visual e uma incapacidade de percepção dos sentimentos dos outros, ignorando-os. Comummente as atividades são realizadas de forma isolada, por falta de partilha de interesses e gostos (como os brinquedos). Coexiste também o hábito de alinhar ou classificar os brinquedos, os quais não são usados com o propósito de jogos imaginativos ou de imitação. Assim, as crianças com PEA não conseguem criar e desenvolver relações com outras crianças e mesmo com familiares, por falta de interesse/iniciativa social e falta de sensibilidade social.⁽¹⁶⁾

No domínio da comunicação, verifica-se uma alteração quer a nível verbal como não verbal, e um desvio dos padrões habituais, podendo a linguagem apresentar desvios semânticos e pragmáticos. No início da infância, algumas crianças com PEA não balbuciam nem usam qualquer outra vocalização comunicativa sendo, portanto, descritas como "bebés quietos". Além disso, este déficite de linguagem não é compensado com expressões faciais ou gestos. Verifica-se uma incapacidade em desenvolver uma comunicação recíproca por gestos, expressões faciais ou fala e, como anteriormente referido, uma dificuldade em olhar nos olhos e apontar para objetos. A falta de concentração e dificuldade em prestar atenção são comuns.

Durante o desenvolvimento e aprendizagem da fala, demonstram frequentemente um discurso estereotipado que pode envolver ecolalia imediata ou tardia, entoações anormais e inversão do pronome. É, portanto, evidente a dificuldade em dialogar e manter uma conversa com outro indivíduo.^(16,18)

A nível comportamental, presencia-se uma rigidez do pensamento e comportamento, com comportamentos ritualistas e obsessivos; uma fraca imaginação social; uma forte dependência de rotinas; um atraso intelectual e uma ausência de jogo imaginativo.^(16,18) Crianças com PEA podem demonstrar comportamentos atípicos numa variedade de áreas, incluindo maneirismos peculiares, obsessões, compulsões, comportamentos auto-prejudiciais e estereotipados. É recorrente crianças com autismo fazerem a mesma pergunta repetidamente, independentemente da resposta e envolverem-se em jogos altamente repetitivos e perseverantes. Além disso, os seus domínios de interesse são altamente incomuns. Muitas crianças com autismo preocupam-se com a consistência e previsão nos seus ambientes domésticos e escolares, bem como a necessidade de cumprir determinadas "regras", tais como o uso de palavras exatas, a disposição de objetos e a ordem de execução de atos/tarefas.^(16,18)

1.2. Etiologia das Perturbações do Espectro de Autismo

Até aos anos 60 acreditava-se que a causa do autismo residia nos problemas de interação afetiva da criança com os pais, independentemente desta nascer com ou sem qualquer alteração físico-psicológica. Os efeitos destas teorias foram avassaladores pois culpabilizavam os pais, sobretudo as mães, pela falta de resposta afetiva aos seus filhos. Uma vez que estas teorias de inspiração psicanalítica não possuíam bases científicas que as comprovassem, acabaram por ser rejeitadas.^(19,20)

Atualmente, fatores ambientais e genéticos são considerados na base etiológica das PEA.

Nos fatores de risco ambientais, podem-se incluir a idade parental avançada, a exposição do feto ao ácido valproico (anticonvulsivante e estabilizador de humor - muito utilizado no tratamento de epilepsia) e o baixo peso do recém-nascido.⁽¹⁴⁾

Relativamente aos fatores genéticos, a taxa de hereditariedade para este transtorno varia de 37% até mais de 90%, valores baseados em taxas de concordância entre gêmeos.⁽¹⁵⁾ Aproximadamente 20% dos casos de PEA tem origem genética conhecida e, apesar da extensa pesquisa desenvolvida neste campo, em pelo menos 70% dos casos a origem genética é desconhecida.⁽¹⁴⁾

1.3. Incidência, Prevalência e Comorbidade

Anteriormente considerada como uma perturbação rara, a PEA tem exibido um crescimento acentuado na taxa de incidência em todo o mundo.

Ate à década de 1990, estimava-se que a sua incidência era de 2-6/10000 casos em todo o mundo.⁽²¹⁾

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)* publicado em 2000, a incidência média passou para 5:10000 casos, com variações entre 2 e 20 casos por cada 10000.⁽¹³⁾

Recentemente, num estudo conduzido por Elsabbagh et al.,⁽²²⁾ em 2012, concluiu-se que na sua maioria os estudos realizados posteriormente ao ano 2000

convergiam para uma incidência média de 62:10000 casos de PEA. É de salientar que neste estudo foram incluídas as seguintes áreas geográficas: Europa, Sudoeste da Ásia, Pacífico Ocidental, Mediterrâneo Oriental, África e América.

As razões para este crescimento têm sido discutidas ao longo dos últimos anos, apontando-se como principais causas as alterações nos critérios de diagnóstico e o aumento da consciencialização e conhecimento desta perturbação.⁽²³⁾

A PEA tem uma prevalência quatro vezes superior no sexo masculino do que no feminino, provavelmente pelo facto do sexo feminino apresentar uma maior resistência a mutações genéticas cerebrais.^(15,24)

As psicopatologias comórbidas associadas à PEA incluem a depressão, a ansiedade, a incapacidade intelectual e o transtorno do défice de atenção com hiperatividade.⁽¹⁴⁾ Dos indivíduos com PEA, cerca de 70% podem apresentar um transtorno mental comórbido e 40% podem apresentar dois ou mais transtornos.⁽¹⁵⁾

Relativamente às comorbidades médicas, estas podem incluir alterações na qualidade do sono, convulsões (associadas ou não a epilepsia), distúrbios gastrointestinais, anomalias no sistema imunológico, disfunção mitocondrial, obstipação, transtornos alimentares restritivos e preferências alimentares extremas e reduzidas.^(14,15)

Quando um indivíduo exibe uma ou mais destas comorbidades, provavelmente estamos perante um caso de PEA mais grave. Tomando como exemplo, entre 11% e 39% dos indivíduos com PEA também tem epilepsia, estando mais suscetíveis a deficiências sociais severas do que aqueles diagnosticados apenas com PEA.

O distúrbio do sono, muito frequente nestes pacientes, é detetado em 50%-80% das crianças com PEA e está correlacionado com comportamentos problemáticos diurnos. Além disso, os problemas durante o sono exacerbam a gravidade dos sintomas da PEA, e estão associados à desregulação comportamental em crianças com PEA.⁽¹⁴⁾

1.4. Diagnóstico da Perturbação do Espectro do Autismo

O diagnóstico da PEA é realizado com base nos critérios propostos pela Associação Americana de Psiquiatria (ASA) descritos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition (DSM-V)*, publicado em 2013.

Esta nova edição do DSM permitiu reestruturar os sintomas deste transtorno, ao substituir a tríade de sintomas - domínio da linguagem, domínio da interação social e domínio da comunicação - por um modelo composto por apenas dois domínios: um relativo aos défices persistentes na comunicação e interação social e um outro, relativo aos padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.⁽¹⁵⁾

No primeiro domínio estão incluídas a comunicação verbal e não verbal, bem como a partilha de emoção, podendo manifestar-se com maior ou menor intensidade. Já no segundo domínio, estão incluídas as rotinas obsessivas, a hipersensibilidade ou hiposensibilidade sensorial, e outros comportamentos.

Além dos critérios de diagnóstico propostos, a PEA pode ser classificada em três níveis de severidade face aos sintomas manifestados, os quais requerem um apoio com diferentes graus de exigência.

Salienta-se o facto destes sintomas manifestarem-se precocemente no período de desenvolvimento da criança, podendo não se revelar plenamente até que as exigências sociais o demandem ou ainda, serem mascarados por estratégias apreendidas.⁽¹⁵⁾

Uma vez que estes sintomas condicionam o desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo ao longo da vida, é deveras importante atuar o mais prematuramente possibilitando, assim, uma atenuação dos efeitos intrínsecos a esta perturbação.

2. A Saúde Oral em pacientes com Perturbação do Espectro do Autismo

2.1. Dados Epidemiológicos da Perturbação do Espectro do Autismo

Sendo um distúrbio do desenvolvimento neurológico que pode prejudicar a saúde oral do paciente e condicionar o tratamento dentário por parte do Médico Dentista, demonstra-se importante conhecer alguns dados epidemiológicos a fim de determinar o tratamento mais adequado para cada indivíduo.⁽²⁵⁾

Os estudos que descrevem a saúde oral destes pacientes e a necessidade de intervenções dentárias são escassos.^(25,26) Além disso, não existe uma unanimidade entre alguns autores relativamente a determinados aspetos da saúde oral de pacientes com PEA quando comparados aos da população em geral.⁽²⁶⁾

Segundo alguns autores,^(25,27,28) a incidência da doença cárie é maior nestes pacientes. Porém, outros autores consideram que esta incidência é menor;⁽²⁹⁻³²⁾ existem ainda outros estudos que concluem que os valores apresentados em pacientes com PEA não são estatisticamente significativos comparativamente a indivíduos sem PEA.^(33,34)

Todos estes estudos indicam um pior estado da higiene oral, com índices de placa elevados e com comprometimento gengival e periodontal, à exceção do estudo levado a cabo por Fahlvik-Planefeldt e Herrström cujos resultados eram semelhantes.^(25,26,29)

A explicação para estes resultados pode estar na dificuldade que estes pacientes têm em ser autónomos, estando geralmente dependentes dos pais, professores ou cuidadores; daí a importância na motivação e treino desde cedo para a realização de uma boa e correta higiene oral.⁽²⁶⁾

O diagnóstico de hábitos para-funcionais (20 a 25% dos indivíduos apresentam bruxismo), comportamentos auto-mutilantes e maloclusões, tais como mordida aberta anterior e apinhamento dentário em adultos, também estão referidos na literatura.^(26,35,36)

Podem ainda ser detetados sinais de erosão dentária em alguns indivíduos resultante da regurgitação de comida e de fluídos pépticos.⁽³⁶⁾ No entanto, a quantidade de saliva e a sua capacidade tampão podem não se encontrar alteradas.⁽²⁶⁾ Mas, em indivíduos sujeitos a terapias farmacológicas para controlo de

ansiedade, alteração de humor, déficit de atenção, agressividade e insônia, o uso de fármacos origina uma menor produção de saliva e, concomitantemente, um maior risco de cáries.⁽³⁷⁾

2.2. Hábitos de higiene e outros comportamentos associados à Saúde Oral

Relativamente à higiene oral, todos os estudos supracitados apontam para deficientes hábitos de higiene entre estes pacientes. Porém, um estudo realizado em 2010 por Altun et al.,⁽³⁸⁾ revelou que crianças e jovens com PEA inseridos numa escola especial para indivíduos com necessidades especiais, mantêm uma melhor higiene oral que outros indivíduos portadores de dificuldades distintas, tais como Atraso Mental, Síndrome de Down, entre outras. Surge assim, a necessidade de avaliação da capacidade de cada paciente com PEA para realizar a sua própria higiene oral, uma vez que estes indivíduos geralmente apresentam dificuldades motoras mais ou menos graves.⁽³⁶⁾

Outro aspeto relevante é o tipo de alimentação praticada por estes indivíduos. Partimos do pressuposto que uma alimentação diversificada e equilibrada é essencial ao bem-estar físico geral e oral de todos os indivíduos e, que este conhecimento abrange toda a população. Nestes pacientes, são comuns distúrbios alimentares associados a dietas pobres e com preferência por alimentos com alto teor de açúcares e de consistência mole. Além disso, tendem a manter os alimentos na cavidade oral por longos períodos de tempo. Isto, juntamente com a limitada ação de auto-limpeza (por falta de coordenação muscular da língua e bochechas) e a baixa prioridade na higiene oral, culminam numa elevada incidência de cárie.⁽³⁹⁾

Contudo, um estudo realizado em 2008 por Loo CY et al.,⁽⁴⁰⁾ concluiu que pacientes autistas têm revelado um menor índice de placa e incidência de cárie, comparativamente a crianças não afetadas. Tal facto, é justificado pela melhoria nos hábitos de higiene orais em casa, a par da redução de alimentos cariogénicos e, do consumo dos mesmos entre as refeições.

É, portanto, imprescindível que os profissionais de saúde oral enfatizem a importância de corretos hábitos alimentares e a redução do consumo de alimentos com teor cariogénico.^(40,41)

2.3. Comportamento dos pacientes na consulta de Medicina Dentária

Os pacientes com PEA podem apresentar um largo espectro de desordens que podem interferir na colaboração durante as consultas de Medicina Dentária.

Problemas de comunicação e de interação social inerentes à própria condição, são uma das principais dificuldades com que o Médico Dentista se depreende. Estes pacientes não conseguem criar expectativas nem compreender a finalidade dos tratamentos, apresentam uma reduzida capacidade de concentração, pouca tolerância para as intervenções, e dificilmente se queixam perante situações de desconforto.^(36, 40, 42)

A resposta aos estímulos sensoriais geralmente está alterada, demonstrando uma hiper ou hiposensibilidade muitas vezes imprevisível. Perante isto, um paciente com PEA pode demonstrar-se insensível à dor (hiposensibilidade) ou, por outro lado, desencadear uma resposta exacerbada mediante um estímulo ligeiro (hipersensibilidade) - sejam eles visuais, táteis, sonoros ou olfativos. Além disso, estes pacientes possuem uma visão periférica apurada, pelo que qualquer movimento pode provocar distração.^(16, 36, 42)

Relativamente à ansiedade, um estudo conduzido em 2014 por Blomqvist et.al,⁽⁴³⁾ mostrou que a ansiedade associada a tratamentos dentários em pacientes com PEA era superior aos níveis manifestados por pacientes sem PEA. Tais conclusões foram justificadas pelo facto destes pacientes apresentarem mais experiências dentárias negativas associadas a dor, e por serem forçados a tratamentos dentários.

As Perturbações psiquiátricas associadas à função cognitiva - como a agressividade, a ansiedade, as alterações de humor, a esquizofrenia e o transtorno de hiperatividade com défice de atenção - são mais prevalentes durante a adolescência e, mediante a sua severidade, podem levar ao impedimento da realização dos tratamentos dentários necessários.^(36,40,42,44)

2.4. Outros aspetos a considerar pelo Médico Dentista

Além do comportamento dos pacientes com PEA anteriormente referido, também outros aspetos inerentes à PEA devem ser considerados como condicionantes no tratamento médico-dentário.

A falta de cooperação dos pacientes com PEA pode determinar o êxito ou não, de determinados tratamentos. Tomando como exemplo o bruxismo, é aconselhado o uso de goteiras com o intuito de proteger contra os prejuízos que advêm deste hábito parafuncional. Para tal, a cooperação do paciente no uso deste dispositivo é essencial, o que nem sempre é facilmente obtida. Apesar dos problemas comportamentais e de comunicação do paciente com PEA suscitarem desafios para o Médico Dentista, um planeamento adequado aliado a muita paciência e perseverança pode, de facto, fazer a diferença.^(45,46)

Os traumas e lesões orais originados por quedas ou acidentes são muito frequentes em pacientes com distúrbios convulsivos. Nestas situações, o Médico Dentista deve enfatizar aos cuidadores que estes traumas requerem atenção profissional imediata e explicar os procedimentos a seguir caso um dente permanente sofra um traumatismo, luxação ou avulsão.⁽⁴⁵⁾

Embora o tratamento da PEA seja principalmente realizado recorrendo a terapias comportamentais, os medicamentos são frequentemente prescritos para tratamento de alguns dos seus sintomas. Estes incluem antidepressivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes e estimulantes do SNC, com efeitos colaterais sistémicos e orais que precisam ser abordadas durante a consulta de Medicina Dentária. Os medicamentos antipsicóticos podem cursar em distúrbios motores com comprometimento da fala e da deglutição, causar xerostomia, bem como hipotensão ortostática. Os antidepressivos têm uma miríade de efeitos colaterais que incluem estomatite, disgeusia e glossite. A fluoxetina, antidepressivo comumente prescrito, provoca sucção, abaulamento dos lábios e protrusão da língua, o que dificulta a higiene oral tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde oral. O uso prolongado de medicamentos anticonvulsivantes pode originar um aumento do sangramento por leucopenia e trombocitopenia, ou distúrbios de anemia. O metilfenidato, estimulante do SNC, pode causar taquicardia ou hipertensão, caso a anestesia local com vasoconstritores seja administrada. Ainda, o uso de

determinados fármacos antiepiléticos, como a fenitoína, pode induzir hiperplasia gengival causando um atraso na erupção dentária.^(36,47,48)

O Médico Dentista deve recomendar medidas preventivas, tais como a aplicação tópica de flúor e de selantes; alertar os pacientes ou pais/cuidadores acerca dos medicamentos que reduzem a produção de saliva ou contêm açúcares; recomendar a ingestão de bastante água e fazer bochechos, após a toma de medicamentos. Além das recomendações referidas, os profissionais de saúde oral devem instruir e motivar para os comportamentos básicos de higiene oral recorrendo a demonstrações práticas. É importante que os pais ou cuidadores estejam presentes nos casos cujas características do indivíduo impossibilitem a correta higienização oral de forma independente (escovagem e utilização de fio dentário), para que possam ser aconselhados.⁽⁴⁵⁾

3. Protocolo de atendimento para pacientes com Perturbação do Espectro do Autismo

3.1. A primeira consulta de Medicina Dentária

Independentemente da condição da criança, a primeira consulta de Medicina Dentária deve ser realizada aquando da erupção do primeiro dente, sem ultrapassar os 12 meses de Idade. O desenvolvimento da dentição e da oclusão deve ser monitorizado ao longo da erupção dentária por meio de exames clínicos regulares. Só assim, com uma deteção precoce e uma gestão das condições orais, é possível melhorar a saúde oral e a saúde geral da criança, contribuindo para o seu bem-estar. Em contrapartida, um diagnóstico tardio pode resultar em problemas exacerbados com necessidade de tratamentos mais extensos e dispendiosos.⁽⁴⁹⁾

O contacto inicial dos pais e criança com o profissional de saúde oral permite que ambas as partes tenham a oportunidade de abordar as necessidades orais primárias da criança, e estruturar um plano de consultas adequado com recurso a um especialista/odontopediatra, se necessário.⁽⁵⁰⁾

O médico Dentista deve estar familiarizado com o histórico médico do paciente, o que permite diminuir o risco de agravamento de uma condição médica enquanto prestador de cuidados de saúde. Apenas com uma exata e abrangente anamnese é possível um diagnóstico correto e um planeamento efetivo a instaurar. Assim, é fundamental que seja registado o máximo possível de informação nomeadamente: doenças presentes, condições médicas comórbidas, hospitalizações/cirurgias, experiências anestésicas, medicação atual, alergias e hipersensibilidade, estado imunitário, historial familiar e experiências dentárias prévias. Dado que a maioria das crianças com PEA apresenta alterações sensoriais, tal deve ser considerado pelo Médico Dentista de forma a proporcionar um atendimento personalizado para estas situações especiais. Caso os pais/cuidadores não consigam fornecer estas informações de forma precisa, deve-se contactar o médico que acompanha a criança, por exemplo, um médico pediatra ou médico familiar, para complementar o diagnóstico e historial médico.⁽⁵⁰⁾

Para além do registo dos dados supracitados, devem ser avaliados os seguintes aspetos: o motivo da consulta, a dor, os tecidos moles intra e extraorais, os tecidos duros intraorais, a articulação temporomandibular, o crescimento maxilar, a higiene oral e a saúde periodontal, o risco de cáries, o desenvolvimento da oclusão e o comportamento da criança.⁽⁴⁹⁾

Existem ainda outras informações que podem ser pertinentes para as consultas subsequentes. Determinar as fobias, os assuntos e temas favoritos, bem como possíveis formas de recompensa a que a criança está habituada, permite conhecer o tipo de comportamento da criança e contornar eventuais dificuldades na colaboração.⁽⁵¹⁾

A implementação do conceito *Dental Home* fortalece a obtenção de cuidados preventivos e de rotina adequados. Este conceito baseia-se na relação contínua entre o Médico Dentista e o paciente e inclui todos os aspetos relativos aos cuidados da saúde oral - fornecidos de forma abrangente, compreensiva, contínua e acessível - centrados na família. O *Dental Home* deve ser estabelecido até aos 12 meses de idade e pressupõe o encaminhamento para especialistas das diversas áreas da Medicina Dentária quando apropriado.⁽⁵⁰⁾

Resumindo, esta primeira consulta de Medicina Dentária proporciona um conhecimento aprofundado da criança e da sua situação para que, em parceria com os pais ou cuidadores, se definam estratégias de controlo e modulação do comportamento durante as consultas de Medicina Dentária.

3.2. Técnicas de modulação comportamental de pacientes com PEA

O tratamento dentário de crianças com PEA pode constituir um desafio face a possíveis comportamentos de resistência, de recusa e de não cooperação, e que interferem com a eficácia e segurança do tratamento dentário.

Ao tratar um paciente com PEA, o Médico Dentista deve estar ciente das várias técnicas existentes para controlo comportamental, de forma a aplicá-las corretamente consoante a necessidade de cada caso.

Na literatura estão descritas várias técnicas, as quais podem ser divididas em dois grupos: as técnicas básicas de controlo de comportamento e, as técnicas avançadas.⁽⁵²⁾

De um modo geral, as técnicas básicas são melhor aceites pelos pais ou cuidadores de indivíduos com PEA e incluem: a técnica "Tell-Show-Do"; a dessensibilização; o controlo da voz; o reforço verbal positivo; a análise comportamental aplicada; técnicas de distração; técnicas sensoriais; a presença ou ausência dos pais ou cuidadores no gabinete; esquemas visuais; a comunicação não-verbal; e a inalação de Óxido Nitroso.^(42,52)

Recorrendo às técnicas básicas de modulação de comportamento é importante proceder ao registo da colaboração do paciente e do tempo despendido na consulta. Apenas se deve avançar para a próxima etapa, no momento em que a anterior tenha sido alcançada com colaboração positiva. Ressalva-se, ainda, a importância da atribuição de reforços verbais positivos durante as consultas.⁽³⁶⁾

Em casos mais severos, as intervenções orais destes pacientes são possíveis de se realizar graças ao uso de técnicas avançadas de controlo comportamental, tais como a estabilização protetora, a sedação e a anestesia geral.⁽⁴²⁾

Um estudo realizado em 2008 por Marshall et al.,⁽⁴²⁾ concluiu que, dentro das técnicas de modulação referenciadas na literatura, a que oferece melhores respostas comportamentais por parte dos pacientes é o reforço verbal positivo - seguido da técnica *Tell-Show-Do*, das técnicas distrativas, da oferta de presentes, da anestesia geral e, por fim, da proximidade dos pais ou cuidadores com a criança, como por exemplo, estes segurarem nas suas mãos.

3.2.1. Técnicas básicas de modulação do comportamento

3.2.1.1. Técnica Tell-Show-Do

Numa fase inicial, deve-se informar o paciente acerca do tratamento proposto e explicar-lhe no que consiste. Para pessoas com linguagem limitada, deve-se recorrer a fotos ou objetos para tentar mostrar o que acontecerá, utilizando uma linguagem simples e objetiva. É importante praticar estes procedimentos fora da boca, de forma a familiarizá-lo para as fases subsequentes do tratamento.

Preparar um indivíduo com PEA para o que pode esperar durante a consulta de Medicina Dentária assim como para a sequência das etapas relativas aos procedimentos, pode ser muito útil e contribuir para uma maior cooperação do mesmo.⁽⁵²⁾

3.2.1.2. Dessensibilização

Algumas crianças com PEA podem demonstrar uma ansiedade significativa em relação ao dentista, o que pode resultar num comportamento não cooperativo e na dificuldade em realizar determinados procedimentos dentários.

O uso de técnicas de dessensibilização a par de uma abordagem gradual, pode ser fulcral para que a criança aprenda a tolerar os procedimentos dentários.

Desta forma, serão necessárias várias visitas ao dentista, de curta duração, e em cada visita deve-se envolver a prática de um comportamento com a atribuição de uma nota positiva. Por exemplo, caminhar para o gabinete dentário ou sentar na cadeira de dentista por durações de tempo cada vez maiores (entre consultas).⁽⁵²⁾

3.2.1.3. Controlo da Voz

No decorrer das consultas, o Médico Dentista deve manter um discurso calmo, utilizando para tal uma voz tranquilizante.

Além disso, deve controlar o volume da voz e alterar o seu tom e ritmo, sempre que se verifique necessário recuperar a atenção da criança, e por forma a influenciar o seu comportamento.

É importante informar os pais ou cuidadores acerca desta técnica previamente ao tratamento, evitando assim possíveis mal-entendidos.^(52,53)

3.2.1.4. Reforço Positivo

No decorrer do processo de obtenção do comportamento desejável por parte do paciente, é fundamental dar um feedback adequado. Assim, o reforço positivo recompensa comportamentos desejados e reforça a probabilidade de recorrência dos mesmos.

Tal como em indivíduos sem PEA, os indivíduos com PEA respondem melhor perante o uso de elogios verbais, modulações de voz positiva, manifestações de carinho e sorrisos.⁽⁵²⁾

3.2.1.5. Análise Comportamental Aplicada (ABA)

A ABA envolve o uso da teoria da aprendizagem comportamental para ajudar a mudar os comportamentos. Uma abordagem ABA inclui a compreensão dos antecedentes de um comportamento, bem como as consequências que se seguem.

Os métodos ABA podem ser usados para entender a razão pela qual determinado comportamento ocorre (geralmente denominada de análise funcional), e para ensinar habilidades específicas. Por exemplo, as técnicas ABA podem ser usadas para auxiliar crianças a aprender a escovar os dentes. Cada componente dessa habilidade é dividida em etapas específicas, cada uma ensinada separadamente. Após aprender cada habilidade de cada componente, a criança é recompensada.⁽⁵²⁾

3.2.1.6. Distração

Recorrer à distração durante os procedimentos dentários pode-se demonstrar bastante efetivo e é um método simples de se realizar. As atividades de distração podem incluir ouvir uma música, assistir a um vídeo ou segurar objetos especiais e que possam ser manipulados.

Definir quais os objetos que melhor suscitam distração no paciente, requer um trabalho conjunto entre o Médico Dentista e os pais ou cuidadores da criança. Assim, estes últimos podem fornecer informação acerca de brinquedos, vídeos ou outros tipos de componentes específicos que possam distrair a criança, para que o Médico Dentista se certifique que estejam disponíveis durante as consultas agendadas.

Este método é bastante eficaz e amplamente aplicado, quer em crianças com PEA como em crianças sem PEA.⁽⁵²⁾

3.2.1.7. Técnicas Sensoriais

Como previamente referido, crianças com PEA geralmente apresentam uma sensibilidade sensorial alterada (híper ou hiposensibilidade). Tal pode suscitar a necessidade de controlar os níveis de exposição a determinados estímulos com o intuito de modular o comportamento da criança. Por exemplo, o uso de colete ou avental de chumbo pode ajudá-los a permanecerem calmos e, o uso de fones durante as consultas reduz os ruídos que podem ser excessivamente estimulantes.⁽⁵²⁾

3.2.1.8. Presença ou ausência dos pais/cuidadores

A presença dos pais ou cuidadores pode desencadear um comportamento mais calmo e cooperativo em algumas crianças, podendo também, desencadear um comportamento oposto. Por isso, é importante conversar com os pais antes de um procedimento para determinar qual o melhor método a instituir.^(36,52)

3.2.1.9. Esquemas visuais

Recorrer a imagens para auxiliar um indivíduo a compreender a sequência de eventos tem-se demonstrado bastante promissor, quer em crianças como em adultos. O recurso a esta metodologia permite ajudar o indivíduo a saber quais as etapas já concluídas e quais os passos restantes, o que faz com que haja uma familiarização e, conseqüentemente, uma maior preparação do paciente e redução da ansiedade.

Os esquemas visuais podem ser empregues para descrever as etapas envolvidas na escovagem dentária ou na conclusão de um procedimento dentário.

Cada etapa a realizar no decorrer da consulta de Medicina Dentária é previamente vista pelo paciente através de fotografias ou objetos reais, e podem estar incluídas fotografias do Médico Dentista, do gabinete, da cadeira, da luz, dos

instrumentos dentários, entre outros. Além disso, as fotografias podem conter uma instrução simples para a ação clínica pretendida.⁽⁵⁴⁾

3.2.1.10. Comunicação não-verbal

A comunicação não-verbal trata-se de um reforço e orientação do comportamento através de um contacto, postura, linguagem corporal e expressão facial apropriados. Esta técnica tem como objetivo aumentar a eficácia de outras técnicas comunicativas e, obter e/ou manter a atenção do paciente.⁽⁵²⁾

3.2.1.11. Inalação de Óxido Nitroso

O óxido nitroso é um gás incolor, inodoro e de ação rápida, cujos efeitos são facilmente titulados e reversíveis. Após a sua administração, os pacientes apresentam uma recuperação rápida e completa.

A decisão de recorrer à sedação consciente deve ter em consideração as necessidades orais do paciente, o efeito sobre a qualidade do tratamento dentário, o desenvolvimento emocional do paciente e questões relativas à sua fisiologia.

A inalação de óxido nitroso é uma técnica eficaz e segura que possibilita a redução ou eliminação da ansiedade, com melhorias na comunicação e cooperação do paciente. Além disso, proporciona uma diminuição do reflexo de vômito e um grau variável de analgesia.

Geralmente este método é bem tolerado pelas crianças, as quais demonstram algum entusiasmo pela sua administração. No entanto, para alguns pacientes, a sensação de perda de controlo pode suscitar ansiedade e, em pacientes claustrofóbicos, o capuz nasal pode ser mal tolerado.⁽⁵⁵⁾

3.2.2. Técnicas avançadas de modulação do comportamento

3.2.2.1. *Estabilização Protetora*

A estabilização protetora é um método através do qual os movimentos físicos do paciente são restringidos por forma a facilitar a conclusão dos procedimentos dentários e evitar possíveis lesões quer para a criança, quer para o Médico Dentista. Para tal, pode-se recorrer a dispositivos de estabilização, ao auxílio de uma outra pessoa que controla os movimentos do paciente, ou a ambos. Esta técnica abrange um espectro de procedimentos como segurar a cabeça da criança aquando da administração do anestésico, colocar a mão na boca, o uso de coletes/fatos de restrição, entre outros.

Face às possíveis consequências e riscos associados, o Médico Dentista deve avaliar a necessidade da sua implementação e, se possível, optar por outras metodologias menos agressivas.⁽⁵⁶⁾

3.2.2.2. *Sedação*

A sedação pode ser dividida em três níveis tendo em conta o seu grau de intensidade: ligeira, moderada e profunda. Como tal, as manifestações no indivíduo podem ir desde uma depressão mínima do SNC até um nível em que o indivíduo dificilmente desperta, embora responda a estímulos repetidos e dolorosos.

É fulcral que o Médico Dentista esteja consciencializado para o facto de que a sedação é um processo contínuo pois, o paciente pode facilmente passar de um estado de sedação leve para um estado de sedação profunda, com perda dos reflexos protetores.

O recurso à sedação acarreta diversos riscos durante e após a intervenção, pelo que é essencial rever as condições médicas do paciente com a finalidade de determinar se o processo de sedação pode afetar, ou ser afetado, por essas mesmas condições.

De salientar que a inalação por Óxido Nitroso é um tipo de sedação ligeira, integrado nas técnicas básicas de modulação comportamental.^(52,57)

3.2.2.3. Anestesia Geral

O recurso a anestesia geral está relativamente mais indicado em pacientes com PEA quando comparado a outros casos de pacientes com necessidades especiais.⁽⁴²⁾

A anestesia geral é um estado controlado de inconsciência no qual há uma perda de reflexos protetores, tais como a capacidade de manter uma função ventilatória independente e a resposta propositada a estímulos físicos ou verbais. Por vezes, este é o único meio passível de oferecer os devidos tratamentos a uma criança, o qual pode ser realizado em meio hospitalar ou em meio ambulatório (clínica dentária).

Recorrendo a este método garantimos a segurança, a saúde e o conforto para o paciente, mas têm sido determinados cada vez mais efeitos nocivos decorrentes deste procedimento. Por isso, os seus benefícios/riscos devem ser considerados previamente à implementação deste tipo de modulação comportamental.⁽⁵²⁾

3.3. Outras considerações

Anteriormente, foram apresentados valores relativos à incidência de cárie nestes grupos especiais, bem como os hábitos de higiene e alimentares que influenciam diretamente esses valores. Como referido, o Médico Dentista tem o dever de instruir e motivar o paciente com PEA para a prática de bons hábitos de higiene oral, e adverter os pais/cuidadores para os riscos decorrentes de uma alimentação cariogénica, para os efeitos dos fármacos na cavidade oral, entre outros. Este dever do profissional de saúde é contínuo e, por isso, deve ser reforçado em cada consulta.

Relativamente ao ambiente do gabinete dentário, determinados aspetos devem ser considerados pois podem despoletar episódios de hipersensibilidade no paciente. Pretende-se, então, que haja uma estimulação sensorial mínima e, sobretudo, uma adaptação às necessidades específicas de cada indivíduo com PEA.⁽⁵⁸⁾

Desta forma, o meio deve ser o mais neutro possível, com poucos estímulos auditivos, sem cheiros, ruídos ou cores indesejáveis e, com uma decoração simples. Só assim é possível reduzir os níveis de ansiedade e os comportamentos negativos.^(54,58) Um ambiente com uma luz relaxante, uma música rítmica (com ou sem auscultadores) e um ruído branco, tem uma ação positiva ao minimizar os comportamentos ansiosos e não corporativos.⁽⁵⁸⁾

Além dos mecanismos supracitados, o Médico Dentista pode considerar a criação de uma sala de espera específica e separada para pacientes com PEA, reduzindo, assim, as situações de indução de ansiedade originadas pela exposição prolongada a outros pacientes.

Por fim, é aconselhado que as consultas de Medicina Dentária decorram sempre no mesmo gabinete para evitar que o paciente estranhe o ambiente circundante.⁽⁵⁸⁾

Tabela I - Protocolo de atendimento para pacientes com PEA

Mecanismos a aplicar/integrar no decorrer das consultas	
<i>Gabinete Dentário</i>	<p>Ambiente tranquilo</p> <p>Sem estímulos auditivos, visuais e olfativos</p> <p>Música ritmada</p> <p>Luz tranquilizante</p> <p>Manter sempre o mesmo gabinete</p>
<i>Técnicas Básicas de Modulação Comportamental</i>	<p>Técnica <i>Tell-Show-Do</i></p> <p>Dessensibilização</p> <p>Controlo da voz</p> <p>Reforço positivo</p> <p>Análise Comportamental Aplicada (ABA)</p> <p>Distração</p> <p>Técnicas sensoriais</p> <p>Presença ou ausência dos pais/cuidadores</p> <p>Esquemas visuais</p> <p>Comunicação não-verbal</p> <p>Inalação de Óxido Nitroso</p>
<i>Técnicas Avançadas de Modulação Comportamental</i>	<p>Estabilização protetora</p> <p>Sedação</p> <p>Anestesia geral</p>
<i>Instrução e motivação para hábitos de higiene e alimentares</i>	<p>Escovagem 2 vezes ao dia (sobretudo antes de deitar)</p> <p>Uso de dentífrico com flúor</p> <p>Utilizar fio dentário</p> <p>Evitar alimentos com teor cariogénico (sobretudo entre as refeições)</p>
<i>Normas a aplicar em casa e no gabinete</i>	<p>Instruções para uma correta higiene oral</p> <p>Instruções para corretos hábitos alimentares</p> <p>Introdução de palavras a utilizar no consultório</p> <p>Recolha e seleção de material didático (objetos, imagens, instrumentos, fotografias, luvas, rolos de algodão, entre outros)</p>
Agendamento	
<i>Sala de espera</i>	<p>Tempo de espera reduzido</p> <p>Marcação para o início da manhã ou tarde</p> <p>Criação de uma sala de espera separada dos outros paciente</p>
<i>Profissionais de Saúde Oral</i>	<p>Especializados/formados em pacientes com PEA</p> <p>Flexíveis, perseverantes e pacientes</p>

Primeira Consulta	Idealmente até aos 12 meses
<i>Anamnese/Questionário</i>	Estado geral de saúde Medicação atual Experiências prévias no consultório dentário Hábitos de higiene oral e alimentares História familiar de doenças
<i>Questionário específico para o paciente com PEA</i>	Fobias ou outros condicionantes Tipo e forma de comunicação Assuntos e temas preferidos Identificação de <i>trigger-points</i> Forma de recompensa Recetividade à pedagogia visual
<i>Fatores que podem favorecer a cooperação durante a consulta</i>	Habilidade para a leitura Idade Doenças comórbidas associadas Uso de linguagem expressiva
Consultas Seguintes	Anotar a colaboração Registar o tempo despendido na consulta Avançar para a próxima etapa (só após o alcance da anterior) Uso de reforços verbais positivos Uso de frases curtas, simples e concretas Reforço dos corretos hábitos de higiene e alimentares

X. CONCLUSÃO

Nas últimas décadas tem-se evidenciado um crescimento na incidência de casos de Perturbação do Espectro do Autismo em todo o mundo. A heterogeneidade das suas manifestações pode interferir com o pleno desenvolvimento do indivíduo no decorrer de toda a vida e, por isso, surge a necessidade de intervenção precoce que visa minimizar os efeitos desta anomalia, com especial interesse para a Saúde Oral.

Na sua maioria, estes indivíduos apresentam um certo grau de comprometimento motor e de falta de autonomia. Tais factos, associados a outros fatores, culminam em deficientes hábitos de higiene oral, com uma maior suscetibilidade para a doença cárie. Além disso, as manifestações comportamentais e as características intrínsecas a esta anomalia são outros fatores condicionantes do tratamento dentário e, como tal, requerem um conhecimento profundo pelo Médico Dentista para que seja possível definir o melhor plano de tratamento, adaptado a cada paciente.

A literatura referencia diversas estratégias aplicadas na modulação comportamental, que têm como finalidade reduzir os níveis de ansiedade e favorecer a cooperação dos pacientes no decorrer das consultas de Medicina Dentária. A severidade da PEA não é unânime pelo que diferentes indivíduos podem responder de diversas formas a estímulos sensoriais, demonstrando comportamentos disruptivos mais ou menos graves. Cabe assim, ao Médico Dentista, determinar a melhor abordagem a instaurar em determinado caso, após uma análise e avaliação prévia do paciente em conjunto com os pais ou responsáveis. Em determinados casos, verifica-se a necessidade de colaboração entre o Médico Dentista e o médico que acompanha o paciente, por forma a obter um historial detalhado das condições médicas associadas e outros dados pertinentes, que nem sempre são disponibilizados pelos pais ou cuidadores.

O encaminhamento para clínicas com profissionais de saúde oral capacitados para o tratamento de pacientes com necessidades especiais é aconselhado, na medida em que nem todos os consultórios dentários dispõem de meios e equipamentos para responder às necessidades individuais destes pacientes. Além disso, é necessário ser paciente e perseverante pois a obtenção dos resultados desejados não é instantânea, sobretudo quando se trata de crianças.

Uma vez obtidas as condições favoráveis à condução do plano de tratamento, é dever do Médico Dentista garantir que todos os cuidados e devidos tratamentos sejam prestados.

Com a realização da presente dissertação foi possível concluir que existe uma carência de protocolos de atendimento específicos para crianças com PEA. A literatura refere uma série de mecanismos e condutas a adotar que visam a obtenção de um comportamento cooperativo desejado do paciente no decorrer das consultas de Medicina Dentária, mas não há um protocolo sucinto que permita guiar o Médico Dentista desde o primeiro contacto com a criança e ao longo dos procedimentos clínicos.

Consequentemente, e após uma revisão minuciosa da literatura, foi formulado e apresentado um protocolo que irá permitir orientar o acompanhamento de crianças com PEA em cada etapa do tratamento.

XI. BIBLIOGRAFIA

- 1) Koh JY, Lim JS, Byun HR, Yoo MH. *Abnormalities in the zinc-metalloprotease-BDNF axis may contribute to megalencephaly and cortical hyperconnectivity in young autism spectrum disorder patients*. Mol Brain. 2014; 7:64.
- 2) Rogers SJ, Ozonoff S. *Annotation: what do we know about sensory dysfunction in autism? A critical review of the empirical evidence*. J Child Psychol Psychiatry. 2005; 46(12):1255-68.
- 3) Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. *Autism*. Lancet. 2014; 383(9920):896-910.
- 4) Gillberg C, Billstedt E. *Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders*. Acta Psychiatr Scand. 2000;102(5):321-330.
- 5) Chris Plauche J. *Early clinical characteristics of children with autism*. In: *autistic spectrum disorders in children*. Informa Healthcare; 2004.
- 6) Zandt F, Prior M, Kyrios M. *Repetitive behaviour in children with high functioning autism and obsessive compulsive disorder*. J Autism Dev Disord. 2007; 37(2):251-259.
- 7) Hollander E, Novotny S, Hanratty M, Yaffe R, DeCaria CM, Aronowitz BR, et al. *Oxytocin infusion reduces repetitive behaviors in adults with autistic and Asperger's disorders*. Neuropsychopharmacology. 2003; 28(1):193-198.
- 8) Andari E, Duhamel JR, Zalla T, Herbrecht E, Leboyer M, Sirigu A. *Promoting social behavior with oxytocin in high-functioning autism spectrum disorders*. Proc Natl Acad Sci USA. 2010; 107(9):4389-4394.
- 9) Haddad AS, Ciamponi AL, Guaré RO. *Pacientes Especiais*. In: *Guedes Pinto AS. Odontopediatria*. 7th ed. Editora Santos; 2003.
- 10) Bolaños EV. *Odontología en pacientes pediátricos com necesidades especiales (II): discapacitados psíquicos y sensoriales*. In: *Boj JR, Catalá M, GarcíaBallesta C, Mendonza A. Odontopediatria*. 1st ed. Livraria Masson; 2005. p. 467 -75.

- 11) Hughes JR. *A review of recent reports on autism: 1000 studies published in 2007*. *Epilepsy Behav.* 2008; 13(3):425-37.
- 12) Pereira MC. *Autismo: Uma perturbação pervasiva do desenvolvimento*. 1a ed. Vila Nova de Gaia: Edicoes Galilivro, S.A; 2005.
- 13) Gallo DP. *Diagnosing Autism Spectrum Disorders – A Lifespan Perspective*. 1st ed. UK: Wiley-Blackwell; 2010.
- 14) Masi A, DeMayo MM, Glozier N, Guastella AJ. *An Overview of Autism Spectrum Disorder, Heterogeneity and Treatment Options*. *Neurosci Bull.* 2017; 33(2):183-193.
- 15) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA; 2013.
- 16) Miles JH, McCathren RB, Stichter J, et al. *MDGeneReviews: autism spectrum disorders*. Seattle (WA): Univeristy of Washington; 2003.
- 17) Wing L, Gould J. *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification*. *J Autism Dev Disord.* 1979; 9(1):11-29.
- 18) Kim SK. *Recent update of autism spectrum disorders*. *Korean J Pediatr.* 2015; 58(1):8-14.
- 19) Pereira EG. *Autismo: do conceito a pessoa*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitacao; 1996.
- 20) Waltz MM. *Mothers and autism: the evolution of a discourse of blame*. *AMA J Ethics.* 2015; 17(4):353-8.
- 21) May T, Sciberras E, Brignell A, Williams K. *Autism spectrum disorder: updated prevalence and comparison of two birth cohorts in a nationally representative Australian sample*. *BMJ Open.* 2017; 7(5):e015549.
- 22) Elsabbagh M, Divan G, Koh YJ, Kim YS, Kauchali S, Marcín C, Montiel-Nava C, Patel V, Paula CS, Wang C, Yasamy MT, Fombonne E. *Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders*. *Autism Res.* 2012; 5(3):160-79.

- 23) Wing L, Potter D. *The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising?* Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 2002; 8(3):151-61.
- 24) Mottron L, Duret P, Mueller S, Moore RD, Forgeot d'Arc B, Jacquemont S, Xiong L. *Sex differences in brain plasticity: a new hypothesis for sex ratio bias in autism.* Mol Autism. 2015; 6:33.
- 25) Jaber MA. *Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism.* J Appl Oral Sci. 2011; 19(3):212-7
- 26) Bartolomé-Villar B, Mourelle-Martínez MR, Diéguez-Pérez M, de Nova- García MJ. *Incidence of oral health in paediatric patients with disabilities: Sensory disorders and autism spectrum disorder. Systematic review II.* J Clin Exp Dent. 2016; 8(3):e344-51.
- 27) Richa, Yashoda R, Puranik MP. *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. 2014; 32:135-9.
- 28) AlMaweri SA, Halboub ES, AlSoneidar WA, AlSufyani GA. *Oral lesions and dental status of autistic children in Yemen: A case-control study.* J Int Soc Prev Community Dent. 2014; 4:S199-S203.
- 29) Fahlvik-Planefeldt Ch, Herrström P. *Dental care of autistic children within the non-specialised public dental service.* Swed Dent J. 2001; 25:113-8.
- 30) Rai K, Hegde AM, Jose N. *Salivary antioxidants and oral health in children with autism.* Arch Oral Biol. 2012; 57:1116-20.
- 31) Namal N, Vehit HE, Koksall S. *Do autistic children have higher levels of caries? A cross-sectional study in Turkish children.* J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2007; 25:97-102.
- 32) Fakroon S, Arheiam A, Omar S. *Dental caries experience and periodontal treatment needs of children with autistic spectrum disorder.* Eur Arch Paediatr Dent. 2015; 16:205-9.
- 33) Bassoukou IH, Nicolau J, Dos Santos MT. *Saliva flow rate, buffer capacity, and pH of autistic individuals.* Clin Oral Invest. 2009; 13:23-7.

- 34) El Khabit AA, El Tekeya MM, El Tantawi MA, Omar T. *Oral health status and behaviours of children with Autism Spectrum Disorder: a case-control study*. Int J Paediatric Dent. 2014; 24:314-23.
- 35) Orellana LM, Martinez-Sanchis, Silvestre FJ. *Training Adults and Children with an Autism Spectrum Disorder to be Compliant with a Clinical Dental Assessment Using a TEACH-Based Approach*. J Autism Dev Disord. 2014; 44:776-785.
- 36) Friendlander AH, Yagiela JA, Paterno VI, Mahler ME. *The neuropathology, medical management and dental implications of autism*. JADA 2006; 137:1517-1527.
- 37) Blomqvist M, Bejerot S, Dahllöf G. *A cross-sectional study on oral health and dental care in intellectually able adults with autism spectrum disorder*. BMC Oral Health. 2015; 15:81.
- 38) Altun C, Guven G, Akgun OM, Akkurt MD, Basak F, Akbulut E. *Oral health status of disabled individuals attending special schools*. Eur J Dent. 2010; 4: 361-6.
- 39) Waldman HB, Perlman SP, Wong A. *Providing dental care for the patient with autism*. J Calif Dent Assoc. 2008; 36(9):662-70.
- 40) Loo CY, Graham RM, Hughes CV. *The caries experience and behavior of dental patients with autism spectrum disorder*. J Am Dent Assoc. 2008; 139(11):1518-24.
- 41) Rada RE. *Controversial issues in treating the dental patient with autism*. J Am Dent Assoc. 2010; 141(8):947-53.
- 42) Marshall J, Sheller B, Mancl L, Williams BJ. *Parental attitudes regarding behavior guidance of dental patients with autism*. Pediatr Dent. 2008; 30(5):400-7.
- 43) Blomqvist M, Dahllöf G, Bejerot S. *Experiences of Dental Care and Dental Anxiety in Adults with Autism Spectrum Disorder*. Autism Research and Treatment. 2014; 2014:238764.
- 44) DePalma A, Raposa K. *Building bridges – Part 2: Understanding and Guiding the Dental Patient with Autism*, The Academy of Dental Therapeutics and Stomatology. 2010.
- 45) Nagendra J, Jayachandra S. *Autism spectrum disorders: Dental treatment considerations*. J Int Dent Med Res. 2012; 5(2):118-121.

- 46) MS Muthu, KM Prathibha. *Management of a child with autism and severe bruxism: a case report*. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. 2008; 26(2):82-4.
- 47) Filipek PA, Accardo PJ, Baranek GT, Cook EH Jr, Dawson G, Gordon B, Gravel JS, Johnson CP, Kallen RJ, Levy SE, Minshew NJ, Ozonoff S, Prizant BM, Rapin I, Rogers SJ, Stone WL, Teplin S, Tuchman RF, Volkmar FR. *The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders*. J Autism Dev Disord. 1999; 29(6):439-84.
- 48) Xue Ming, Brimacombe M, Chaaban J, Zimmerman-Bier B, Wagner GC. *Autism spectrum disorders: concurrent clinical disorders*. J Child Neurol. 2008; 23(1):6-13.13.
- 49) American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. *Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents*. Pediatr Dent. 2008-2009; 30(7 Suppl):112-8.
- 50) American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. *Guideline on management of dental patients with special health care needs*. Pediatr Dent. 2008-2009; 30(7 Suppl):107-11.
- 51) Delli K, Reichart PA, Bornstein MM, Livas C. *Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: Concerns, behavioural approaches and recommendations*. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal. 2013; 18(6):e862-e868.
- 52) American Academy of Pediatric Dentistry. *Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient*. Pediatr Dent 2016; 38(special issue):185-98.
- 53) Eaton JJ, McTigue DJ, Fields HW Jr, Beck M. *Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry*. Pediatr Dent. 2005; 27(2):107-13.
- 54) Orellana LM, Martinez-Sanchis, Silvestre FJ. *Training Adults and Children with na Autism Spectrum Disorder to be Compliant with a Clinical Dental Assessment Using a TEACH-Based Approach*. J Autism Dev Disord. 2014; 44:776-785.
- 55) American Academy of Pediatric Dentistry. *Guideline on use of nitrous oxide for pediatric dental patients*. Pediatr Dent. 2013; 35(5):E174-8.

56) Roberts JF, Curzon ME, Koch G, Martens LC. *Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry*. Eur Arch Paediatr Dent. 2010; 11(4):166-74.

57) Coté CJ, Wilson S; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. *Guidelines for Monitoring and Management of Pediatric Patients Before, During, and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures: Update 2016*. Pediatrics. 2016; 138(1).

58) Gandhi RP, Klein U. *Autism spectrum disorders: an update on oral health management*. J Evid Based Dent Pract. 2014; 14 Suppl:115-26.