



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**LAIS DAVID AMARAL**

**COMPORTAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMILIARES NA  
ABORDAGEM INTEGRAL DAS NECESSIDADES DA SAÚDE BUCAL DE  
AUTISTAS EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

**BRASÍLIA**  
**2013**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**LAIS DAVID AMARAL**

**COMPORTAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMILIARES NA  
ABORDAGEM INTEGRAL DAS NECESSIDADES DA SAÚDE BUCAL DE  
AUTISTAS EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - UNB, como parte dos requisitos para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

**Orientador:** Jorge Alberto Cordón Portillo

**BRASÍLIA**

**2013**

LAIS DAVID AMARAL

COMPORTAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMILIARES NA  
ABORDAGEM INTEGRAL DAS NECESSIDADES DA SAÚDE BUCAL DE  
AUTISTAS EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do título de Mestre em Ciências  
da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em  
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Aprovado em 24 de Maio de 2013

BANCA EXAMINADORA

JORGE ALBERTO CORDÓN PORTILLO – PRESIDENTE  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

JACY RIBEIRO CARVALHO JUNIOR  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

ADRIANA CRISTINA OLIVA COSTA  
UNIVERSIDADE DO NOROESTE PAULISTA

*Dedico esse trabalho  
ao Nasser, “o menino dos meus olhos”,  
eterna fonte de aprendizado e inspiração.  
Esta conquista é nossa, meu amor!  
E não seria possível sem você em minha vida!*

*Dedico também ao meu querido orientador e amigo Prof. Dr. Jorge Alberto Cordón Portillo, que com sua generosidade, integridade e sabedoria, por ser a pessoa que é, me ajudou a construir a pessoa que sou. Nada disso seria possível sem Você!*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr Jorge Alberto Cordón Portillo, por me aceitar como sua orientanda, por acreditar na minha capacidade, me ensinar tanto, trabalhar arduamente pela minha formação e por fazer de mim um ser humano melhor. Quando escolhi alguém para me conduzir nesse caminho, foi também para me espelhar e para crescer. Você certamente me permitiu isso e muito mais!

A UnB e aos seus professores, por me proporcionar a realização de um sonho pessoal e profissional de cursar este mestrado.

Ao meu marido Wander, por suportar minhas ausências com tolerância, por sempre acreditar e apostar em mim e por me presentear com guloseimas estratégicas nos momentos de cansaço.

Ao meu pai, Dr. Evaristo, que fez nascer em mim a paixão pela saúde pública e sempre ensinou a seus filhos o valor do trabalho.

A minha mãe, Terezinha, por plantar sementinhas boas e adubá-las com todo seu amor.

A Laura, Luiza e Leonardo, por me presentear com a felicidade de sermos irmãos.

A Najla, por ser a irmã que eu escolhi ter.

A Clara que sempre esteve na primeira fileira desta torcida e nunca duvidou que chegaríamos até aqui.

A Marilene, Carlinhos e Fernando, por me acolherem em sua família, em seu lar, em suas vidas.

A Talita, pelo interesse e pelo apoio, pela ajuda e sobretudo, pela marcante e indispensável participação em cada uma das etapas deste mestrado.

Ao meu amigo Fabiano Martins, pela disponibilidade e pelo carinho com que nos ajudou a finalizar os detalhes desta dissertação.

Aos muitos amigos (citar alguns seria injustiçar muitos) que estiveram ao meu lado nessa caminhada, suportando meu cansaço, cuidando do Wander e das nossas garotas durante a minha ausência, me apoiando com palavras de carinho, incentivo e ternura, me acolhendo nas dificuldades e nos momentos que não pude acreditar em mim sem a força de vocês.

A todos os funcionários da FS e da Biblioteca Central da UnB, que foram atenciosos e fundamentais durante toda a busca e caminhada.

A Prefeitura Municipal de Nova Aliança, por permitir que eu exerça minha profissão com liberdade de ações, o que me trouxe experiências incríveis para compartilhar com outros profissionais.

A toda a equipe da Art-in-Ortho, pela compreensão e colaboração durante os dias de atendimentos ali realizados.

A Escola do Autista – Escola Municipal “Maria Lúcia de Oliveira”, São José do Rio Preto, por me abrir suas portas, me permitir fazer parte do seu grupo de trabalho, conhecer o universo do autismo e me encantar por ele.

Especialmente aos autistas e seus familiares, por me receberem em suas vidas com tanta generosidade e doar seu tempo participando deste estudo, onde o objetivo principal sempre foi a troca de aprendizado.

*“As pessoas têm medo das mudanças.  
Eu tenho medo que as coisas nunca mudem”*

(Chico Buarque)

## RESUMO

O autismo é um transtorno neuropsiquiátrico que se desenvolve na infância precoce e é parte de um grupo de condições psiquiátricas denominado Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Caracteriza-se por distúrbios de interação social e comunicação, interesses restritos e padrões estereotipados do comportamento, requerendo também atenção às necessidades de saúde bucal. O objetivo da presente dissertação foi descrever a abordagem e intervenção odontológica em estudantes autistas, assim como a participação da família e dos profissionais de saúde bucal neste contexto. Através de questionários, revisão documental, exame clínico e anamnese, foram analisadas as características epidemiológicas de 31 alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira”, em São José do Rio Preto – SP, bem como técnicas de abordagem odontológica na captação, condicionamento, diagnóstico, plano de tratamento, técnicas de contenção, princípios na atenção clínica e acompanhamento no próprio contexto social, executados pelos profissionais de saúde e cuidadores/familiares. Conclui-se que os princípios de atenção básica podem ser aplicados em autistas e sugere-se um protocolo de atendimento odontológico ao autista orientado às práticas nos serviços de saúde. Ponderam-se ainda novos questionamentos orientados a elevar a qualidade da atenção ao paciente autista pela odontologia, especialmente no Sistema Único de Saúde e particularmente na Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: autismo; odontologia; saúde bucal coletiva.

## ABSTRACT

The autism is a neuropsychiatric disorder that is developed in early childhood and it is part of a psychiatric conditions group known as Pervasive Developmental Disorder (PDD), which is featured by the presence of disorders in social interaction and communication, restricted interests and stereotyped patterns of behavior, thus requiring special oral health care. The objective of this work was to describe the approach and oral intervention in autistic students, as well as the participation of family and professional oral health in this context. Through questionnaires, document review, clinical examination and interview were analyzed epidemiological characteristics of 31 students from Municipal Autistics School "Maria Lúcia de Oliveira" in São José do Rio Preto - SP, as well as techniques of dental approach in capitation, conditioning, diagnosis, treatment plan, restraining techniques, principles in clinical care and improvement on the social context, run by health professionals and caregivers/family. Concluded that the principles of primary health care can be applied to autistic persons and suggest an autistics oral health attendance protocol oriented to the practices in health services. Considering these practices and its new approaches, new questions are balanced and targeted to raise the quality of the attention given to the autistic patient by dentistry, especially in the Unified Health System and particularly in the Family Health Program.

**Keywords:** autism; dentistry; collective oral health

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	15
2. REVISÃO DE LITERATURA	
ANTECEDENTES .....	18
3. MARCO CONCEITUAL.....	29
4. HIPÓTESE DE ESTUDO .....	45
5. OBJETIVOS .....	46
5.1. Objetivo Geral .....	46
5.2. Objetivos Específicos.....	46
6. MATERIAL E MÉTODO .....	47
6.1. Universo de Estudo .....	47
6.2. Aspectos Bioéticos.....	47
6.3. Procedimentos .....	48
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	49
7.1. Situação de Saúde Bucal dos Alunos da Escola do Autista.....	49
7.1.1. Atenção em Saúde Bucal Realizada os Sujeitos da Pesquisa .....	58
7.2. Informações Obtidas junto aos Cuidadores/Familiares.....	61
7.3. Informações Obtidas dos Profissionais da Escola do Autista.....	74
7.4. Informações Obtidas dos Profissionais da Saúde Bucal.....	76
8. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....	83
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
10. APÊNDICE A.....	93
11. ANEXOS .....	116
11.1. ANEXO I - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da saúde da Universidade de Brasília.....	117
11.2. ANEXO II - Termo de Ciência da Instituição Co-Participante .....	118
11.3. ANEXO III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	119
11.4. ANEXO IV - Termo de Autorização de Imagem.....	120
11.5. ANEXO V - Ficha de Avaliação odontológica .....	121
11.6. ANEXO VI - Questionário aos Cuidadores.....	124
11.7. ANEXO VII - Questionário para os Cirurgiões Dentistas .....	128
11.8. ANEXO VIII - Questionário para os Profissionais de Saúde .....	131

## LISTA DE FOTOS

Foto 1 - Visitas Domiciliares do CD da ESF - Higiene Bucal.....	31
Foto 2 - Abordagem e familiarização entre paciente e profissional .....	33
Foto 3 - Condicionamento do Paciente Autista ao Ambiente Odontológico .....	33
Foto 4 - Condicionamento do paciente autista aos equipamentos odontológicos .....	78
Foto 5 - Observar hábitos durante as visitas domiciliares .....	97
Foto 6 - Condicionamento do Paciente Autista ao Tratamento Odontológico .....	98
Foto 7 - Condicionamento para receber a contenção física .....	105
Foto 8 - Uso de contenção feita com faixas de lençol .....	106
Foto 9 - Contenção Física confeccionada com brim e velcro .....	106
Foto 10 - Doença Periodontal e Cáries Cervicais.....	108
Foto 11 - Tratamento Restaurador sendo finalizado em paciente diagnosticado com Síndrome de Asperger. ....	111
Foto 12 - Visita domiciliar e comunicação com auxílio de figuras .....	113

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Alunos, segundo idade e sexo, observados na Escola Municipal do Autista "Maria Lúcia de Oliveira" do Município de São José do Rio Preto, SP, 2012.....	50
Gráfico 2 - Porcentagem de alunos segundo sexo, encontrados na Escola Municipal do Autista "Maria Lucia de Oliveira" do Município de São José do Rio Preto, SP. 2012.....	50
Gráfico 3 - Alunos segundo idade e situação do cuidador/familiar, encontrados na Escola Municipal do Autista "Maria Lucia de Oliveira" do Município de São José do Rio Preto, SP. 2012 .....	51
Gráfico 4 - Situação Sócio-económica das famílias dos autistas segundo idade, encontrados na Escola Municipal do Autista "Maria Lucia de Oliveira" do Município de São José do Rio Preto, SP. 2012 .....	52
Gráfico 5 - Diferença entre o momento de observação de comportamento irregular dos sujeitos da pesquisa e o momento do diagnóstico médico de autismo referido pelos cuidadores/familiares em São José do Rio Preto, 2012.....	63
Gráfico 6 - Instituição do Diagnóstico Médico de Autismo Referido pelos Cuidadores/Familiares em São José do Rio Preto, 2012.....	64
Gráfico 7 - Idade da primeira consulta odontológica dos alunos da Escola Municipal do Autista "Maria Lúcia de Oliveira" em São José do Rio Preto, em números absolutos e relativos, 2012.....	67
Gráfico 8 - Conceito sobre a prestação de serviços do SUS segundo familiares/cuidadores dos alunos da Escola Municipal do Autista "Maria Lúcia de Oliveira" em São José do Rio Preto, 2012. ....	70
Gráfico 9 - Respostas sobre o que os cuidadores/familiares esperam que seu filho receba durante a atenção odontológica em São José do Rio Preto, 2012 .....	72
Gráfico 10 - Porcentagem dos motivos da primeira consulta, segundo Cirurgiões Dentistas que atendem pacientes especiais na Escola Municipal do Autista "Maria Lucia de Oliveira" do Município de São José do Rio Preto, SP. 2012 ....	77

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Situação extrabucal dos alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto em números absolutos e relativos das alterações encontradas, 2012. ....	53
Quadro 2 - Alterações no sistema estomatológico encontradas em alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto, em números absolutos e relativos, 2012.....	54
Quadro 3 - Alterações na região de mucosa bucal e periodonto encontradas em alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto, em números absolutos e relativos, 2012.....	55
Quadro 4 - Condições clínicas da mucosa bucal e periodonto encontradas em alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto, em números absolutos e relativos, 2012. ....	55
Quadro 5 - Localização das alterações na região de mucosa e periodonto encontradas em alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto, em números relativos e absolutos, 2012. ....	56
Quadro 6 - Situação da cárie dentária (CPO-D) dos alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto, em números absolutos e relativos, 2012.....	57
Quadro 7 - Necessidades de tratamento odontológico observados nos alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto, em números absolutos e relativos, 2012.....	58
Quadro 8 - Atenção em Saúde Bucal Realizada nos alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto, em números absolutos e relativos, 2012.....	60
Quadro 9 - Vínculo familiar dos cuidadores responsáveis pelos alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto, em números absolutos e relativos, 2012.....	61
Quadro 10 - Acompanhamento por Profissionais de Saúde para cada sujeito autista, segundo relato dos cuidadores/familiares na Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto, em números absolutos e relativos, 2012. ....	65
Quadro 11 - Elementos constituintes da dieta alimentar dos autistas. ....	73

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<i>AME</i>	Ambulatório Médico de Especialidades
<i>APAE</i>	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
<i>CD</i>	Cirurgião Dentista
<i>DEA</i>	Doenças do Espectro Autista
<i>DSM</i>	Manual of Mental Disorders
<i>ESF</i>	Estratégia da Saúde da Família
<i>LOS</i>	Lei Orgânica de Saúde
<i>OMS</i>	Organização Mundial de Saúde
<i>PDD</i>	Pervasive Developmental Disorders
<i>PNE's</i>	portadores de necessidades especiais
<i>TID</i>	Transtornos Invasivos do Desenvolvimento

### 1. INTRODUÇÃO

O autismo é um transtorno neuropsiquiátrico que se desenvolve na infância precoce e é parte de um grupo de condições psiquiátricas denominado Transtornos

Invasivos do Desenvolvimento (TID), sendo sua sigla em inglês a mais utilizada, “Pervasive Developmental Disorders” (PDD) (1).

O Autismo, segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (1), é um transtorno que está presente desde o nascimento e se manifesta antes dos trinta meses, na qual existe deficiência nas respostas aos estímulos visuais, auditivos, fala ausente ou deficiente e caracterizado por comportamento emocional e social alterados, bem como déficit cognitivo. Definida como uma patologia precoce da primeira infância que se caracteriza por um isolamento extremo do indivíduo que o torna incapaz de estabelecer relações interpessoais comuns com as pessoas e situações.

Os dados da literatura levantados durante o estudo, quanto às características odontológicas destes pacientes são raros e controversos (2).

Diante das dificuldades enfrentadas por estes indivíduos e conseqüentemente as limitações que a patologia acarreta para suas famílias, os acompanhamentos frequentes pelos profissionais de saúde, bem como as atividades comuns da vida diária, ficam muito comprometidas em qualidade e quantidade (3), situação observada nos resultados obtidos nesta pesquisa sobre a abordagem destes cidadãos.

Assim, é preciso ser abrangente no estudo, estendendo o cuidado para além do autista, incluindo toda sua família. É através da construção e do estabelecimento do vínculo de confiança que atendimentos mais eficazes e amplos poderão ser realizados.

A Odontologia é a ciência de estudo, conhecimento e tratamento que abrange além da saúde da boca, a cabeça e o pescoço. O principal foco está no sistema estomatognático e as relações que o próprio corpo tem sobre ele e inclui fundamentalmente os dentes, os lábios, a língua, a articulação têmporo mandibular e todas as demais estruturas presentes nesta região. Além do atendimento específico de estruturas, o cirurgião dentista – CD atua na promoção, prevenção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação na atenção a saúde bucal. Este profissional da saúde precisa lidar com todos os aspectos que envolvem o tratamento clínico, bem como outras ações de ordem geral.

A redução das disparidades socioeconômicas e medidas de saúde pública dirigidas aos grupos vulneráveis permanecem como um desafio para todos os que formulam e implementam as políticas públicas no Brasil. Se levarmos em

consideração os pacientes com deficiência, um dos grupos mais vulneráveis à doenças, estes podem fazer parte desta polarização, evidenciando a importância dos estudos de prevalência dentária e programas preventivos direcionados (4).

Cirurgiões dentistas que trabalham na atenção básica, especificamente na Estratégia da Saúde da Família - ESF, devem estar familiarizados com as manifestações estomatológicas em indivíduos com algum tipo de deficiência, bem como seus recursos associados, para que possam fornecer o mais alto nível de atenção com os mesmos.

Este trabalho sugere um roteiro a ser utilizado no atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais, particularmente autistas, na Estratégia da Saúde da Família, com o objetivo de que as ações de atenção à saúde bucal destes pacientes passem a ser uma melhor experiência para todos os que participam do seu atendimento, incluindo a família.

Segundo Alves (5), *“todo dentista está tecnicamente apto a atender o paciente autista e, diante dele tem obrigação de buscar informação. A diferença está na sua atitude, dedicação, interesse, carinho e, acima de tudo vontade”*.

A odontologia vem modificando sua visão sobre o atendimento odontológico dos autistas, incluindo a prevenção e a participação dos familiares nesta atenção. Desta forma, autistas podem ser assistidos em suas necessidades, e quando pertinente, receber atendimentos de maior especificidade, como por exemplo, exames invasivos ou não, pequenas cirurgias, restaurações, tratamentos endodônticos, extrações dentárias, entre outros, referidos para centros de especialidades odontológicas. Fica claro, portanto, a importância deste tema para todos os envolvidos: pacientes autistas, seus cuidadores/familiares e profissionais da saúde, especialmente da saúde bucal.

Pelas especiais condições de vida e características do seu cotidiano, os autistas podem apresentar mais riscos aos problemas odontológicos, particularmente pela dificuldade de higiene bucal.

Este comportamento tem forte impacto na família, justificando-se conhecer expectativas dos familiares/cuidadores na atenção destes cidadãos. Esta abordagem integral das necessidades de saúde bucal torna-se fator importante numa aproximação ao autista.

Encontrar as possibilidades mais indicadas de intervenção nestes pacientes deve ser uma busca constante de todos que trabalham com o autismo, visando

atendimentos mais efetivos e ações menos desgastantes e estressantes aos autistas e seus familiares.

Sendo assim, foi realizada uma aproximação às formas de abordagem odontológica desenvolvidas em 31 alunos da “Escola Municipal Maria Lúcia” de São José do Rio Preto, formulando-se como proposta uma abordagem mais eficaz, efetiva e atualizada.

Esta pesquisa buscou os questionamentos da rotina clínica, bem como compreender as formas de detecção, abordagem, acolhimento, anamnese, condicionamento, adaptação, possibilidades de atenção básica, e atenção especializada, acompanhamento necessário, diferencial e adequado na preservação da qualidade de vida destes pacientes e sua saúde bucal.

O estudo deste tema justifica-se pela importância que atinge a necessidade de abordagem, condicionamento, intervenção, tratamento, manutenção e promoção de saúde em aproximadamente 2 milhões de pessoas que representam esta população.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **ANTECEDENTES**

Descrita por Kanner (6), recebeu o nome de “distúrbios autísticos do contato afetivo”, e posteriormente de “psicose” em 1956, mas também ficou conhecida como “Síndrome de Kanner” e por último “Autismo Infantil” (7), (8), (9).

Estas nomenclaturas foram substituídas ao longo dos anos e atualmente a classificação vigente e mais aceita é a empregada pelo Manual de Diagnóstico e

Estatístico de Perturbações Mentais – DSM IV TR da Associação Americana de Psiquiatria (10), que classifica o autismo dentro de um conjunto de outras doenças de características semelhantes, conhecido como Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (PDD).

Segundo o DSM-IV TR (10), existe uma dificuldade em se estabelecer os limites diagnósticos entre autismo e as demais doenças consideradas como PDD, (como a Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett e o PDD). Por este motivo estas três condições são referidas como Doenças do Espectro Autista – DEA.

Os mais atuais critérios de diagnóstico do DSM-IV TR (10) até o momento, que ilustram as características do indivíduo autista são:

**A.** Pelo menos seis dos 12 critérios abaixo, sendo dois de (1) e pelo menos um de (2) e (3).

**(1) Prejuízo qualitativo na interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes aspectos:**

- (a) Prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social;
- (b) Fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento;
- (c) Falta de tentativa espontânea de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (por ex., não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse);
- (d) Falta de reciprocidade social ou emocional;

**(2) Prejuízos qualitativos na comunicação, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:**

- (a) Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica);
- (b) Em indivíduos com fala adequada, acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversação;
- (c) Uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;
- (d) Falta de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos apropriados ao nível de desenvolvimento;

**(3) Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:**

- (a) Preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco;
- (b) adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não-funcionais;
- (c) maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por ex., agitar ou torcer mãos ou dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo);
- (d) preocupação persistente com partes de objetos

**B.** Atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos de idade: (1) interação social, (2) linguagem para fins de comunicação social, ou (3) jogos imaginativos ou simbólicos.

**C.** A perturbação não pode ser melhor explicada por Transtorno de Rett ou Transtorno Desintegrativo da Infância.

Trata-se de um transtorno invasivo do desenvolvimento, definido como uma síndrome comportamental onde o indivíduo apresenta desenvolvimento anormal de habilidades sociais, limitações no uso da linguagem interativa e alterações sensoriais e motoras. O transtorno do espectro autista é um termo comumente utilizado para descrever vários transtornos de desenvolvimento em que o indivíduo apresenta diferenças substanciais na natureza do seu desenvolvimento social. Sua etiologia é ainda desconhecida, mas possíveis fatores podem contribuir para o desenvolvimento do autismo, tais como genéticos, infecções, erros de metabolismo, intoxicação por chumbo e síndrome do alcoolismo fetal. Sabe-se que quanto mais cedo a patologia for diagnosticada, mais cedo o autista poderá ser ajudado através de intervenções de tratamento. Cada um dos sintomas do autismo é classificado numa gama de leve a grave. Cada autista apresenta a comunicação e os padrões de comportamento social de forma individual. A comunicação e os problemas de comportamento representam os desafios mais significativos na realização dos cuidados bucais (11).

O diagnóstico de autismo é clínico e requer basicamente a presença de distúrbios de interação social; presença de interesses restritos e padrões estereotipados do comportamento e distúrbios de comunicação (12).

Os autistas apresentam déficits qualitativos na interação social, manifestados por dificuldades na comunicação não verbal, falhas de desenvolvimento de relações interpessoais, dificuldade em compartilhar interesses, falta de reciprocidade social e emocional. Também déficits qualitativos na comunicação, como a falta ou atraso no desenvolvimento da linguagem (não compensada por outros meios), dificuldade de abstração, uso estereotipado de linguagem, inabilidade em iniciar e manter diálogo, entre outros, podem estar presentes (13), (14).

O padrão de comportamento, atividades e interesses é estereotipado, há aderência inflexível a rotinas e rituais, preocupações persistentes com partes de objetos e estereotipias motoras como agitar de mãos e balançar do corpo, entre outros (13), (14). O brincar também está comprometido, onde brincadeiras imaginativas espontâneas e brincadeiras sociais imitativas, apropriadas para o nível de desenvolvimento, estão ausentes ou substancialmente atrasadas (15).

Os estudos sobre autismo têm apresentado, ao longo do tempo, uma evolução no que se refere ao seu conceito e formas de compreensão, identificando diferentes etiologias, graus de severidade e características específicas ou não usuais. A tendência nas definições atuais de autismo é de conceituá-lo como uma síndrome comportamental, de etiologias múltiplas, que compromete todo o processo do desenvolvimento infantil (16)

Assim, o autismo pode ser considerado como a doença mais comum entre as afecções neuropsiquiátricas. É cinco vezes mais frequente que a Síndrome de Down (12).

Para Gupta e State (12), o autismo é um transtorno genético, com uma herdabilidade estimada em mais de 90%. Uma combinação de heterogeneidade fenotípica e o provável envolvimento de múltiplos *loci* que interagem entre si, dificultam a descoberta de genes específicos envolvidos na etiologia da doença.

Segundo a OMS (17), cerca de 10% da população mundial é constituída por indivíduos portadores de necessidades especiais, sendo 50% de deficiência mental, 20% de deficiência física, 15% de deficiência auditiva, 5% de deficiência visual e apenas 10% com alterações múltiplas.

O autismo, além de ser o mais frequente entre os transtornos invasivos do desenvolvimento, é um distúrbio comum na população (2), (18), no entanto, sua prevalência não está definida, apresentando grande variação entre diferentes autores, além de aumento progressivo. De acordo com o DSM IV TR, os estudos

epidemiológicos sugerem taxas de Transtorno Autista de 2 a 5 casos por 10.000 indivíduos (10).

Clínicos e pesquisadores apontam para um aumento dos casos de autismo. Por 60 anos a incidência foi considerada de 2 a 5 casos por 10.000 nascidos vivos, sendo os homens mais afetados do que as mulheres. Na última década especula-se uma variação de até 60 casos para 10.000 nascidos, dependendo do local da avaliação (19). Este aumento significativo deve-se às modificações e especificações dos critérios diagnósticos e do avanço do diagnóstico precoce.

Em relação à saúde bucal, segundo o Manual do Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial (20), os autistas apresentam alta prevalência de cárie e doença periodontal, provavelmente pela dieta cariogênica e dificuldades na higiene bucal, comuns em pacientes especiais. Entretanto, os aspectos bucais dos portadores de autismo não diferem muito dos apresentados por pacientes considerados normais, apresentando principalmente, higiene bucal inadequada. Nestes pacientes são encontrados altos índices de placa, explicados pelas dificuldades na realização de higiene bucal, por apresentarem alterações de coordenação e pouca cooperação para realização das tarefas (21).

Realizar procedimentos odontológicos, desde os mais simples, envolve a necessidade do conhecimento prévio do padrão do comportamento autístico e do seu histórico, já que o autismo exibe heterogeneidade na amplitude das suas manifestações.

É importante ressaltar que o nascimento de uma criança com necessidades especiais tem um forte impacto na família. A saúde bucal geralmente é negligenciada ou colocada em segundo plano, em função das inúmeras preocupações relacionadas diretamente à doença. Nesse sentido, frequentemente se observa em pacientes autistas uma dieta cariogênica, higiene bucal precária e uso de medicamentos xerostômicos, levando a um quadro de saúde bucal desfavorável (21).

Segundo Oriqui (22) autistas apresentam uma frequência elevada de alterações extra-bucais, mais problemas ortodônticos que indivíduos normais e as alterações de mucosa oral e periodonto são mais frequentes.

O “medo” e os “traumas” serão sempre uma questão frequente em qualquer intervenção odontológica, presente nos tratamentos de adultos e crianças, com ou sem necessidades específicas. O que, portanto, sempre irá exigir dos cirurgiões

dentistas habilidades que irão além de suas capacidades técnicas. A observação das angústias e medos dos pacientes influenciará diretamente em qualquer atendimento e não poderá ser ignorada. No entanto, quando envolve um paciente com necessidades especiais (sejam quais forem) esta atenção se faz mais evidente e esta sensibilidade para o acolhimento mais eminente (23).

É importante conceitualizar abordagem de sociedades quando se trata de uma aproximação a sujeitos que têm dependências sociais em suas relações de vida.

Para Portillo, Ferreira e Ferreira (24), abordagem de sociedades é estudar, refletir, pensar, criticar e criar formas, maneiras, técnicas ou “jeitos” de como o trabalhador em saúde bucal coletiva se apresenta, chega, entra em contato, se aproxima de um indivíduo, família, casa, grupo social, associação, movimento ou comunidade com o objetivo de conhecer, escutar, dialogar, fazer e entender propostas, agir, educar, aprender ou intervir com soluções desejadas, participantes, coerentes e ecológicas; e, especialmente, saber despertar na coletividade o interesse de ascender ao poder, que subjetivamente o tem, porém não utiliza para o seu próprio interesse porque outros dele se apropriaram.

Técnicas e abordagens de condicionamento em portadores de transtornos mentais incluem o padrão mais frequente para os atendimentos (principalmente sedação) e o atendimento diferencial, que inclui o acolhimento, envolvimento familiar, condicionamento comportamental e suporte psicológico (25).

As novas técnicas para atendimento odontológico de autistas e crianças especiais de modo geral, já são apresentadas em alguns estudos (26), (27), (28), (29), e incluem ações que vão além da sedação e tratamentos restauradores. O estudo do autismo, como um todo, avançou consideravelmente, e hoje a ciência conhece e compreende, bem como entende, os diferentes níveis de comprometimento e variações nos quadros. Esta visão permitiu ainda a ampliação das técnicas de abordagem, interação, cuidado e assistência destes sujeitos.

Atualmente observamos um número significativo de autistas que recebem tratamento clínico adequado, são acompanhados por equipes multidisciplinares e fazem uso de medicação específica. Estes sujeitos estão mais aptos, portanto, para serem atendidos em uma intervenção odontológica diferenciada que inclua técnicas conhecidas por eles e já vivenciadas em suas relações com outros profissionais (fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, pedagogos,

entre outros) como condicionamento comportamental, acolhimento, interação, brincadeiras, contato social, toques físicos, entre outros. Não esquecendo é claro, que é impossível dissociar autista e família, estando esta também, muito mais assistida e orientada atualmente permitindo, portanto, abordagens que incluam promoção da saúde bucal dos autistas (27), (28), (29).

Pequenos procedimentos odontológicos poderiam ser realizados sem anestesia local. O agravante é que pacientes autistas demonstram hipersensibilidade tátil e auditiva, e podem ter respostas exageradas diante de luzes, ruídos e odores, além de se distraírem facilmente (30), (31).

Tem-se observado por exemplo, que o ruído do motor de alta rotação é particularmente estressante para um autista e, portanto, precauções devem ser tomadas para diminuir o nível de estímulos sonoros a estes pacientes (32).

A prevenção da cárie para pessoas com deficiência é um problema desafiador na Odontologia, verificando-se altas taxas de prevalência para a doença, falta de tratamento conservador e higiene bucal precária (33).

Por conta de seu comportamento peculiar, as crianças autistas geralmente estão mais propensas a doenças dentárias por motivos diversos. Muitas vezes estas crianças apresentam sensibilidade oral, tornando-se mais difícil ou impossível realizar cuidados de saúde bucal em casa. Os pais de crianças autistas evitam frequentar consultórios odontológicos por carregarem “medos” pré concebidos sobre as dificuldades associadas na rotina do exame dentário, também pela dificuldade de se realizar um tratamento ortodôntico. Acidentes que possam causar fraturas dentais podem obrigar o paciente a necessitar de um tratamento emergencial e traumático. Além disso, o bom comportamento cotidiano destas crianças geralmente é recompensado com doces, o que pode levar a um aumento de consumo de alimentos cariogênicos, além de preferências alimentares limitadas (34).

Nagendra e Jayachandra (11) indicam que a situação de saúde bucal das crianças autistas está associada a manifestações na boca e hábitos deletérios como bruxismo e ranger os dentes, deglutição atípica, sucção não nutritiva, auto injúria, erosão dental, doenças periodontais, que podem ser comumente observados em autistas. O cirurgião dentista pode recomendar o uso de um protetor de boca para interromper o comportamento auto-prejudicial do paciente.

Mesmo que a comunicação e as características de comportamento de um autista apresentem um grande desafio para o cirurgião dentista, o tratamento com bom planejamento e muita paciência pode, definitivamente, fazer a diferença.

O índice CPO-D é um instrumento largamente utilizado em pesquisas epidemiológicas de cárie dentária sendo, por esta razão, recomendado pela Organização Mundial de Saúde – OMS para medir e comparar a prevalência de cárie dentária em populações. Seu valor expressa a média do número de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados num determinado grupo de indivíduos (17).

Um estudo realizado por Souza, Martins e Giovani (4) investigou o índice de ataque de cárie - CPO-D, em 130 pacientes de ambos os gêneros, com idades entre 6 e 52 anos, divididos em grupos segundo a patologia de base e os resultados encontrados foram: entre os 45 indivíduos com Síndrome de Down investigados, o CPO-D médio foi de 6,42; entre os 43 indivíduos com paralisia cerebral, o CPO-D médio foi de 8,11 e entre os 42 indivíduos diagnosticados como deficientes mentais, o CPO-D médio apresentado foi de 12,38.

Os pacientes autistas apresentam uma alta prevalência de cárie em relação ao índice CPO-D, bem como comprometimento periodontal, o que pode ser relacionado com uma precária condição bucal, comprometimento da coordenação motora, despreparo dos cuidadores/familiares a estes pacientes e dificuldades de realização do tratamento odontológico. Sugere-se um rigoroso controle de higiene bucal e a instalação de um programa preventivo/curativo/informativo aos pais e cuidadores, promovendo assim uma melhoria na saúde e qualidade de vida destes indivíduos (4).

A deficiência no controle do biofilme dentário, associada a diferentes fatores, como resposta inadequada do hospedeiro frente à agressão bacteriana, característica da dieta, salivagem e especificidade de microorganismos, poderá acarretar a seleção para certos organismos patogênicos, tornando o biofilme dentário mais virulento, tendo como possível consequência, a instalação de lesões de tecido duro (cáries), frequentes em crianças e adolescentes, e lesões periodontais, mais comuns na população adulta (35), (36).

O risco de cárie aumenta em pacientes que comem alimentos macios, pegajosos ou doces (11).

Um estudo realizado em Bangcoc, na Tailândia (37) avaliou a condição periodontal e a necessidade de tratamento ortodôntico em 32 crianças autistas entre 8 e 12 anos, tendo como grupo controle 48 crianças da mesma faixa etária. As crianças autistas apresentavam mais problemas periodontais do que as crianças do grupo controle. Não houve diferenças significativas em má oclusão, no entanto as crianças autistas apresentaram agenesia dental, diastemas, mordidas abertas e relação de molares Classe II em um percentual maior do que os indivíduos não autistas.

Neste estudo observou-se ainda que 78% dos autistas apresentavam sangramento gengival e 72% tinham necessidade de limpeza profissional, enquanto que no grupo controle os valores respectivos foram 14,5% e 18,8%. Apenas 3 crianças autistas tinham o tecido periodontal saudável, quando comparados com o grupo controle. O estudo concluiu que as crianças autistas apresentavam uma higiene bucal mais pobre, além de problemas periodontais significativamente mais graves e mais da metade dos dois grupos apresentavam necessidade de tratamento ortodôntico (37).

A saúde bucal do autista está na interdependência de cuidados primários e orientação quanto à promoção de saúde desde a mais tenra idade, levando-se em consideração o contexto em que o paciente está inserido (38).

O indivíduo autista é um dos mais susceptíveis a cárie dentária e doença periodontal devido à dificuldade de controle de placa bacteriana por meio da escovação, ao uso de medicação que causa xerostomia, a hiperplasia gengival, a hipotonia muscular, a preferência por alimentação pastosa e açucarada, ao hábito de guardar alimentos na boca e a inacessibilidade a serviços odontológicos especializados (39). Desta forma, autistas são pacientes com grande quantidade de problemas odontológicos e contam com pouca colaboração para resolvê-los por parte dos serviços de saúde bucal.

O tratamento odontológico do paciente autista deve ter curta duração e de forma organizada. A comunicação com o paciente deve ser feita através de comandos claros e objetivos, com reforços positivos ou negativos. O agendamento deve ser realizado de preferência no mesmo dia e horário da semana e com o mesmo profissional. O cirurgião-dentista deve estar voltado para os procedimentos de tratamento, bem como controle mecânico da placa bacteriana e o

condicionamento do paciente, motivação e orientações freqüentes aos cuidadores em relação à higiene bucal, dieta alimentar e comportamento de auto-injúria (21).

Os profissionais que atendem ao autista devem ter a sensibilidade de perceber se este é capaz ou não de escovar sozinho seus dentes, por exemplo e não exigir dele aquilo que seus impulsos motores não são capazes de realizar.

O desenvolvimento de boas relações entre profissional e paciente reduz a ansiedade e melhora a compreensão. Utilizando os pontos fortes do paciente autista ao invés de pontuar suas fraquezas, pode aumentar o controle da situação pelo profissional. Muitos pacientes autistas apresentam pouca coordenação motora e podem não ser capazes de executar tarefas básicas realizadas pelos profissionais de saúde bucal, mesmo quando dão o melhor de si (34).

O envolvimento familiar, no tocante a higiene bucal domiciliar, é de fundamental importância para o sucesso do tratamento (40).

É importante compreender que a opção política-filosófica pela construção de uma sociedade inclusiva faz com que todos os profissionais de saúde e educação sejam corresponsáveis no processo de desenvolvimento do coletivo, impondo várias consequências para diferentes áreas de ação pública (24). Dentre estas, destaca-se a necessidade de efetivar ajustes que garantam o acesso dos pacientes com necessidades especiais, incluindo autistas, a todo e qualquer serviço disponível na comunidade. Assim, há que se disponibilizar suportes físicos, materiais, sociais e profissionais para que essas pessoas possam participar, em igualdade de condições, do convívio em sociedade, garantindo-lhes qualidade de vida e, porque não dizer, felicidade (41).

Cirurgiões dentistas que atendem pacientes autistas devem estar familiarizados com as manifestações da doença e os recursos associados, para que possam obter nível máximo de cooperação possível do paciente. Os profissionais também devem estar familiarizados com os medicamentos utilizados para tratar as características associadas ao transtorno, pois muitos deles causam inconvenientes orofaciais e sistêmicos, além de reações adversas.

Um estudo realizado por Araújo et al (42), no Serviço de Estomatologia do Hospital de Higienópolis, em São Paulo, analisou os prontuários de 1.715 pacientes com necessidades especiais atendidos e concluiu que, durante o período analisado e considerando-se os pacientes efetivamente atendidos, a minoria dos pacientes foi submetido a exodontia e 64,69% tiveram acesso a outros tratamentos odontológicos,

excluindo-se os tratamentos endodônticos que não foram contemplados naquele protocolo.

Este fato vem revelar uma constante preocupação dos profissionais em priorizar, sempre que possível, os tratamentos preventivos e restauradores, em detrimento de tratamentos mutiladores. Assim é possível atuar na manutenção da mastigação, estética e fala, considerando-se que a reabilitação protética torna-se muitas vezes inviável pela doença de base do paciente.

O estudo (42) mostrou também uma predominância de atendimentos dos pacientes especiais exclusivamente com anestesia local, o que demonstra que os esforços neste sentido foram compensadores. Isto se deve a uma melhor comunicação entre paciente e profissional, maior aplicabilidade das técnicas de abordagem do paciente, tais como técnicas educacionais (“dizer-mostrar-fazer”, reforço positivo e dessensibilização), procedimentos de ajuda (acessórios com o objetivo de facilitar a estabilização do paciente), além da capacitação dos profissionais para o atendimento destes pacientes.

Embora o tratamento para distúrbios do espectro autista seja baseado principalmente em terapias comportamentais, os medicamentos como antidepressivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes e drogas estimulantes do sistema nervoso central, são frequentemente prescritos para tratar alguns dos sintomas do autismo. Muitos destes medicamentos têm efeitos colaterais sistêmicos e devem ser abordados durante a consulta odontológica. Medicamentos antipsicóticos podem causar distúrbios motores que afetam a fala e a deglutição, além de xerostomia. O uso prolongado de medicamentos anticonvulsivantes pode levar a um aumento de hemorragias devido a qualquer leucopenia, além de anemia e hiperplasias gengivais (11).

Rade (19) investigou pacientes autistas e concluiu que estes têm maior propensão a alergias, problemas do sistema imunológico, distúrbios gastrointestinais e convulsões. O CD deve estar atento a estes problemas, para que possa oferecer o melhor tratamento para cada um destes pacientes, individualmente.

É importante manifestar também o trabalho ativo na prevenção, a qual a eficiente higiene bucal poderá minimizar os agravos causados por doenças bucais (43).

Assim, este estudo levanta dados da literatura que indicam os tratamentos convencionais e também as novas técnicas, além de apresentar uma avaliação a cerca da realidade de um Centro Educacional voltado para os autistas.

Estudos como este podem auxiliar a delinear mais claramente os problemas dentários mais comuns nestes pacientes, levando assim à possibilidade de se estabelecer políticas de prevenção e tratamento.

O desconhecimento sobre o que é autismo e o conseqüente despreparo dos profissionais para lidar com as especificidades deste transtorno, bem como com as apreensões familiares, também devem ser consideradas, pois muitas vezes inviabilizam uma intervenção eficaz e práticas clínicas efetivas.

O cirurgião dentista tem a tarefa de inserir a consciência da promoção da saúde bucal, sendo esta fundamental para que as famílias compreendam que mesmo que a prevenção seja um ato diário e trabalhoso, esta ação irá minimizar futuros problemas odontológicos de grande complexidade e extensão (extrações, tratamentos endodônticos, doenças periodontais, necessidade de reabilitação protética, entre outros).

### **3. MARCO CONCEITUAL**

O Sistema Único de Saúde, garantido pela Constituição da República Federativa do Brasil (44) e regulado pela Lei Orgânica de Saúde – LOS n. 8080 de 19 de setembro de 1990 (45), prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Estes princípios doutrinários são: *Universalidade*: saúde como um

direito de cidadania; *Equidade*: disponibilidade dos serviços de saúde devem considerar as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, ou seja, alocar recursos onde as necessidades são maiores. A equidade é um princípio de justiça social; *Integralidade*: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas. As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Segundo o Ministério da Saúde (46), a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

O Ministério da Saúde denomina a Estratégia de Saúde da Família – ESF como um conjunto de ações individuais e coletivas que visa a reorganização da atenção básica e o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde (47).

As equipes de saúde bucal da família geralmente são compostas por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário, sendo que em algumas estratégias também há um técnico de saúde bucal (47).

Ações de saúde bucal no universo familiar podem constituir-se num importante instrumento de articulação com a assistência odontológica na busca da identificação dos grupos de maior risco social ou das famílias e cidadãos excluídos do acesso a serviços (47).

Segundo Roncalli (48) a assistência com base no domicílio introduz uma nova lógica assistencial que rompe com a prática histórica da odontologia, essencialmente centrada no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório.

O CD da Estratégia da Saúde da Família está preparado para fazer visitas domiciliares, quando existe esta necessidade, dentro da comunidade na qual atua (Foto 1)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> As fotos exibidas nesta dissertação fazem parte do arquivo pessoal da autora. São figuras que pela sua importância e procedência, foram denominadas fotos.



**Foto 1 - Visitas Domiciliares do CD da ESF - Higiene Bucal**

Ao analisar a saúde bucal na ESF de Curitiba, Roncalli (48) afirma *que “no âmbito do domicílio, a ênfase maior é dada às ações educativas e preventivas, além de atividades curativas, dentro das possibilidades da equipe, para as pessoas com dificuldades de locomoção, idosos e pessoas que, de alguma forma, não possam se deslocar até a Unidade de Saúde”*.

Além das visitas feitas mensalmente pelos agentes comunitários e buscando atender às carências de cada comunidade, são agendadas visitas domiciliares feitas pelo médico, pelo enfermeiro e também pelo cirurgião dentista e sua equipe de saúde bucal. Pacientes que necessitam de cuidados especiais, como acamados, idosos, diabéticos, hipertensos, portadores de deficiência física ou mental, são priorizados nestas visitas (46).

Segundo o Ministério da Saúde (46), entre as tarefas desenvolvidas pelo cirurgião dentista está a realização da atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade; encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento.

Durante a prática que a autora desenvolve na USF em que trabalha, observou que não é comum que as visitas domiciliares sejam acrescentadas como prioridade também dos pacientes com doenças mentais.

Ainda de acordo com sua prática, foi possível perceber que estes pacientes eram carentes de atenção básica na odontologia. A partir daí surgiu o interesse em

planejar e executar ações de promoção incluindo visitas domiciliares, a fim de melhorar a saúde bucal dos pacientes com doenças mentais e com isso dar a estes melhores condições de vida.

A Estratégia de Saúde da Família – ESF, tem seu principal foco na atenção primária da saúde da população de forma geral, onde os pilares da promoção e prevenção são solidificados por princípios que incluem acompanhamento e assistência constante às famílias, atentando sempre para as visitas domiciliares por médicos, enfermeiros, agentes comunitários e cirurgiões dentistas (47).

O “*HumanizaSUS*” foi criado a partir da sistematização de experiências do chamado “*SUS que dá certo*”. Ela reconhece que estados, municípios e serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados (20).

A valorização de sujeitos implicados no processo de produção de saúde, como usuários; o aumento da co-responsabilidade na produção de saúde; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva; a luta por um SUS mais humano; a proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e resolutivo, são alguns dos itens que compõe o *HumanizaSUS* (20).

Assim, os profissionais das ESF, que já trabalham com visitas domiciliares e, portanto, tem um contato e uma relação muito mais próxima com as famílias, além de preparados, estão respaldados para incluir abordagens de acolhimento humanizado em sua atuação.

O tratamento odontológico do paciente autista, e com outras necessidades especiais, deve incluir visitas domiciliares, condicionamento deste paciente ao ambiente do consultório odontológico, familiarização com a equipe de saúde bucal e também aproximação entre o cirurgião dentista e a família do paciente (Foto 2).



**Foto 2 - Abordagem e familiarização entre paciente e profissional**

É considerado paciente especial ou portador de necessidades especiais, toda e qualquer pessoa que apresente uma ou mais limitações física, mental, emocional ou médica que a impeça de ser submetida a uma situação odontológica convencional, sendo necessária uma conduta especial por parte da equipe que irá se responsabilizar pelo seu atendimento (49).

Este plano de ações pode envolver visitas agendadas ao consultório odontológico a fim de que o paciente sinta-se ambientado, se familiarize com os equipamentos e os materiais e conheça odores, sabores, cores e ruídos (Foto 3).



**Foto 3 - Condicionamento do Paciente Autista ao Ambiente Odontológico**

Em saúde bucal, particularmente, a assistência aos pacientes com necessidades especiais - PNE's é insignificante (50), necessitando-se, imediata e definitivamente, da implementação de estratégias que possibilitem o acesso ao

atendimento clínico odontológico adequado, dentro de uma proposta de atenção integral, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida dos usuários PNE's (50).

Segundo o Descritores em Ciências da Saúde - *DeCS* (51), **prevenção** pode ser definida como um conjunto de esforços e projetos para reduzir a incidência de eventos indesejáveis não previstos em vários ambientes e situações.

Segundo o mesmo descritor, a **promoção da saúde** é o processo de capacitação do indivíduo em melhorar e controlar sua saúde. Para alcançar o estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com seu ambiente. Saúde é vista, portanto, como um meio de vida e não um objetivo. Política de promoção de saúde envolve abordagens diversas, mas complementares, levando em conta as diferenças sociais, culturais e econômicas de cada país (52).

A assistência odontológica na ESF inclui muito mais que o atendimento clínico ambulatorial e também vai além das visitas domiciliares. O cirurgião dentista é antes de tudo, parte de uma equipe (médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários) (46).

Segundo o Ministério da Saúde, as pessoas com deficiência, assim como todo cidadão, têm direito a ser atendido pelo SUS nas suas necessidades básicas e específicas de saúde, por meio de cuidados de assistência médica e odontológica, de ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação (53).

Se forem necessários equipamentos ou tecnologia avançada que a Unidade Básica de Saúde - UBS não disponha, deverá ser encaminhado para o serviço de referência. Lembrar que, mesmo que essa pessoa esteja sendo tratada em um serviço de referência, ela é moradora da área de atuação e deve continuar sendo acompanhada por sua equipe de saúde da família (46).

Pessoas com deficiência devem ter oportunidades iguais de participação em todos os atendimentos e atividades dos serviços de saúde. Suas necessidades básicas são comuns, como: vacinação, consultas, pré-natal, planejamento familiar, puericultura e saúde bucal (20).

É importante que a equipe de saúde bucal, na sua atuação, identifique as pessoas com deficiência e as suas características, de maneira que possibilite realizar um planejamento e direcionamento das ações (46).

Diversos estudos sobre o atendimento odontológico de pacientes que apresentam estes transtornos incluem e apresentam técnicas de sedação como o principal meio viável para o atendimento clínico, porém atualmente se propõem abordagens diferenciadas que incluem o acolhimento, técnicas lúdicas, processos de orientação aos cuidadores/familiares e abordagens psicológicas (22), (32), (54), (55), (56).

Encontrar novas possibilidades de intervenção e acolhimento destes pacientes deve ser uma busca constante de todos que trabalham com o autismo, visando atendimentos mais efetivos e ações menos desgastantes e estressantes, e por que não, menos traumáticas aos autistas, seus familiares e profissionais da saúde.

O desenvolvimento de pesquisas na área de saúde dedicadas ao estudo de pacientes com deficiência vem aumentando o interesse de muitos profissionais no atendimento dos mesmos – que requerem atenção diferenciada. Porém, a atenção dada para os pacientes com deficiência é, na maioria das vezes, generalizada, não levando em consideração as particularidades de cada patologia e de cada indivíduo (4).

Na área de pacientes especiais observa-se a escassez destes dados na literatura, mesmo com os recentes esforços governamentais com o objetivo da inclusão destes pacientes nas políticas de saúde pública (57).

Atualmente ainda observa-se a dificuldade para atendimento destes pacientes devido a escassez de serviços especializados, a falta de profissionais treinados para a absorção da demanda existente, sendo estes fatores associados às dificuldades intrínsecas no atendimento odontológico deste grupo (40).

Segundo Grusven e Cardoso (40), após a análise multifatorial de cada paciente, deve ser ponderada a escolha da abordagem ao tratamento odontológico, seja com anestesia geral, anestesia local e a necessidade ou não de contenção física. Esta escolha considera vários fatores tais como: controle comportamental do paciente, aceitabilidade e entendimento da família, dificuldade de acesso aos serviços especializados, complexidade do planejamento odontológico, hábitos alimentares, auto-agressão com o uso dos dentes, avaliação médica da condição sistêmica dos pacientes, medicações em uso, dentre outros. Faz-se necessário, quando possível, a atuação em conjunto com outros profissionais na visão

multidisciplinar visando o suporte nas mais diversas áreas do conhecimento humano e com o objetivo do bem estar e saúde geral desta população.

A partir deste quadro, observa-se a necessidade de estudos epidemiológicos, com a finalidade da obtenção de protocolos clínicos, tendo como objetivo a padronização e atualização técnica científica dentro de uma equipe, maior segurança e otimização no atendimento odontológico e a diminuição e/ou controle das necessidades odontológicas propriamente ditas, proporcionando aos pacientes uma melhor condição de saúde bucal e sistêmica (42).

Um estudo feito por Klein e Novak (30), comparou 20 crianças autistas com 20 crianças normais e mostrou que na dentição decídua o índice de cárie foi maior no grupo das crianças autistas, mas na dentição permanente o número de cáries foi similar nos dois grupos. Estudos mais recentes também indicam resultados semelhantes (21), (22), (54), (55).

Embora os índices de doenças periodontais não sejam alarmantes nos autistas, não há dúvida de que a prevenção de doenças bucais é fundamental e todos os esforços devem ser direcionados para que instruções de higiene oral sejam assimiladas pelos pacientes e/ou cuidadores.

Segundo Pretty e Pretto (58), o processo educativo é usado em Odontologia visando mudanças de comportamento necessárias à manutenção, aquisição e promoção de saúde, assim, educação em saúde deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão no sentido da mudança. As ações de saúde, tanto educativas quanto curativas, na opinião destes mesmos autores, visam proporcionar aos grupos humanos o mais elevado grau de saúde, permitindo uma melhor qualidade de vida, sendo o processo educativo necessário na odontologia, visando mudanças de comportamento essenciais.

Realizar procedimentos odontológicos, desde os mais simples, envolve a necessidade do conhecimento prévio do padrão do comportamento do autista e do seu histórico, já que o autismo exibe heterogeneidade na amplitude das suas manifestações. O comportamento ritualístico provoca medo do novo, as deficiências de comunicação entre o profissional e o paciente autista são um entrave para a realização do tratamento odontológico (22), (32).

A compreensão do estado de saúde, inclusive mental, do paciente autista, pode ser obtida através do paciente e principalmente através dos

cuidadores/familiares, através de amaneise e entrevistas. É importante ressaltar que, uma vez que cada paciente é um ser único, a maioria dos detalhes são aprendidos a partir da experiência com o paciente autista (34).

Fazer a diferença na saúde bucal de uma pessoa autista pode trazer pequenos benefícios no início, mas a determinação do profissional e também dos familiares e do próprio paciente, pode trazer resultados muito positivos e de valores inestimáveis (34).

Quando atendidos pelo cirurgião dentista, alguns autistas que não têm fala efetiva, como é a maioria dos pacientes, podem se beneficiar com uma linguagem que inclui símbolos, figuras, gestos e expressões faciais, ou seja, da chamada comunicação argumentativa (59).

As dificuldades de comunicação e o não uso efetivo da linguagem oral devem ser indicadores de novas possibilidades interativas. Sendo assim, incentivo para que o cirurgião dentista utilize o lúdico e linguagem simbólica, figuras, gestos e expressões faciais, ou seja, comunicação argumentativa ou comunicação adaptada, escolhendo a forma e o modelo individualizado mais eficaz para que a prevenção aconteça e o tratamento seja viável (59).

Em um estudo realizado por Pilebro e Bäckman (60), o método empregado nas intervenções, baseou-se em pedagogia visual para introduzir o universo dentário para crianças autistas da pré-escola. O trabalho consistiu em apresentar um álbum com fotos que reproduzissem passo a passo os procedimentos realizados no ambiente do consultório odontológico. Assim, o autista pôde ter condições de visualizar previamente o que ocorreria na consulta ao cirurgião dentista. Os resultados foram satisfatórios e superaram as expectativas dos pais.

Klein e Nowak (30) e Medina (61) relatam casos em que o método de *Dizer-Mostrar-Fazer*, já empregado em pacientes com retardo mental, obteve êxito no atendimento odontológico de crianças autistas.

Enquanto alguns autores sugerem a sedação para procedimentos mais complexos, diversos estudos recentes indicam novos métodos de intervenção comportamental e psicológica (26), (28), (29).

O autismo apresenta diversos aspectos, como já relatados, que dificultam muito a abordagem odontológica, embora muitas alternativas possam ser tomadas para viabilizar esta relação, como o condicionamento comportamental, para que haja promoção de saúde bucal. O desconhecimento sobre a doença e o consequente

despreparo dos profissionais para lidar com as especificidades do autismo, bem como com as apreensões familiares, também devem ser consideradas, pois muitas vezes inviabilizam uma intervenção eficaz e práticas clínicas efetivas.

Segundo De Palma e Raposa (34), o profissional de saúde bucal que trata de pacientes autistas deve ter a mente e o coração abertos, trabalhar com habilidades emocionais e não somente com habilidades intelectuais e clínicas. A capacidade de chegar perto do paciente, tanto física quanto emocionalmente e a capacidade de deixar para trás somente o raciocínio e as técnicas para realização de procedimentos odontológicos, usando o instinto e a criatividade, são importantes para o sucesso deste trabalho.

Segundo Alves (5), quando a família recebe o diagnóstico do autismo, recebe também as orientações sobre as terapias necessárias para o melhor desenvolvimento social e cognitivo da criança. Infelizmente, em geral não se sugere visita ao dentista e a última preocupação da família será cuidar dos dentes.

Os pacientes autistas apresentam grande variação no nível de compreensão e cooperação durante o tratamento odontológico (22).

Assim, quanto mais focado na prevenção for o atendimento ao autista (apesar das dificuldades de colocá-la em prática) mais benéfico para o paciente e também para os cuidadores/familiares, criando assim ambientes familiares menos angustiados e pacientes colaboradores.

Diante de um quadro tão complexo, uma diversidade de ações e profissionais também é necessária para seu cuidado, atendimento e orientação familiar. Segundo Assumpção e Pimentel (8), por se tratarem de pacientes crônicos, essa visão terapêutica se estenderá por longos períodos, exigindo dos profissionais envolvidos acompanhamento constante, para que tenham uma dimensão exata do problema.

Para realizar-se um procedimento odontológico sob anestesia geral, é preciso considerar que, geralmente, há necessidade de um grande número de exames laboratoriais para que se possa realizar uma anestesia geral, este procedimento implica em desgaste emocional e ônus para os familiares, além das alterações do comportamento do autista no momento pós cirúrgico (62).

Em relação a sensação de dor, os trabalhos indicam uma tolerância a dor diferente dos demais pacientes. Para alguns, apesar de não haver embasamento científico, seus trabalhos descrevem um limiar de dor mais alto em pacientes autistas (30), (39), (63), (64), (65). Outros autores corroboram estes dados e relatam

a sensibilidade reduzida a dor como uma característica comum aos autistas (22), (56).

Desta maneira, apenas com o uso de sedação para procedimentos pequenos e mais simples, as chances de sucesso, e enormes benefícios para pacientes e cuidadores/familiares, serão de fato, maiores. Além disso, os danos causados ao paciente, como medo e traumas, são significativamente menores.

O atendimento odontológico destes pacientes envolve procedimentos preventivos e curativos em relação aos problemas básicos encontrados. O que diferencia o atendimento desses pacientes é o controle do comportamento durante as consultas, o que é extremamente difícil, considerando as suas principais limitações e o comportamento atípico (55).

Assim o sucesso do atendimento odontológico ambulatorial de pacientes autistas está diretamente relacionado ao conhecimento das características comportamentais da doença e a elaboração de estratégias de abordagem adequada (66).

Porém, novas técnicas e abordagens vem sendo empregadas ou testadas. Observou-se uma escassez na literatura em relação à abordagem psicológica do autista no ambiente odontológico.

A abordagem do paciente através dos vínculos família-dentista-paciente garante resultados vantajosos a longo prazo (21).

Quanto às técnicas de manejo comunicativo e comportamental o cirurgião dentista deve buscar conhecer as peculiaridades do paciente. É necessário que o profissional esteja preparado, além de se adequar às rápidas mudanças nas necessidades do paciente. É importante elogiar verbalmente e imediatamente (reforço positivo) após a conclusão de cada etapa do encontro terapêutico e, quando possível, oferecer uma recompensa ao final de cada sessão (21).

Os comandos verbais utilizados podem ser em sentenças simples, curtas e claras. Comportamentos impróprios devem ser ignorados. Novas propostas sugerem que o paciente autista seja submetido a sessões de condicionamento antes, durante e depois do tratamento realizado, de forma contínua (21).

Apesar de programas de dessensibilização mostrarem resultados promissores, eles sofrem limitações devido à disponibilidade e capacitação de profissionais de saúde bucal, de tempo e de recurso financeiro, tanto no atendimento privado quanto na saúde pública.

É relevante dizer, que o profissional de saúde que faz parte do corpo clínico do atendimento público (seja ele médico, enfermeiro, dentista, agente de saúde, entre outros) deve voltar sua atenção, seu preparo e a organização do seu tempo para um atendimento de qualidade, efetivo e por que não, até mesmo diferenciado aos autistas, permitindo inserí-los de fato em ações preventivas que visam a qualidade de vida real para esses sujeitos e seus familiares, promovendo assim, atenção primária em saúde (9).

O método empregado por Pilebro e Bäckman (60), para a atenção diferenciada baseou-se em pedagogia visual para introduzir o universo dentário para crianças autistas da pré-escola. O trabalho consistiu em apresentar um álbum com fotos que reproduzissem passo a passo os procedimentos realizados no ambiente do consultório odontológico. Assim, o autista pôde ter condições de visualizar previamente o que ocorreria na consulta ao cirurgião dentista. Os resultados foram satisfatórios e superaram as expectativas dos pais.

Entre outras, as técnicas mais utilizadas são:

#### **A.Técnicas de Comunicação com o paciente autista:**

O primeiro objetivo para uma abordagem bem sucedida do paciente especial, neste caso o autista, é o estabelecimento de técnicas de comunicação. O envolvimento do paciente na conversa não só permite ao profissional conhecê-lo um pouco melhor, como permite o seu relaxamento e a redução da sua ansiedade (67).

##### **A.1 Controle de Voz:**

Trata-se da modificação da intensidade, do timbre e do tom da própria voz, com o objetivo de dominar a relação profissional-paciente. O controle de voz pretende desviar a atenção da criança, rejeitar seu comportamento inaceitável, ou demonstrar com mais firmeza a presença do profissional (68)

Mais importante do que é dito em concreto, é o tom de voz. Muitas vezes a própria expressão facial, que acompanha a alteração da voz, é suficiente (69).

##### **A.2 Linguagem Pediátrica:**

A idade mental do paciente autista é difícil de ser definida, ainda que a sua idade biológica se situe entre os 20 e 80 anos. Assim, o profissional deve adotar uma linguagem que se adapte ao nível de entendimento do paciente (69).

Durante a conversação a linguagem deve ser clara e sobretudo adequada à idade, além disso, palavras que possam inspirar medo e ansiedade, devem ser substituídas por eufemismos, objetos ou situações familiares (69) (70).

### **A.3 “Dizer-Mostrar-Fazer”:**

Desde sua introdução, por Addelson, em 1959, tem-se tornado um dos pilares das técnicas de modificação de comportamento, contribuindo para a familiarização do paciente e procedimentos odontológicos e, por consequência, reduzindo o medo e ansiedade do paciente (68).

Quando existe uma deficiência mental, resultante de um distúrbio neurológico, um dos principais problemas é a baixa resposta às instruções dadas, sendo difícil a comunicação verbal. Nestes casos, a comunicação mais eficaz dá-se por meio visual, através da técnica “dizer-mostrar-fazer” (71).

Esta técnica torna-se ainda mais útil quando acompanhada de instruções curtas e claras.

### **A.4 Distração:**

Pode-se definir como um elemento ativo que, à semelhança da linguagem pediátrica, a distração deve surgir com naturalidade para desviar a atenção do paciente sobre um determinado procedimento, provavelmente desagradável para a sua percepção e com potencial fator de ansiedade (67).

## **B. Técnicas de Modificação de Conduta:**

A aplicação bem sucedida das técnicas de modificação de conduta requer uma comunicação fluida entre profissional e paciente, bem como tempo e paciência. Por definição, consiste na modificação gradual de um comportamento individual negativo, através do estabelecimento inicial de um objetivo específico, ao qual se vão acrescentando sucessivas explicações (70).

É importante que a equipe de saúde bucal da família esteja envolvida na elaboração de materiais didáticos para preparar crianças autistas para sua primeira visita ao consultório odontológico. Este material pode, por exemplo, incorporar fotografias em uma ordem sequencial de realização de um tratamento odontológico, desde a chegada do paciente à clínica. O material pode ser entregue aos cuidadores/familiares de crianças autistas, para que estes possam trabalhar com os autistas durante as semanas que antecedem a primeira consulta.

### **B.1 Reforço Positivo:**

O reforço positivo é aquele cuja presença favorece o aparecimento de um comportamento adequado, podendo ser de ordem material ou social, como elogios verbais ou expressões faciais. Para ser eficaz, qualquer um destes deverá ser

atribuído após a boa colaboração do paciente e nunca antes, caso contrário serão encarados como formas de suborno e não como sinais de aprovação (69), (72).

### **B.2 Dessensibilização:**

O contato prévio do paciente com a realidade e, portanto, com as situações potencialmente estressantes, fazem com que a probabilidade de voltarem a sentir medo e ansiedade diminua. A dessensibilização sistemática é eficaz, uma vez que o paciente aprende a substituir uma resposta emocional inapropriada, como a ansiedade, por uma mais adequada, ou, neste caso, adaptativa (70), (72).

### **B.3 Imitação:**

Além da dessensibilização, esta é outra técnica utilizada no tratamento de fobias e temores, no qual o paciente observa o tratamento odontológico de terceiros, apreende os seus comportamentos e mais tarde os imita. A sua utilidade é de grande valia em pacientes sem qualquer experiência com o tratamento odontológico (69).

O próprio cirurgião dentista se converte num modelo de imitação para o paciente, pela postura calma e segura que deve manter e transmitir, de modo a eliminar fatores que possam influenciar negativamente o ambiente (72).

Tesini e Fetter (73) desenvolveram um programa em que o profissional de odontologia apresenta um novo passo para o paciente autista a cada visita e o paciente deve completar o primeiro passo antes de passar para o seguinte. Concomitantemente às visitas ao consultório odontológico, os pais/cuidadores estabelecem uma rotina em casa, introduzindo objetos de uso odontológico em seu cotidiano (como espelhos clínicos de plástico e filmes radiográficos), simulando procedimentos odontológicos, para que as visitas ao consultório odontológico tornem-se uma espécie de “jogo”.

Demonstrar como se usa determinado objeto, encantar e envolver o autista e delegar a repetição do que ele aprendeu, são componentes do “D-Termined Program”. (73).

Para estes autores (73) existem três fatores que são indispensáveis no sucesso deste programa. São eles: o contato direto com os olhos, e para isto o profissional pode utilizar o comando “Olhe para mim”; uma fala educacional clara e compreensível e o uso de contagem de tempo, utilizando a declaração “Deixe-me fazer isto por 10 segundos”.

Segundo Campos e Haddad (3) o estabelecimento do vínculo de confiança com o paciente e sua família permite gradativamente a dessensibilização destes, para o tratamento odontológico. Segundo os autores são procedimentos eficazes para o atendimento odontológico ambulatorial do paciente autista: aumento da comunicação e socialização; redução de comportamentos inapropriados ou estereotipados; uso de reforço positivo; evitar reforço negativo, como punições; ignorar ações indevidas como fuga, birra e resistência; aproximação gradativa, cuidadosa, segura e não estressante, incluindo eliminação de ruídos e outros estímulos sensoriais; auxílio e associação das técnicas “*dizer-mostrar-fazer*”; estabelecer um ritual de procedimentos inclusive com relação ao dia e horário das consultas; além de ordens claras e curtas.

Desta maneira o cirurgião dentista deve estar consciente de que cada paciente autista poderá ser diferente de tudo que ele já conheceu. Assim cada paciente será uma surpresa e o profissional deve estar aberto para esta realidade. Sua atuação será cada vez mais enriquecedora; sua base teórica e prática será mais sólida e abrangente, capaz de orientar, tratar, cuidar e acolher (5).

A abordagem odontológica destes pacientes é um processo que requer muito tempo e paciência, uma vez que, na maioria dos casos são necessárias várias visitas antes que um tratamento concreto seja iniciado (69), (74).

Friedlander, Yagiela e Paterno (43) recomendam que o cirurgião dentista receba o paciente autista, na sua primeira consulta, num local diferente do operatório, por exemplo na sua sala privada. Neste momento é realizado o histórico clínico, bem como o exame clínico possível de ser feito, evitando estímulos perturbadores como a luz operatória e sons incômodos, que possam interferir com a sensibilidade, bem estar e futura cooperação do paciente.

Segundo Guedes Pinto (76) o ideal no tratamento odontológico destes pacientes é estabelecer uma rotina, relativa ao dia da consulta, do horário e do profissional, com sessões curtas de 10 a 15 minutos, entre outras ações já relatadas, podem ser as técnicas mais eficazes de controle de comportamento.

Klein e Nowak (39) e Medina, Sogbe e Gomez (61) relatam casos em que o método de “*dizer-mostrar-fazer*”, foi empregado em pacientes com retardo mental, e também com êxito no atendimento odontológico de crianças autistas.

O autismo apresenta vários entraves que dificultam a abordagem odontológica, embora muitas alternativas possam ser tomadas para viabilizar esta

relação, como o condicionamento comportamental, para que haja promoção real da saúde bucal (77).

O sucesso do tratamento odontológico em pacientes com deficiências e, conseqüentemente, no estado da sua saúde bucal depende, não só do conhecimento da conduta considerada normal, como também da natureza de todos os distúrbios. Depende também, da relação harmoniosa e da confiança entre os pais/educadores desses pacientes e dos profissionais de Odontologia. (75)

Segundo Alves (5), quando a família recebe o diagnóstico do autismo, recebe também as orientações sobre as terapias necessárias para o melhor desenvolvimento social e cognitivo da criança. Infelizmente, em geral não se sugere visita ao cirurgião dentista e a última preocupação da família será cuidar dos dentes. Com tantas atividades e angústias, a dentição decídua fica desvalorizada, uma vez que esfolia, e a dentição permanente só é lembrada na presença de dor. Isto explica o fato destes pacientes se apresentarem para o atendimento odontológico na faixa etária dos 7 a 14 anos e a maioria não aceita o tratamento.

A ansiedade gerada pelos problemas médicos gerais, a idéia pré-concebida de que os cuidados dentários nesses casos são impossíveis e a dificuldade de comunicação presente com estes pacientes, faz com que os problemas dentários se confundam com as alterações médicas ou comportamentais, o que leva os familiares a procurarem tratamento dentário quando as alterações patológicas orais já se encontram significativamente instaladas (78). No entanto, é função e dever do cirurgião dentista alterar este pensamento, modificar essas condutas e imprimir novas ações preventivas.

#### **4. HIPÓTESE DE ESTUDO**

A partir do marco conceitual elaborado e considerando os princípios técnico clínicos da saúde bucal, relacionados com uma abordagem integral:

Uma maioria de alunos autistas (31 participantes) que assistem à Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira”, em São José do Rio Preto, é abordada em seus problemas de saúde bucal, de forma integrada e seguindo os preceitos semiológicos adequados para o diagnóstico e prognóstico dos mesmos, sendo utilizadas as técnicas preconizadas na literatura para a adequação e/ou condicionamento para elaborar o plano de tratamento e sua execução, bem como para desenvolver atividades clínicas, realizando acompanhamento dos atos profissionais realizados.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo Geral**

Analisar o comportamento de profissionais de saúde e familiares na abordagem e intervenção odontológica em alunos na Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira”, em São José do Rio Preto, interior de São Paulo, assim como a participação de cuidadores/familiares e dos profissionais de saúde bucal, responsáveis por estes pacientes, nesse contexto.

### **5.2. Objetivos Específicos**

Verificar se todos os alunos recebem abordagem em saúde bucal;

Identificar os recursos utilizados que colaboram na abordagem odontológica de atenção ao autista;

Verificar se são conhecidas, na maioria deles, as condições objetivas da saúde bucal e o prognóstico do seu tratamento;

Verificar a colaboração desses alunos na abordagem inicial, avaliação e cronograma de tratamento;

Levantar se é realizado acompanhamento das condições de saúde bucal dos alunos;

Verificar se é possível captar diferenças no comportamento sobre agrado ou desagrado na abordagem odontológica desses pacientes com necessidades especiais;

Fazer uma aproximação à participação da família no processo de abordagem odontológica;

Verificar se os familiares/cuidadores executam as tarefas necessárias para conduzir satisfatoriamente o acompanhamento em saúde bucal;

Avaliar a disposição e o comprometimento dos profissionais em atender às solicitações dos alunos autistas, enquanto as suas necessidades em saúde bucal;

Levantar as expectativas dos cuidadores/familiares, profissionais e pacientes quando da abordagem em saúde bucal.

## **6. MATERIAL E MÉTODO**

Inicialmente foi realizada busca bibliográfica nos principais índices de literatura em saúde, para conceitualizar as características do autismo e as diferentes formas de abordagem “biopsicosocial” para os problemas em saúde bucal desta população. Estas informações permitiram levantar a hipótese de trabalho e propor os objetivos colocados.

A seguir foi realizada uma pesquisa quantitativa e qualitativa com aplicação de questionários para os diferentes participantes da pesquisa, de cunho exploratório. Segundo Minayo (79) a principal fonte de dados utilizada no método qualitativo é a realidade social do sujeito e o conjunto de representações, crenças, valores, significados, interações, hábitos e atitudes, que fazem parte de sua vida e que estão relacionadas ao fenômeno a ser investigado.

### **6.1. Universo de Estudo**

Foram examinados e acompanhados durante o período do ano letivo de 2.012, 31 dos 42 alunos que foram atendidos pela Escola Municipal do Autista “Maria Lucia de Oliveira” de São José do Rio Preto/SP, de ambos os sexos, com idades entre 5 a 44 anos. Quatorze destes alunos receberam atenção básica odontológica.

A situação odontológica de 31 alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira”, de São José do Rio Preto (Escola do Autista), incluiu os seguintes aspectos: exame extrabucal, da mucosa oral e periodonto, verificação da presença de manchas de esmalte e dentina, condições dos dentes, necessidades protéticas e ortodônticas.

Foram entrevistados 16 profissionais que atuam na Escola, além de 31 cuidadores/familiares e 5 cirurgiões dentistas, todos eles selecionados a partir da sua relação com a Escola do Autista.

### **6.2. Aspectos Bioéticos**

O Projeto desta pesquisa foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (**ANEXO**

I), tendo a autorização expressa da Escola Municipal do Autista e da Direção da Rede Municipal de Ensino (**ANEXO II**). Foi preparado e utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**ANEXO III**) para os responsáveis dos participantes da pesquisa (cuidadores, familiares, cirurgiões dentistas e outros profissionais envolvidos no acompanhamento do autista), bem como o Termo de Consentimento de Uso de Imagem (**ANEXO IV**), sendo que estes sujeitos só foram incluídos após a assinatura de ambos os termos.

### **6.3. Procedimentos**

Foram elaborados anamnese e avaliação da saúde bucal preconizada pela Organização Mundial de Saúde, com coleta de dados sobre a história de saúde bucal dos pesquisados (**ANEXO V**), bem como entrevista estruturada que levantou dados relativos à história clínica dos sujeitos junto aos cuidadores/familiares, cirurgiões dentistas e outros profissionais envolvidos no acompanhamento do autista (**Anexos VI, VII, VIII**).

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o *software* R version 3.0.0 (2013-04-03), encontrado em [www.r-project.org](http://www.r-project.org). O método estatístico foi desenvolvido utilizando a distribuição “qui-quadrado”.

## **7. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados foram analisados de forma quantitativa e qualitativa. Na análise quantitativa foi utilizada estatística descritiva e testes. Na análise qualitativa foram considerados os aspectos relacionados com opiniões e questões subjetivas previstas nas entrevistas, observações nos domicílios e informações obtidas através do questionário.

### **7.1. Situação de Saúde Bucal dos Alunos da Escola do Autista**

Entre os 31 alunos observados na Escola do Autista em 2012, foram encontrados 24 do sexo masculino e 7 do sexo feminino, sendo que a maioria encontrava-se entre os 5 e 14 anos de idade (13), 10 deles entre os 15 e 24 anos e 4 para as idades entre 25 a 34 e 35 a 44 (Gráficos 1 e 2)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Fonte: Todos os gráficos e quadros a seguir foram elaborados a partir das informações da pesquisa de campo da autora da presente dissertação.

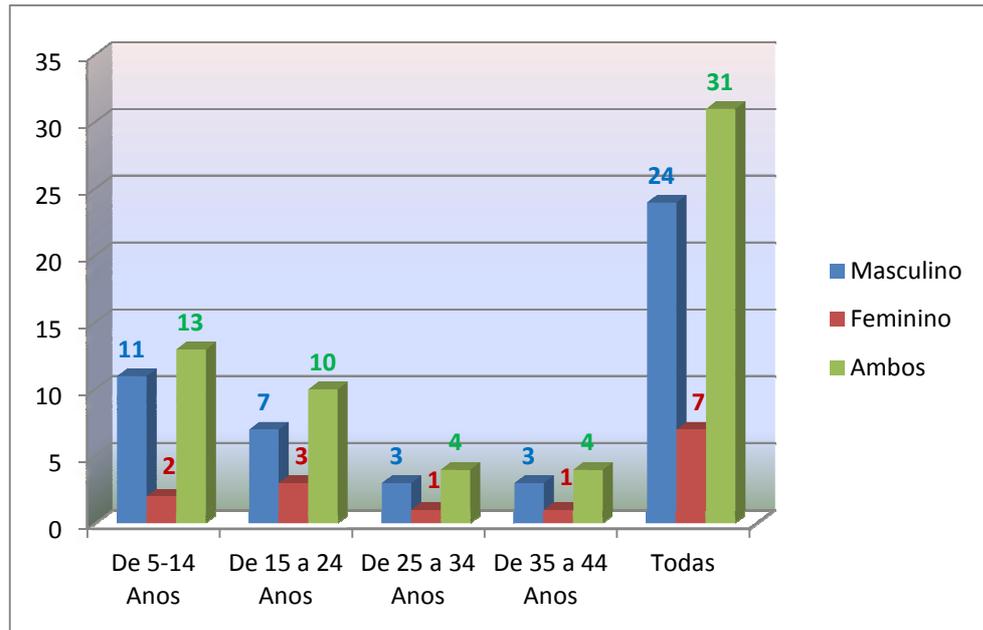


Gráfico 1 - Alunos, segundo idade e sexo, observados na Escola Municipal do Autista "Maria Lúcia de Oliveira" do Município de São José do Rio Preto, SP, 2012

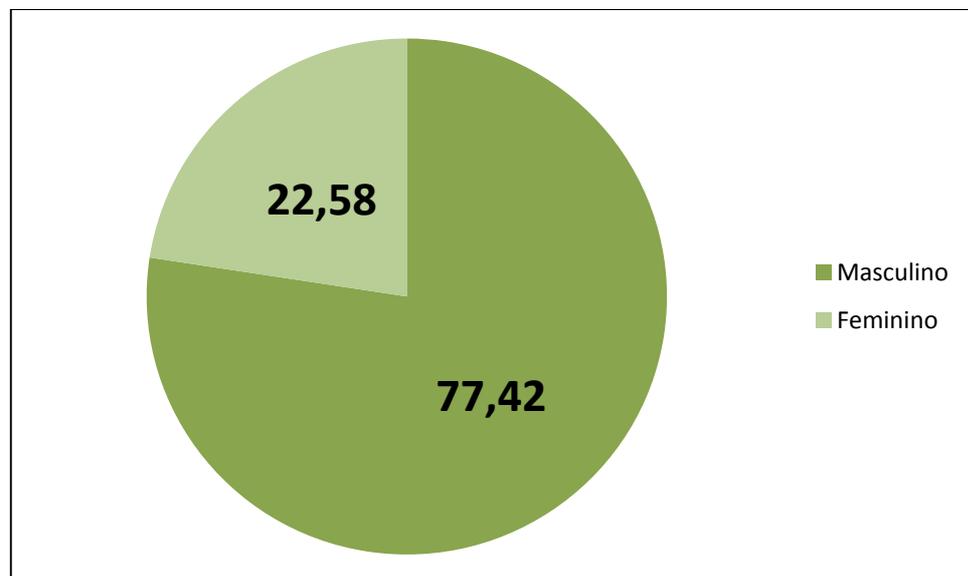
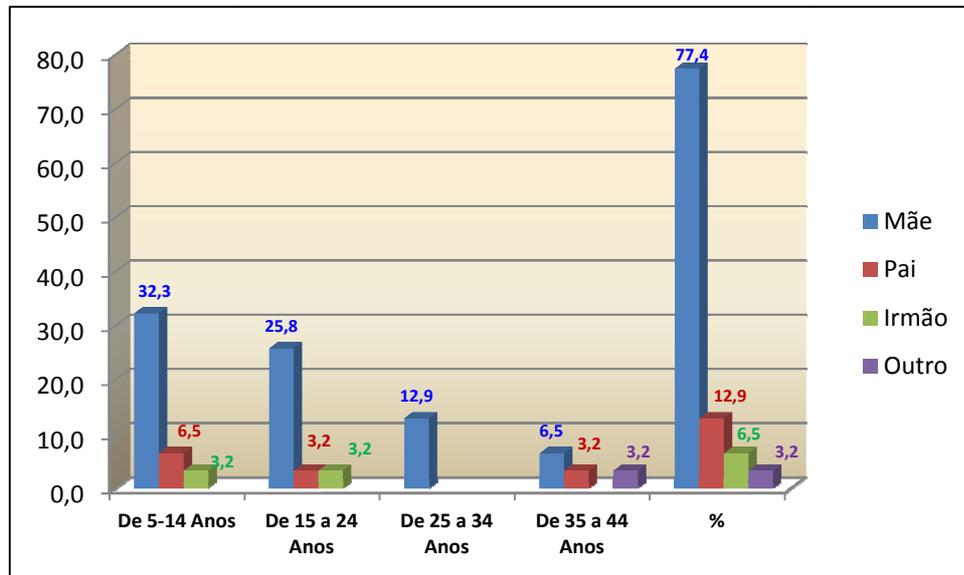


Gráfico 2 - Porcentagem de alunos segundo sexo, encontrados na Escola Municipal do Autista "Maria Lúcia de Oliveira" do Município de São José do Rio Preto, SP, 2012

Estes números vão de encontro com os dados de prevalência segundo o DSM IV TR (10), que aponta que o autismo acomete muito mais frequentemente o

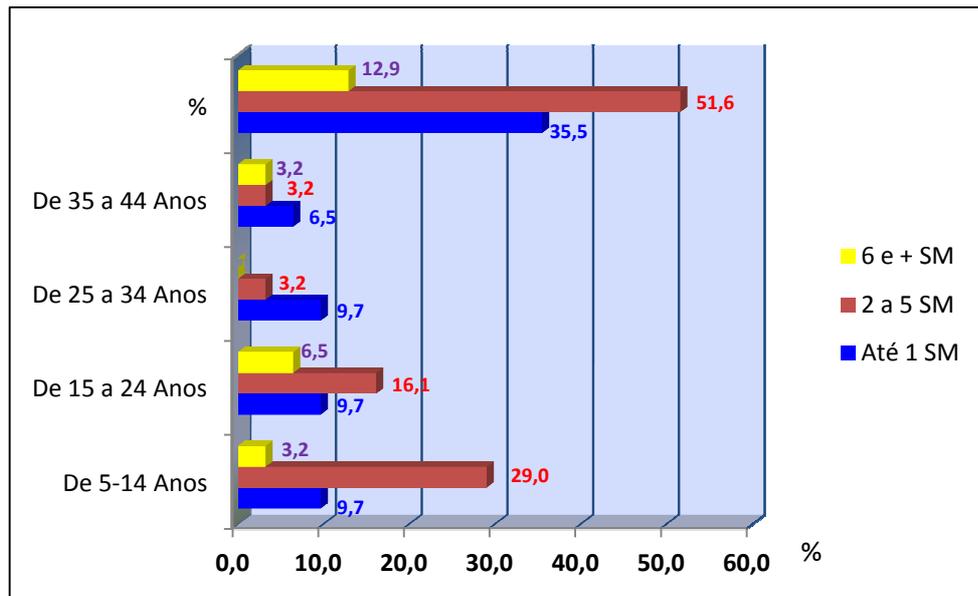
sexo masculino, bem como os estudos de Rade (19), apontando semelhante informação.

Encontrou-se que 77,4% dos alunos da Escola do Autista têm como principal cuidador/familiar a mãe, seguido do pai (12,9%) (Gráfico 3).



**Gráfico 3 - Alunos segundo idade e situação do cuidador/familiar, encontrados na Escola Municipal do Autista "Maria Lucia de Oliveira" do Município de São José do Rio Preto, SP. 2012**

De acordo com Oriqui (22) e Mendes (9) o autismo apresenta uma determinação social das classes menos favorecidas, sendo sua situação econômica fundamental para a sobrevivência destes cidadãos e suas famílias. Notoriamente observou-se que 51% das famílias entrevistadas dos alunos da Escola do Autista tinham um ingresso de 2 a 5 salários mínimos por estrutura familiar. Notadamente deve-se somar a estes 29% dos que ganham até 1 salário mínimo. Nos resultados deste trabalho apenas 12,9% têm uma renda estrutural familiar de 6 ou mais salários mínimos, o que corrobora o fato dos estudos propostos anteriormente (Gráfico 4).



**Gráfico 4 - Situação Sócio-económica das famílias dos autistas segundo idade, encontrados na Escola Municipal do Autista "Maria Lucia de Oliveira" do Município de São José do Rio Preto, SP. 2012**

Com relação aos resultados da situação de saúde bucal observados nos alunos da Escola do Autista e acompanhando a sequência do exame realizado no sistema estomatológico dos 31 sujeitos, no quadro 1 se apresenta a situação relacionada ao aparecimento de condições extrabucais encontradas, sendo que coincidentemente 29,03% não apresentaram nenhuma alteração nas condições extrabucais ou apresentaram dois tipos diferentes de alteração. Dos examinados 19,35% apresentaram uma alteração extrabucal, 12,9% apresentaram 3 tipos de lesões e apenas 9,68% apresentaram 4 ou mais tipos de alteração extrabucal.

A seguir, no quadro 2, se especificam quais das alterações no sistema estomatognático encontradas, nos alunos autistas. Deve-se enfatizar que 45% dos examinados apresentaram assimetria facial de desenvolvimento, seguidos por ataxia (32,25%) e hábitos de roer unhas (29%).

**Quadro 1 - Situação extrabucal dos alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto em números absolutos e relativos das alterações encontradas, 2012.**

Condições	Absoluto	Relativo
<b>Nenhuma alteração</b>	9	29,03
<b>1 tipo de alteração</b>	6	19,36
<b>2 tipos de alteração</b>	9	29,03
<b>3 tipos de alteração</b>	4	12,9
<b>4 ou mais tipos de alteração</b>	3	9,68
<b>Todas</b>	31	100

A situação clínica extrabucal mostrou uma frequência importante destas alterações entre os autistas. Foram encontrados com uma frequência significativa, assimetria facial do desenvolvimento e ataxia. É significativo também o número de pacientes que têm o hábito de roer unhas (Quadro 2).

Orique (22), que realizou estudo no mesmo local desta pesquisa, encontrou números similares, sugerindo que as alterações extrabucais aqui descritas, estão relacionadas a comportamentos de auto-injúria e alterações do crescimento facial (80), além disso, características de síndromes relacionadas ao autismo, podendo aparecer, segundo Medina (61) em até 70 % dos casos, no decorrer da vida dos sujeitos.

**Quadro 2 - Alterações no sistema estomatológico encontradas em alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto, em números absolutos e relativos, 2012.**

Alterações	Absoluto	Relativo
<b>Assimetria facial de desenvolvimento</b>	14	29,79
<b>Ataxia</b>	10	21,27
<b>Hábito de roer as unhas</b>	9	19,15
<b>Anormalidades de lábios inferior e/ou superior</b>	6	12,76
<b>Hábito de sucção digital</b>	3	6,38
<b>Ulceração, feridas e lesões nos lábios</b>	2	4,26
<b>Ulceração, feridas e lesões na região de cabeça, pescoço e membros</b>	2	4,26
<b>Ulceração, feridas e lesões na região de nariz, bochechas e mento.</b>	1	2,13
<b>Total de alterações encontradas</b>	47	100

Foi observado que é comum que um sujeito apresente mais de um tipo de alteração extrabucal. Estatisticamente este resultado tem relevância ( $P \sim 0,0004$ ), considerando o número de alterações encontradas. Dos 31 sujeitos examinados, 22 apresentaram algum tipo de alteração extrabucal (71%). Quando da apreciação clínica realizada pela pesquisadora, notou-se maior comprometimento mental nestes sujeitos, o que sugere uma relação entre ambas condições, seguindo Klein e Nowak (30). Parece ser que estes indivíduos fazem uso de medicamentos e/ou apresentam lesões relacionadas a síndromes associadas ao autismo. Tal situação requer estudos mais aprofundados.

Deve enfatizar-se que ao redor de 1/3 desta população não apresentou nenhum tipo de alteração extrabucal, conseqüente da situação de menor comprometimento mental. Esses pacientes apresentaram ainda, melhores condições de higiene pessoal.

Com relação a mucosa bucal e periodonto, dos 31 pacientes examinados, 25 (80,64%) apresentaram um ou mais tipos de lesão.

**Quadro 3 - Alterações na região de mucosa bucal e periodonto encontradas em alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto, em números absolutos e relativos, 2012.**

Alterações na região de mucosa e periodonto	Absoluto	Relativo
<b>Não apresentaram alteração</b>	6	19,36
<b>Apresentaram somente 1 tipo de alteração</b>	8	25,8
<b>Apresentaram 2 tipos de alteração</b>	13	41,93
<b>Apresentaram 3 ou mais tipos de alteração</b>	4	12,91
<b>Total</b>	31	100

Com isso observa-se que, em alguns casos, um mesmo sujeito apresentou tanto alterações de mucosa bucal quanto de periodonto, como apresentado no Quadro 3.

Houve um resultado relevante na frequência das alterações de periodonto, ( $P \sim 0,0000$ ), sendo que gengivite generalizada e cálculo localizado, foram as alterações mais encontradas (Quadro 4).

**Quadro 4 - Condições clínicas da mucosa bucal e periodonto encontradas em alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto, em números absolutos e relativos, 2012.**

Tipos de alteração na região de mucosa e periodonto	Absoluto	Relativo
<b>Gengivite Generalizada</b>	14	31,12
<b>Cálculo Localizado</b>	13	28,89
<b>Gengivite Localizada</b>	9	20,00
<b>Cálculo Generalizado</b>	4	8,89
<b>Ulceração do tipo afta, herpes ou trauma</b>	2	4,44
<b>Abcesso</b>	1	2,22
<b>Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda</b>	1	2,22
<b>Hiperplasia Gengival Medicamentosa</b>	1	2,22
<b>Total</b>	45	100

Apesar de ser alta a frequência de comportamentos de auto-injúria, suas consequências não foram observadas na avaliação intrabucal realizada nestes sujeitos.

Alguns dos motivos que poderiam explicar estes dados, seriam a baixa frequência e baixa qualidade da higiene bucal relatada pelos cuidadores/familiares (1 ou 2 vezes por dia) como será visto posteriormente, bem como a consequência

do uso de medicamentos e dieta cariogênica, similar aos achados de Orique (22) e Marega e Aiello (81).

Esses resultados chamam a atenção para a necessidade de um reforço positivo para com os cuidadores/familiares no sentido da orientação, informação e capacitação no cuidado em higiene bucal, que pode elevar a qualidade de saúde bucal nesta população (81).

Observa-se que a grande maioria destes problemas estão localizados na gengiva e/ou rebordo alveolar, que apontam para um resultado estatisticamente relevante ( $P < 0,0000$ ) e o que mostra as consequências da higiene bucal ineficiente, uso de medicamentos controlados e dietas ricas em carboidratos destes autistas, provocam mais alterações periodontais relacionadas a gengivite e periodontite, também similar aos achados de Marega e Aiello (81) - Quadro 5.

**Quadro 5 - Localização das alterações na região de mucosa e periodonto encontradas em alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto, em números relativos e absolutos, 2012.**

Localização das alterações	Absoluto	Relativo
<b>Gengiva e/ou rebordo alveolar</b>	22	88
<b>Comissura Labial</b>	1	4
<b>Lábios</b>	1	4
<b>Mucosa vestibular</b>	1	4
<b>Total</b>	25	100

Nesta altura é importante ressaltar que não houveram resultados relevantes quanto à frequência clínica de manchas de esmalte causadas por fluorose. Nenhum sujeito mostrou tal condição clínica.

No entanto é importante esclarecer que alguns pacientes apresentaram pouca colaboração ao exame clínico e, mesmo que os exames tenham sido realizados após as ações coletivas de escovação, alguns alunos ainda apresentavam grande quantidade de placa bacteriana durante estas avaliações.

Com relação a situação da cárie dentária (Quadro 6), os alunos autistas apresentaram uma média de CPO-D de 6,92, sendo que o maior componente encontrado foi de dentes restaurados sem cárie, fruto da atenção que vem sendo prestada aos alunos da Escola do Autista por instituições ligadas ao atendimento de pacientes com necessidades especiais (Associação de Pais e Amigos dos

Excepcionais - APAE e Ambulatório Médico de Especialidades – AME) e nas Unidades Básicas de Saúde Pública.

Este dado (CPO-D 6,92) é similar ao encontrado na população brasileira no ano de 1986 (CPO-D 6,65), de acordo com os estudos de Narvai et al (33). Já em 2003 este índice apresentou média de 2,79, sendo que em 2010 foi encontrado CPO-D médio 2,1 aos 12 anos de idade e 4,2 no grupo etário entre 15 e 19 anos (81). Neste sentido, o CPO-D encontrado nos autistas do presente estudo é consideravelmente maior que a média nacional encontrada pelo Ministério de Saúde nas diferentes idades. Os estudos revisados pela autora (21), (22), (55), (81), apresentam informações divergentes em relação à situação de cárie dentária dos autistas em diferentes regiões do Brasil.

**Quadro 6 - Situação da cárie dentária (CPO-D) dos alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto, em números absolutos e relativos, 2012.**

Situação	CPO-D
<b>Cariados</b>	60
<b>Restaurados com cárie</b>	6
<b>Restaurados sem cárie</b>	99
<b>Ausentes ou Perdidos e indicados para extração</b>	12
<b>CPO-D total</b>	187
<b>CPO-D médio</b>	6,92

Do total, 27 alunos tinham dentição permanente.

Quanto a necessidade de prótese, somente 3 autistas apresentaram necessidade de prótese parcial removível, por terem se submetido a múltiplas exodontias. No entanto a reabilitação protética para os mesmos não é indicada, já que trata-se de indivíduos com dificuldades de adaptação ao uso de próteses dentárias removíveis. Por razões semelhantes, os indivíduos que apresentaram perda dentária de um elemento, não foram contabilizados, pois a prótese fixa (ponte fixa ou adesiva) também não é indicada para tais indivíduos, principalmente devido às dificuldades de adaptação e de higienização, que requerem cuidados especiais (Quadro 7).

Dentro das necessidades observadas se aponta uma tendência do tratamento preventivo, vista a relevância estatística dos dados ( $P \sim 0,0000$ ), bem como pela

necessidade iminente de limitar o mais precocemente possível os problemas de cárie dentária e doença periodontal encontrados, seguido da necessidade de restaurações (em 17 sujeitos) e outros.

**Quadro 7 - Necessidades de tratamento odontológico observados nos alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto, em números absolutos e relativos, 2012.**

Tipo de Necessidade	Alunos que necessitam
<b>Preventivo</b>	22
<b>Restauração de 1 face</b>	11
<b>Restauração de 2 ou mais faces</b>	6
<b>Nenhum</b>	2
<b>Selante</b>	1
<b>Coroa protética</b>	1
<b>Tratamento endodôntico</b>	1
<b>Exodontia</b>	1
<b>Outras</b>	2

Com relação a oclusão dentária, observou-se como a mais prevalente no grupo examinado a má oclusão do tipo Classe I de Angle, observada em 16 sujeitos, seguida do tipo Classe II de Angle, observada em 12 indivíduos e apenas 2 alunos apresentaram tipo Classe III de Angle. Este alto número é explicado pela observação realizada pela autora deste estudo, que percebeu que entre as causas principais destas situações estão a respiração bucal, sucção não nutritiva, crescimento crânio facial alterados e outras características próprias dos autistas. Alterações de crescimento dos ossos da face podem causar assimetria facial e problemas ortodônticos (22), (80).

### **7.1.1. Atenção em Saúde Bucal Realizada aos Sujeitos da Pesquisa**

Com o objetivo de estabelecer a possibilidade de realizar atenção integral ao paciente autista nas condições de consultório odontológico generalista e na própria realidade em que a Estratégia de Saúde da Família se desenvolve, foram realizados diversos procedimentos clínicos odontológicos (Quadro N.8).

Foi possível concluir atenção integral clínica odontológica em 14 dos participantes da Escola do Autista, além de ter realizado, em todos eles, atividades

promocionais, preventivas específicas e de acompanhamento emergencial. A captação destes indivíduos foi realizada através de visita domiciliar e acompanhamento de ações coletivas na Escola do Autista.

Quando necessário e pertinente, foi referido todo paciente com características clínicas mais complexas e de dificuldade de atenção nas condições acima mencionadas.

Foi possível verificar a excelente colaboração dos alunos e cuidadores/familiares com o tratamento odontológico, considerando as dificuldades de sua condição de saúde. A maioria mostrou agrado e satisfação na abordagem integral do processo odontológico, especialmente por parte dos cuidadores/familiares que expressaram sua satisfação com o comportamento técnico e afetivo da autora da pesquisa, sendo que chamou atenção para eles o enfoque integral, no próprio contexto social, para atender às necessidades de saúde bucal destes pacientes especiais.

**Quadro 8 - Atenção em Saúde Bucal Realizada nos alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto, em números absolutos e relativos, 2012.**

NOME	1ª consulta		2ª consulta		3ª consulta		4ª consulta	
	Achados	Realizado	Achados	Realizado	Achados	Realizado	Achados	Realizado
<b>PACIENTE 1</b> <b>06 anos</b> <b>MASCULINO</b>	Placa/sangr. 2 cáries Hig. Insatisf.	Condicionamento IHO Escovação, ATF	Placa 2 cáries dec. Hig. Insatisf.	Condicionamento IHO Escovação Clorexid. 0,12%	Placa 2 cáries dec. Hig. Regular	Escovação Contenção TRA dentes 75 e 85	Hig. Regular 2 rest. Satisf. Placa	Condicionamento Escovação ATF IHO
<b>PACIENTE 2</b> <b>04 anos</b> <b>FEMININO</b>	Hig. Satisfat. Sem cáries	Condicionamento Escovação ATF IHO	Hig. Satisfat. Sem cáries	Condicionamento Escovação IHO	Hig. Satisfat. Sem cáries	Condicionamento Profilaxia IHO ATF		
<b>PACIENTE 3</b> <b>08 anos</b> <b>MASCULINO</b>	Hig. Satisfat. Sem cáries	Condicionamento Profilaxia ATF IHO	Hig. Satisfat. Sem cáries Dentes permanentes erupcionando por lingual	Condicionamento Exodontia 72 e 82 (indicação ortodôntica)	Hig. Satisfat. Sem cáries Cicatrização pós exodontia	Remoção de suturas		
<b>PACIENTE 4</b> <b>31 anos</b> <b>FEMININO</b>	Hig. Insatisf. Placa Tártaro Rest. Satisf.	Condicionamento Escovação IHO ATF	Hig. Insatisf. Placa Tártaro Rest. Satisf.	Condicionamento Trat. Period. Básico -1ª sessão Escovação Clorexid. 0,12% IHO	Hig. regular Placa Tártaro Rest. Satisf.	Condicionamento Trat. Period. Básico -2ª sessão Escovação IHO ATF	Hig. regular Placa Rest. Satisf.	Condicionamento Profilaxia Clorexid. 0,12%IHO
<b>PACIENTE 5</b> <b>28 anos</b> <b>FEMININO</b>	Hig. Insatisf. Placa/sangr. Tártaro Rest. Insat. Cáries Ausentes	Condicionamento Escovação IHO ATF	Hig. Insatisf. Placa/sangr. Tártaro Rest. Insat. Cáries Ausentes	Condicionamento Trat. Period. Básico Escovação Clorexid. 0,12% IHO	Hig. Insatisf. Placa/sangr. Tártaro Rest. Insat. Cáries Ausentes	Condicionamento Rest. Resina 11 e 21 Escovação Clorexid. 0,12% IHO	Hig. Insatisf. Placa/sangr. Tártaro Rest. Insat. Cáries Ausentes	Condicionamento Anestesia TRA dentes 26, 36 Escovação Clorexid. 0,12%
<b>PACIENTE 6</b> <b>12 anos</b> <b>MASCULINO</b>	Hig. Insatisf. Placa/sangr. Tártaro Cárie 46	Condicionamento Escovação IHO ATF Clorexid. 0,12%	Hig. Insatisf. Placa/sagr. Tártaro Cárie 46	Condicionamento Escovação IHO Contenção Anestesia TRA 46	Hig. Regular Placa/sangr. Tártaro Sem cáries	Condicionamento Escovação Contenção Trat. Period. Básico Clorexid. 0,12%		
<b>PACIENTE 7</b> <b>20 anos</b> <b>MASCULINO</b>	Hig. Insatisf. Placa/sangr. Tártaro Rest. Insat. Cáries	Condicionamento Escovação IHO ATF	Hig. Insatisf. Placa/sangr. Tártaro Rest. Insat. Cáries	Condicionamento Trat. Period. Básico Escovação Clorexid. 0,12%	Hig. Insatisf. Placa Rest. Insat. Cáries	Condicionamento Escovação Clorexid. 0,12% Anestesia Rest. Resina 23 e 25	Hig. Insatisf. Placa Tártaro Rest. Insat. Cáries	Condicionamento Escovação Clorexid. 0,12% Anestesia TRA 36 e 47
<b>PACIENTE 8</b> <b>38 anos</b> <b>MASCULINO</b>	Hig. Insatisf. Placa Tártaro	Condicionamento Trat. Period. Básico Escovação IHO Clorexid. 0,12%	Hig. Insatisf. Placa Tártaro	Condicionamento Trat. Period. Básico Escovação IHO ATF	Hig. Insatisf. Placa Tártaro Cárie 25	Condicionamento Anestesia Rest. Resina 25 Escovação IHO	Hig. Insatisf. Placa Tártaro	Condicionamento Trat. Period. Básico Escovação IHO Clorexid. 0,12%
<b>PACIENTE 9</b> <b>10 anos</b> <b>MASCULINO</b>	Hig. Regular Sem cáries 65 esfoliação Placa	Condicionamento Escovação Clorexid. 0,12% Proserv. 65 IHO	Hig. Regular Sem cáries 65 esfoliação Placa	Condicionamento Escovação Clorexid. 0,12% Exo 65 IHO	Hig. Regular Sem cáries Placa	Condicionamento Profilaxia ATF IHO		
<b>PACIENTE 10</b> <b>6 anos</b> <b>MASCULINO</b>	Hig. Satisf. Sem cáries	Condicionamento Escovação IHO ATF	Hig. Satisf. 85 hipoplasia esmalte Sem cáries	Condicionamento Escovação IHO ATF Proserv. 85				
<b>PACIENTE 11</b> <b>6 anos</b> <b>FEMININO</b>	Hig. Insatisf. Placa/sangr. Cáries Agenesias	Condicionamento Escovação ATF TRA 11 e 63	Hig. Insatisf. Placa/sangr. Cáries Agenesias	Condicionamento Escovação Clorexid. 0,12% IHO				
<b>PACIENTE 12</b> <b>41 anos</b> <b>MASCULINO</b>	Hig. Insatisf. Placa/sangr. Tártaro Cáries 23,47 Rest. Satisf. Ausentes Hiperplasia gingival	Condicionamento Trat. Period. Básico Escovação IHO Clorexid. 0,12%	Hig. Insatisf. Placa/sangr. Tártaro Cáries 23, 47 Rest. Satisf. Ausentes Hiperplasia gingival	Condicionamento Trat. Period. Básico Escovação IHO Clorexid. 0,12% Rest. Resina 23	Hig. Insatisf. Placa/sangr. Tártaro Cárie 47 Rest. Satisf. Ausentes Hiperplasia gingival	Condicionamento Trat. Period. Básico Escovação IHO Clorexid. 0,12% Rest. Amálgama 47	Hig. Insatisf. Placa/sangr. Tártaro Rest. Satisf. Ausentes Hiperplasia gingival	Condicionamento Trat. Period. Básico Escovação Clorexid. 0,12% IHO
<b>PACIENTE 13</b> <b>14 anos</b> <b>MASCULINO</b>	Placa/sangr. Tártaro Cáries 26, 27, 36 Rest. Satisf.	Condicionamento Escovação ATF IHO	Placa/sangr. Tártaro Cáries26, 27, 36 Rest. Satisf.	Condicionamento Escovação ATF IHO	Placa/sangr. Tártaro Cáries26, 27, 36 Rest. Satisf.	Condicionamento Escovação Cotenação Trat. Period. Básico TRA 26, 27, 36,	Placa/sangr. Tártaro Rest. Satisf.	Condicionamento Escovação Clorexidina 0,12% Cotenação Trat. Period. Básico
<b>PACIENTE 14</b> <b>16 anos</b> <b>MASCULINO</b>	Placa/sangr. Tártaro Sem cáries	Condicionamento Escovação Clorexidina 0,12%	Placa/sangr. Tártaro Sem cáries	Condicionamento Escovação Clorexidina 0,12% Cotenação Trat. Period. Básico	Placa/sangr. Sem cáries	Condicionamento Escovação Clorexidina 0,12%	Placa/sangr. Tártaro Sem cáries	Condicionamento Escovação Clorexidina 0,12% Cotenação Trat. Period. Básico

## 7.2. Informações Obtidas junto aos Cuidadores/Familiares

Participaram deste estudo 31 cuidadores/familiares dos alunos sujeitos desta pesquisa realizada na Escola do Autista “Maria Lúcia”, de São José do Rio Preto-SP. Todos os cuidadores foram convidados a participar deste estudo, porém, entre os 42 alunos matriculados, não houve a participação de 11 dos seus cuidadores/familiares. Destes 31 participantes, 24 (77,42%) são mães dos autistas, 5 são pais, 1 irmã e 1 cunhada (Quadro 9).

**Quadro 9 - Vínculo familiar dos cuidadores responsáveis pelos alunos da Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto, em números absolutos e relativos, 2012.**

Vínculo familiar entre o cuidador/familiar e aluno	Absoluto	Relativo
<b>Mãe</b>	24	77,43
<b>Pai</b>	5	16,13
<b>Irmã (o)</b>	1	3,22
<b>Cunhada</b>	1	3,22
<b>Todos</b>	31	100

Dos 5 pais entrevistados, 3 são viúvos. A irmã que respondeu ao questionário, alegou que sua mãe estava com problemas psiquiátricos, o que a impedia de cuidar do filho autista. No caso em que o questionário foi respondido pela cunhada, trata-se de um autista adulto cujos pais faleceram e o mesmo encontra-se sob seus cuidados.

As mães correspondem a 77,4% dos cuidadores, número que condiz com estudos de Fávero-Nunes e Santos (83) e Serra (84) que referem a mãe como a pessoa que passa mais tempo com o filho autista, assumindo não só o cuidado com o mesmo, bem como exercendo diversas funções.

A mãe é a principal cuidadora dos portadores de autismo e por isso está mais propensa ao desenvolvimento de altos níveis de estresse, o que resulta em sobrecarga, que é identificada especialmente por resultar em agravos na saúde física e patogênica das mães. Outros fatores que podem contribuir para o surgimento da sobrecarga são: a falta de apoio conjugal, o excesso de cuidados com o filho, o isolamento social e a escassez de apoio social. Vivendo tal situação, é

compreensível que a demonstração de sentimentos como frustração, raiva e ambivalência façam parte do processo de adaptação (85).

Schimidt e Bosa (85) dizem que os comportamentos característicos dos portadores de autismo, associados à severidade do transtorno, podem constituir estressores em potencial para os demais membros da família. A relação entre o estresse familiar e o autismo não ocorre de forma linear baseada em causas e efeitos e por este motivo, não se pode adotar uma postura reducionista.

A sobrecarga materna é apontada por Borges e Boeckel (86) como sendo uma consequência do próprio transtorno autista, a qual implica em uma dependência intensa e constante do portador em relação à sua mãe, principal cuidadora. Além disso, outros fatores como a falta de apoio conjugal, a escassez de apoio e o isolamento social contribuem como agravantes para a sobrecarga materna.

A família é o primeiro universo das relações sociais e, através da comunicação verbal e não verbal, exerce influência estruturante no desenvolvimento da criança. Ela tem como função oferecer estabilidade social, aceitação, senso de identidade, solidariedade e apoio emocional (87).

O nascimento de um filho portador de uma doença grave representa a necessidade de alterar os sonhos e as expectativas construídas em torno de um filho saudável. Estas expectativas quando não satisfeitas, as limitações e as imperfeições do filho acabam gerando ansiedade nos pais, levando-os a atravessarem um período de luto. Além disso, a situação envolve outras dificuldades, como por exemplo, a escolha de um cuidador e as necessidades tanto financeiras como emocionais (88).

Borges e Boeckel (86) afirmam que o transtorno traz além das consequências para o portador, influência na situação social de todo o grupo familiar e pode gerar um rompimento nas atividades sociais normais.

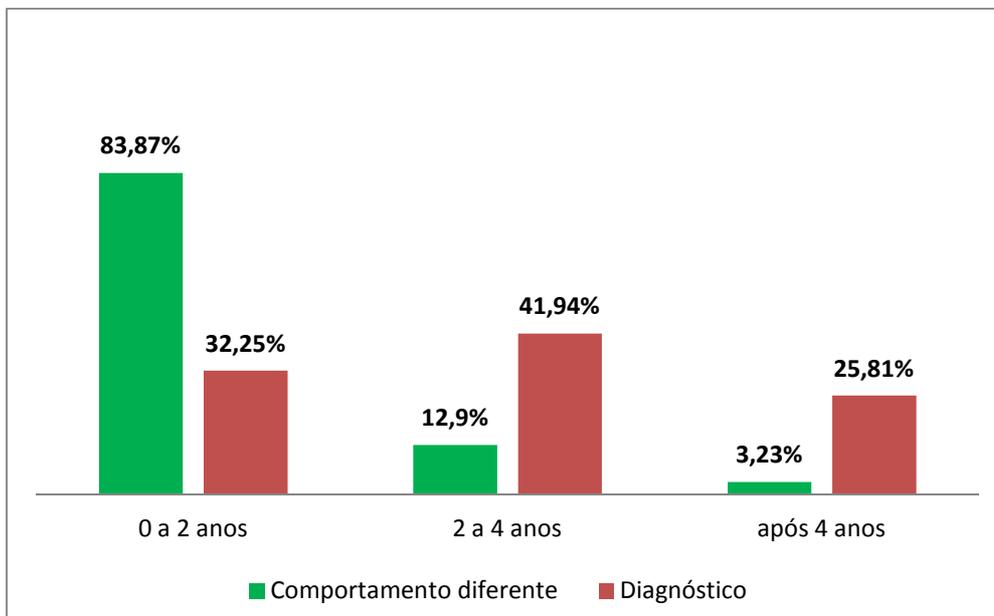
Os resultados mostraram que 16 cuidadores/familiares (51,6%) disseram que notaram comportamento diferente nos alunos autistas quando comparado a outras crianças, antes dos mesmos completarem 2 anos. Dentre estes, 10 cuidadores (32,2%) disseram ter notado esta diferença logo ao nascimento e somente 4 cuidadores (12,9%) disseram ter notado esta diferença após os 4 anos de idade.

Em circunstâncias normais, a criança apresenta mudanças em seu comportamento após a metade do seu primeiro ano de vida e por volta dos nove meses começam a protestar frente a uma possível separação dos seus cuidadores,

demonstrando capacidade de discriminá-los diante de outros adultos estranhos a ela. Quando ativados estressores como cansaço, medo e fome, a criança tem motivação para buscar conforto, segurança e nutrição em suas figuras de apego (89).

Quanto a idade em que os sujeitos foram diagnosticados como autistas, 13 cuidadores/familiares (41,9%) relataram que os sujeitos receberam o diagnóstico entre 2 e 4 anos, 10 cuidadores/familiares (32,2%) relataram que o diagnóstico foi dado entre 0 e 2 anos e 8 cuidadores (25,8%) relataram que o diagnóstico foi dado com idade de mais de 4 anos.

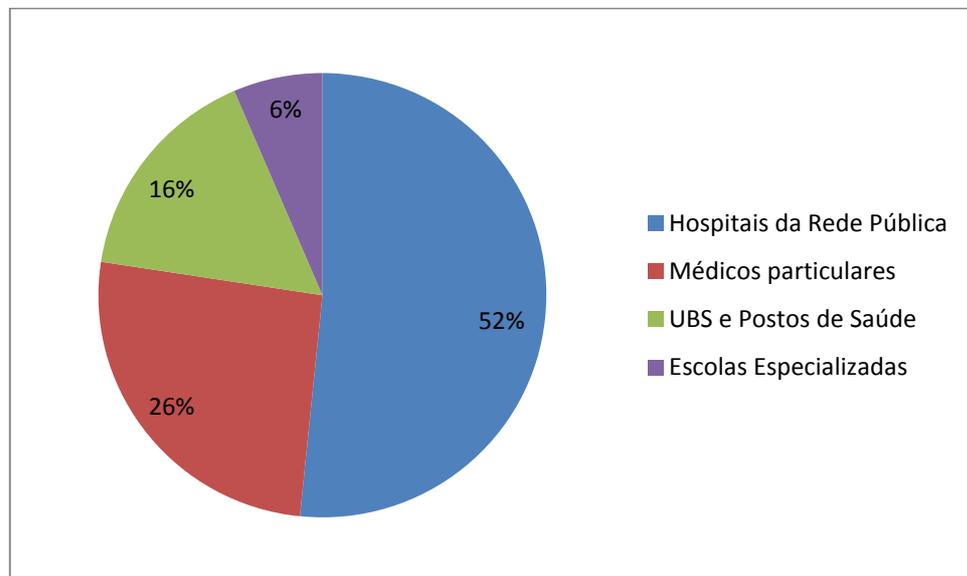
Embora 51,6% dos cuidadores tenham relatado que notaram comportamento diferente nos sujeitos desta pesquisa antes que estes completassem 2 anos, 41,9% dos cuidadores disseram que o diagnóstico de autismo foi dado entre 2 e 4 anos e 25,8% dos cuidadores relataram que só receberam o diagnóstico de autismo após os sujeitos terem completado 4 anos. Somente 32,25% disseram que o diagnóstico foi dado entre 0 e 2 anos de idade, o que mostra a necessidade e importância de realizar um diagnóstico precoce nas crianças que apresentam diferente comportamento (Gráfico 5).



**Gráfico 5 - Diferença entre o momento de observação de comportamento irregular dos sujeitos da pesquisa e o momento do diagnóstico médico de autismo referido pelos cuidadores/familiares em São José do Rio Preto, 2012**

Assim, sugere-se existir dificuldades dos mesmos em reconhecer os sintomas, procurar ajuda na rede pública de saúde e obter informações adequadas sobre esta situação.

Em relação a instituição em que os sujeitos da pesquisa receberam o diagnóstico de autismo, 16 cuidadores/familiares (51,61%) relataram que o diagnóstico foi dado em hospitais da rede pública, 8 (25,81%) receberam diagnóstico de médicos particulares, 5 (16,13%) responderam que o diagnóstico foi dado nas Unidades Básicas e postos de saúde pública e 2 (6,45) cuidadores/familiares relataram que o diagnóstico foi realizado nas escolas especializadas para receber alunos com necessidades especiais (Gráfico 6).



**Gráfico 6 - Instituição do Diagnóstico Médico de Autismo Referido pelos Cuidadores/Familiares em São José do Rio Preto, 2012.**

Pode-se inferir que as unidades de atenção básica, bem como suas equipes, não estejam adequadamente preparadas para diagnosticar um paciente autista, o que é apontado pelo número de diagnósticos realizados em hospitais públicos, onde os sujeitos pesquisados, na sua maioria, são usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Quadro 10 - Acompanhamento por Profissionais de Saúde para cada sujeito autista, segundo relato dos cuidadores/familiares na Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” em São José do Rio Preto, em números absolutos e relativos, 2012.**

Número de Profissionais	Absoluto	Relativo
<b>Apenas um profissional de saúde</b>	12	38,71
<b>2 profissionais de saúde</b>	12	38,71
<b>3 profissionais de saúde</b>	3	9,68
<b>4 ou mais profissionais de saúde</b>	3	9,68
<b>Nenhum profissional de saúde</b>	1	3,22
<b>Total</b>	31	100

Sobre os profissionais de saúde que acompanham os sujeitos, os cuidadores/familiares responderam que 20 autistas (64,5%) recebem acompanhamento de médico psiquiatra, 14 recebem acompanhamento odontológico (45%), 8 autistas (25,8%) recebem acompanhamento de médico neurologista, 3 (9,7%) são acompanhados por terapeutas ocupacionais, 3 por psicólogos, 2 (6,45%) fazem acompanhamento com fisioterapeuta e 5 autistas (16,1%) fazem acompanhamento com fonoaudiólogos.

Os cuidadores/familiares que relataram que os sujeitos são acompanhados por vários profissionais, 29 (96,6%) disseram que os autistas recebem acompanhamento médico (psiquiátrico ou neurológico). Entre os 14 sujeitos que contam com acompanhamento odontológico, apenas 2 não fazem acompanhamento médico.

Quando os autistas apresentam problemas de saúde, 15 (48,4%) cuidadores/familiares disseram que procuram um médico particular ou, quando possível, um médico que atenda ao plano de saúde privado. Por tratar-se de pacientes com necessidades especiais, algumas famílias cuja condição financeira é um pouco melhor, pagam um convênio de saúde para os pacientes autistas, para que não estejam completamente dependentes do atendimento público. Quatorze (45,2%) buscam atendimento em postos de saúde.

Os resultados apontam que 42% dos cuidadores/familiares buscam um atendimento especializado para pacientes especiais, de preferência gratuito, quando os sujeitos apresentam problemas de saúde bucal. Entre os cuidadores/familiares, 10 responderam que os sujeitos buscam atendimento particular.

No município de São José do Rio Preto os atendimentos realizados sem ônus, estão disponíveis na Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE e no Ambulatório Médico de Especialidades - AME.

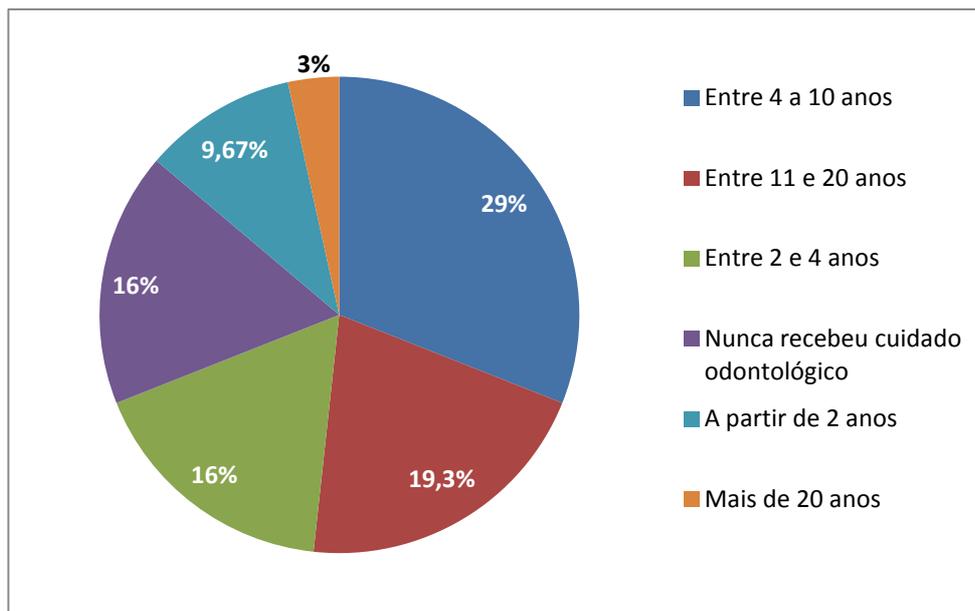
Os atendimentos da APAE são realizados por cirurgiões dentistas clínicos gerais, que utilizam anestesia convencional e, em casos de necessidade, uso de contenção.

No AME os procedimentos odontológicos são realizados por cirurgiões dentistas especialistas em atendimento a pacientes com necessidades especiais e quando é necessário, o tratamento é realizado em centro cirúrgico, com uso de anestesia geral.

É interessante notar que apenas 3 cuidadores/familiares (9.6%) relataram que buscam atendimento odontológico em postos de saúde e nenhum respondeu que busca atendimento em unidades da saúde da família. Estas informações ajudam a refletir a pouca prática dos profissionais de saúde bucal da atenção básica (unidades básicas de saúde e unidades da saúde da família) em lidar com pacientes que requerem cuidado especial. Sugere-se que importantes formas de capacitação devem ser estruturadas para que estes profissionais possam assumir esta responsabilidade.

Quando questionados se os sujeitos já apresentaram dor na boca ou nos dentes, 10 cuidadores/familiares (32,3%) responderam que os autistas nunca apresentaram dor. Outros 10 responderam que raramente sofreram de dor. 4 cuidadores (12,9%) disseram que às vezes, somente 3 cuidadores (9,6%) responderam que os sujeitos apresentam dor na boca ou nos dentes repetidamente, 2 (6,5%) nunca notaram a presença de dor e 2 não responderam.

Nesta altura, cabe a informação de que nenhum dos alunos da Escola do Autista recebeu cuidados de um profissional de saúde bucal pela primeira vez logo após o nascimento. Apenas 3 cuidadores (9.67%) disseram que os sujeitos receberam este cuidado a partir dos 2 anos de idade e 5 cuidadores (16,1%) disseram que os sujeitos receberam estes cuidados entre 2 e 4 anos de idade. Em maior número, 9 cuidadores (29%), relataram que os sujeitos receberam cuidados de saúde bucal entre 4 e 10 anos de idade e 6 cuidadores (19,35%) responderam entre 11 e 20 anos de idade. Somente 1 cuidador (3,2%) respondeu mais de 20 anos e 5 cuidadores (16,1%) responderam que os sujeitos nunca receberam cuidados de saúde bucal (Gráfico 7).



**Gráfico 7 - Idade da primeira consulta odontológica dos alunos da Escola Municipal do Autista "Maria Lúcia de Oliveira" em São José do Rio Preto, em números absolutos e relativos, 2012.**

Parece ser que a profissão odontológica tem se descuidado da abordagem integral dos pacientes autistas. Esta situação deve ser estudada com maior profundidade para ver o alcance que eventualmente estas informações possam ter em todos os serviços de atenção básica de saúde do país. A autora observou a necessidade de um profissional da saúde bucal estar presente a partir do nascimento de uma criança, autista ou não, desde a primeira consulta pós natal, junto a equipe médica que acompanha os nascidos vivos em um determinado contexto social.

Através do convívio com algumas destas famílias, durante as visitas domiciliares realizadas pela Equipe da Saúde da Família, acompanhando suas rotinas, a autora percebeu também que a saúde bucal acaba, ainda que sem querer, sendo negligenciada pelos cuidadores/familiares, por haver tantas outras prioridades, tão importantes quanto. Alguns dos autistas visitados não têm controle de esfíncter e urinário, o que dificulta a higiene dos mesmos, bem como a limpeza do ambiente em que vivem,. Fraldas são distribuídas em quantidade insuficiente pelos órgãos públicos e têm um custo alto para serem compradas em drogarias.

Alguns autistas engolem moedas, brinquedos, insetos, pedras, fazem uso de uma grande quantidade de medicamentos (alguns deles chegam a tomar 20 comprimidos por dia, segundo relato dos cuidadores/familiares). Como foi exposto anteriormente, a maioria destes sujeitos têm a mãe como principal cuidadora e esta,

além de ter a preocupação em manter estes autistas “longe de problemas” (fogo, água, rua, carros, atropelamento, pessoas desconhecidas, locais pouco seguros, ferimentos externos e internos com certos brinquedos), também têm em casa uma família para cuidar, com outros filhos, marido e funções como as de preparar todas as refeições, manter a limpeza e organização da casa e das roupas de toda a família. Algumas delas, a fim de melhorar a renda familiar, ainda exercem algum tipo de trabalho em casa, como costurar e vender produtos (cosméticos femininos) através de catálogos.

Entendendo melhor a história de algumas famílias (e isso só é possível através da aproximação e da abordagem) e compreendendo a importância não só da saúde bucal, mas da saúde como um todo desta família, o CD da ESF pode intervir da melhor maneira possível, buscando soluções que sejam viáveis para a realidade destas pessoas, respeitando suas rotinas e suas limitações, buscando compreender e atenuar suas dificuldades, de forma a promover saúde para toda a família.

Doze (38,71%) dos cuidadores/familiares expressaram ser o principal motivo da primeira visita do seu filho ao consultório odontológico, a dor, seguido da realização de exame bucal respondida por 7 (22,58%). Seis (19,35%) manifestaram que a primeira visita foi com o objetivo de realizar atividades preventivas, 2 (6,45%) por mau hálito e 2 por dentes cariados ou quebrados.

É importante ressaltar que a dor é, no Brasil, o principal motivo que parece levar os indivíduos autistas a procurar pela primeira vez um cirurgião dentista. Provavelmente este fato se dê pela dificuldade de realizar atividades preventivas e/ou curativas que venham a diminuir o avanço significativo da cárie.

Alguns cuidadores/familiares, quando inquiridos sobre o tratamento que foi realizado pelos cirurgiões dentistas na primeira consulta manifestaram mais de uma intervenção, os mais apontados foram: 14 se referiram ao início do tratamento bucal como primeira intervenção; 10 mencionaram ter sido limpeza; 8 instrução de higiene oral; 5 escovação dentária; 4 contenção; 3 sedação e 4 disseram que nenhum tratamento foi realizado na primeira consulta.

Vinte dos cuidadores/familiares (64,52%) manifestaram que o tratamento odontológico realizado nos alunos da Escola do Autista teriam sido bom ou muito bom. Apenas 3 (9,68%) opinaram que este teria sido ruim ou muito ruim e 8

(25,80%) não souberam opinar ou responderam que consideraram o tratamento nem bom nem ruim.

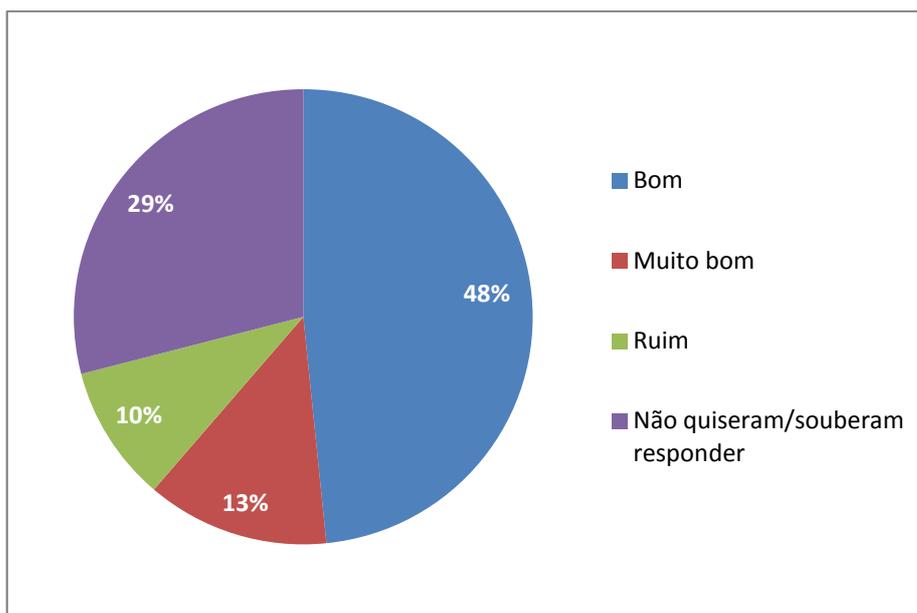
Vinte (64,52) responderam que os alunos estão sendo atualmente acompanhados por cirurgiões dentistas e 11 (35,48%) responderam que os autistas não eram acompanhados atualmente por profissionais da saúde bucal.

Resulta importante colocar que 20 (64,52%) cuidadores/familiares avaliam como muito boa a saúde bucal dos autistas. Os dois extremos da situação (muito boa e muito ruim) foram respondidos, cada uma, por um cuidador. Três (9,68%) consideram ruim a condição de saúde bucal de seus filhos e 6 (19,34%) não souberam responder.

O anterior faz jus a preocupação que o cuidador/familiar tem com a saúde bucal dos autistas, sendo que 27 (87,1%) manifestaram bastante preocupação, 1 deles se preocupa extremamente e apenas 3 expressaram “mais ou menos”, indicativo de que não estavam certos de sua preocupação.

Na atualidade 21 (67,74%) cuidadores/familiares não veem problemas com a saúde bucal de seus dependentes e 10 (32,26%) manifestaram ter problemas em ordem decrescente: mau hálito, cárie dentária, dor, problemas periodontais, fraturas e necessidade de tratamento ortodôntico.

Quinze dos cuidadores/familiares (48,39%) tiveram um conceito de bom sobre a prestação dos serviços de saúde gerais no SUS, 4 (12,9) consideraram muito bom, apenas 3 (9,68%) encontraram os serviços públicos de saúde ruim e 9 (29,03%) não souberam responder. Similares dados foram emitidos com relação ao conceito que os cuidadores/familiares têm sobre os serviços de saúde bucal prestados pelo SUS (Gráfico 8).



**Gráfico 8 - Conceito sobre a prestação de serviços do SUS segundo familiares/cuidadores dos alunos da Escola Municipal do Autista "Maria Lúcia de Oliveira" em São José do Rio Preto, 2012.**

Metade dos entrevistados manifestou satisfação ao considerar "bom" o atendimento que se realiza pelos serviços públicos de saúde ao autista. Apesar disso ser considerado um avanço, parece ser que os serviços de saúde deveriam superar estes índices de satisfação a partir de uma diferente abordagem e motivação promocional em saúde para com os cuidadores/familiares, bem como para os autistas.

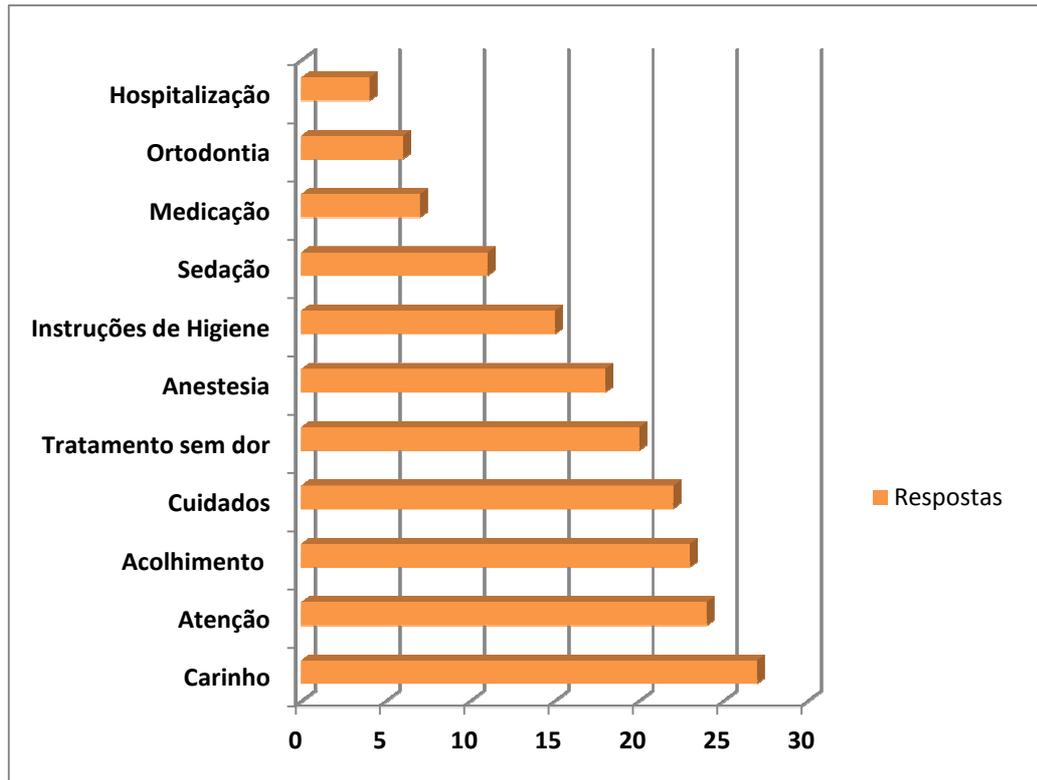
Quando perguntados especificamente sobre a realização de higiene bucal, sendo esta uma das necessidades mais eminentes para garantir a saúde bucal dos autistas, 30 cuidadores/familiares (96,77%) manifestaram realizar limpeza com uso de escova dentária, alguns deles agregaram o uso do fio dental, bochechos com produtos fluoretados e unicamente 2 manifestaram fazer a higiene bucal com uso de pano úmido, 1 deles agregando-lhe o uso de creme dental. Quanto a frequência da realização desta higiene bucal, 12 cuidadores/familiares (38,71%) disseram fazê-lo 2 vezes ao dia; 10 (32,26%) o fazem apenas 1 vez ao dia e 9 (29,03%) disseram realizar a higiene bucal 3 vezes ao dia. Resulta importante anotar sobre o momento da higiene bucal, que 26 dos cuidadores/familiares (83,87%) realizavam esta atividade ao acordar, 17 antes de dormir, 6 após o almoço, 2 após o jantar e 3 após as refeições.

É importante discutir que os cuidadores/familiares aproveitam para realizar a higiene bucal durante o momento do banho do autista, antes de ir a escola, assim como antes de dormir. Acredita-se ser importante motivar esta atividade de higiene bucal durante a presença na escola, onde geralmente estes alunos tomam suas refeições.

A informação mais importante advém de que 29 dos cuidadores/familiares (93,54) relataram que eles próprios realizam a limpeza bucal nos autistas. Apenas 5 manifestaram que o cirurgião dentista também realiza esta atividade durante as consultas odontológicas, sendo que 2 deles relataram que o próprio aluno realizava sozinho a higiene bucal. Faz-se importante o estímulo ao aprendizado correto por parte dos cuidadores/familiares, de técnicas adequadas de higiene bucal, pois devido a sua permanência mais próxima ao autista, os mesmos podem modificar satisfatoriamente a qualidade de vida destes sujeitos. Para isso é imprescindível que os cirurgiões dentistas modifiquem sua conduta e passem a realizar atividades de promoção e educação em saúde bucal durante as consultas individuais e visitas domiciliares, destinadas ou não a pacientes autistas.

Quando perguntados sobre o que esperam que o autista receba durante a atenção odontológica como atividade fundamental para os sujeitos, os cuidadores/familiares responderam com diversas ações que, para eles, teriam significado na melhor saúde bucal do aluno

Cabe ressaltar que 27 (87,1%) dos cuidadores/familiares manifestaram esperar receber carinho por parte da equipe de saúde bucal, seguido de atenção, acolhimento e cuidado especial para com eles. Teriam significado na melhor saúde bucal do aluno (Gráfico 9).



**Gráfico 9 - Respostas sobre o que os cuidadores/familiares esperam que seu filho receba durante a atenção odontológica em São José do Rio Preto, 2012**

Não cabe a menor dúvida que, de alguma forma, na concepção dos cuidadores/familiares, está faltando um maior carinho e boa vontade no atendimento ao autista nos serviços de saúde bucal. É necessário que a profissão odontológica tome consciência sobre a importância de ouvir ao autista, bem como estes cidadãos e familiares que cuidam do cotidiano do autista e que conseguem perceber as necessidades que provavelmente não estejam sendo integralmente satisfeitas, como a prática profissional odontológica que aborda os alunos da Escola do Autista.

**Quadro 11 - Elementos constituintes da dieta alimentar dos autistas.**

Elementos da Dieta do Autista	Café da manhã	Lanche Manhã	Almoço	Lanche Tarde	Jantar
Leite	22	1		6	
Pão	18	3		6	
Achocolatado	8	1			
Bolachas	7	2		5	
Frutas	4	3		6	
Iogurte	2			7	
Café com leite	2				
Sucos	2			2	
Não faz		14		4	
Arroz			25		23
Feijão			25		22
Carne			23		21
Legumes			29		13
Massa/macarrão			11		8
Verduras			8		7
Ovos			9		9
Pastel			2		1
Bolo				6	
Outros: Café da Manhã: Queijo, na escola, não faz, mamadeira, manteiga, chá, leite de soja			Destes produtos, 1 resposta sobre cada elemento.		
Outros Lanche Manhã: Ovos, bolo, vitamina, refrigerante, peixe, maionese, mortadela, leite de soja			Destes produtos, 1 resposta sobre cada elemento.		
Outros: almoço e jantar: Carne moída, iogurte, queijo, chocolate, sucos, doces, leite de soja, leite, pão, sopa, batata frita, mamadeira, peixe, sorvete			Destes produtos, 1 resposta sobre cada elemento.		
Outros: Lanche Tarde: Lasanha, chocolate, pipoca, chá, doces, mingau, frango, pastel, sorvete, leite de soja, pizza, cachorro quente			Destes produtos, 1 resposta sobre cada elemento.		

Com relação a dieta, faz-se importante ressaltar que há uma preferência por alimentos pastosos como arroz com caldinho de feijão, pães e bolachas amolecidos no leite, verduras bem cozidas e algumas vezes amassadas. Esta informação vem de encontro aos estudos de Nagendra e Jayachandra (11), que citam alimentos pastosos como os favoritos entre os autistas. Algumas mães relataram, durante a entrevista, que amassam ou trituram alguns alimentos para garantir uma dieta balanceada ao autista. Assim ele come alimentos que, em sua apresentação normal, ele se negaria a comer, como vagem, por exemplo.

Nota-se também que entre os 31 cuidadores/familiares, poucos responderam o consumo de frutas como parte da dieta alimentar dos autistas.

Durante a realização das entrevistas, a autora pôde notar que refrigerantes, chocolates, doces, bolos, sorvete e salgadinhos industrializados de milho são uma forma de agradar aos autistas.

Muitas mães se sentem culpadas pelos problemas que o autismo acarreta aos seus filhos (85), (87). Estes problemas englobam as dificuldades motoras, a ausência ou dificuldade na fala, a exclusão social, os inúmeros medicamentos e os efeitos dos mesmos, as inúmeras consultas médicas em busca de respostas, os exaustivos exames pelos quais estes indivíduos tiveram que se submeter, a falta de recursos para oferecer o melhor aos seus filhos, e tudo isso pode explicar o fato de que as mães oferecem alimentos doces e agradáveis ao paladar como forma de carinho e/ou como um pedido de desculpas, como se estes alimentos pudessem minimizar os problemas enfrentados pelo autista. De maneira semelhante, De Palma e Raposa (34) alertam sobre os problemas em saúde bucal causados por estas “recompensas alimentares”.

O cirurgião dentista da ESF deve compreender e conhecer todo este conjunto para intervir de maneira respeitosa e suave no cotidiano destas pessoas.

Assim como um bom CD busca tratamentos restauradores conservadores e pouco invasivos para garantir a saúde bucal de seus pacientes, ele também deve ter em mente que as relações pouco invasivas são mais conservadoras. Propor mudanças gradativas a estas famílias, respeitando a realidade em que vivem, é a melhor forma de conseguir resultados satisfatórios.

### **7.3. Informações Obtidas dos Profissionais da Escola do Autista**

Foram entrevistados 16 profissionais que atuam na Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira” de São José do Rio Preto, sendo eles 7 professores, 1 fonoaudióloga, 1 enfermeira, 1 diretora, 1 coordenadora pedagógica, 1 secretária, 1 preparadora de alimentos, 2 auxiliares de limpeza e 1 vigia.

Entre os entrevistados, 14 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. A idade média destes profissionais foi de 46 anos. Cabe assinalar que o pessoal que consegue conviver com os autistas está na maturidade da vida, com competência e experiência possíveis de lidar com pessoas especiais.

Sete dos entrevistados responderam, quanto a sua formação para atuar com portadores de autismo que tinham curso de capacitação para trabalhar com alunos

especiais, oferecido pela prefeitura municipal e 9 responderam que não têm formação específica para desenvolver este trabalho. Nenhum dos profissionais têm especialização na área de atuação com famílias que têm indivíduos com necessidades especiais.

Considerando o objetivo do trabalho dos entrevistados com os alunos, 13 (81,25) responderam que seu trabalho contribui bastante para o bem estar e a saúde geral dos alunos da instituição, 2 (12,5) deles responderam que seu trabalho contribui de maneira suficiente com a saúde e bem estar dos autistas e 1 (6,25) deles respondeu que seu trabalho contribui muito para o bem estar destes indivíduos.

Schmidt e Bosa (84) salientam a importância da Escola Especial como forma de apoio social. As mães se sentem apoiadas e orientadas por esta instituição, pois ela exerce uma função de proteção por meio de atendimento psicológico, orientações, informações e atendimento grupal. Esse apoio atenua e impede que o estresse materno evolua para fases mais agudas.

Quanto a satisfação dos alunos da instituição com relação ao trabalho desenvolvido por estes profissionais, 15 (93,75%) responderam que acreditam que os alunos estão bastante satisfeitos e 1 (6,25%) respondeu que acredita que os alunos estão satisfeitos.

Onze (68,75%) consideram muita pouca a colaboração que os pais dos alunos realizam para melhorar os resultados dos trabalhos desenvolvidos na escola. Um profissional considerou que os pais não colaboram, 1 profissional considerou que os pais colaboram de maneira razoável e 3 consideram que os pais colaboram bastante. Nenhum profissional respondeu que os pais colaboram muito.

Neste sentido, percebe-se que a escola é o único espaço social que divide com a família a responsabilidade de educar, oferecendo possibilidades de desenvolvimento social. Ao mesmo tempo, em que é capaz de trazer novas esperanças às famílias, a escola colabora no sentido de mostrar para os pais a realidade, evitando frustrações advindas desta situação (84).

Esta pesquisa mostra que um esforço adequado realizado pelos recursos humanos envolvidos no acompanhamento aos alunos, é recebido satisfatoriamente pelos mesmos e que a escola continua a ser uma instituição capaz de elevar a qualidade de vida da sociedade e em particular das pessoas que vivem uma realidade de exclusão.

Faltam formas de motivação para que os pais valorizem a importância de sua colaboração no processo de atenção integral ao autista. Esta tarefa deve ser realizada, de forma continuada, por todos os profissionais que, de uma forma ou outra, estão envolvidos nesta atividade.

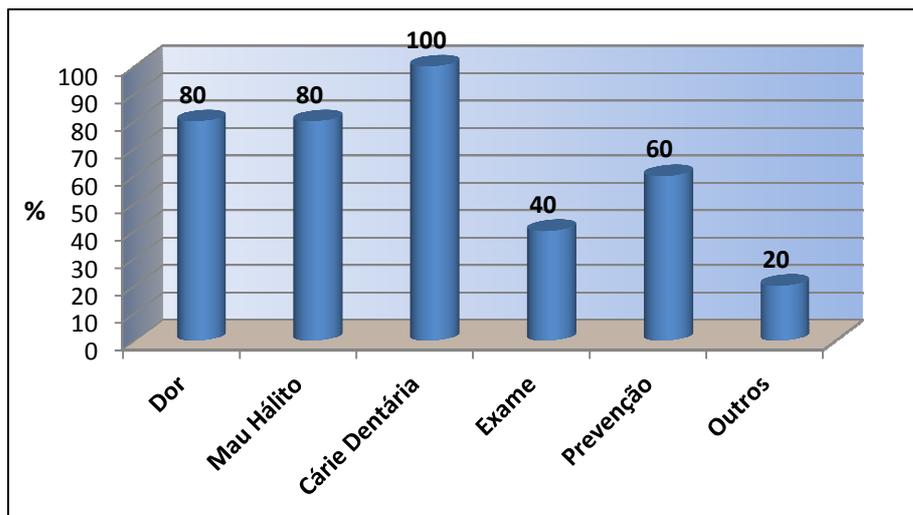
Quando estes profissionais observam algum problema de saúde com relação aos alunos autistas, 13 comunicam imediatamente para os pais, 6 deles comunicam para a direção da escola e 2 manifestam fazer um encaminhamento para tratar do problema específico apresentado.

As principais dificuldades de 9 (56,3) dos profissionais que atuam na Escola do Autista, se referem às relações com os cuidadores/familiares dos alunos. Oito (50%) consideram serem os problemas de caráter burocrático os mais comuns, 2 deles (12,5%) referem que é a falta de pessoal (recursos humanos) e em número similar a falta de conhecimento sobre o assunto; porém deve anotar-se, como dificuldade importante no seu trabalho a questão da exclusão social que se faz destas pessoas no contexto social em que se inserem.

#### **7.4. Informações Obtidas dos Profissionais da Saúde Bucal**

Participaram da pesquisa 5 cirurgiões dentistas (CDs) que têm relação profissional com os autistas, com média de idade de 36 anos, sendo 80% do sexo feminino. Três deles trabalham na APAE, um no AME e um em consultório particular.

Segundo os CDs entrevistados, o principal motivo que leva o paciente autista à primeira consulta odontológica, é dentes cariados, seguidos de dor, mau hálito e prevenção e exame. Deve-se aclarar que os CDs manifestaram que somente em 20% dos casos os pacientes autistas continuam o tratamento indicado após esta primeira consulta (Gráfico 10).



**Gráfico 10 - Porcentagem dos motivos da primeira consulta, segundo Cirurgiões Dentistas que atendem pacientes especiais na Escola Municipal do Autista “Maria Lucia de Oliveira” do Município de São José do Rio Preto, SP. 2012**

Chama-se atenção a este fato pois, parece ser que falta motivação por parte dos profissionais e também dos cuidadores/familiares não permite promover a continuidade do tratamento, tão importante para estes pacientes.

Os principais problemas relatados pelos CDs, encontrados na cavidade bucal dos pacientes autistas se referem principalmente a cárie dentária, doença periodontal, perda de dentes e placa bacteriana(Gráfico 10).

Somente um (20%) CD manifestou fazer sedação utilizando óxido nitroso e por via intravenosa. Três deles faz uso de contenção física porque acreditam ser necessário devido a que alguns pacientes tem comprometimento mental muito sério ou não são colaboradores. Os principais tipos de contenção física utilizados, segundo anotado, foram: uso de tecido e ataduras com velcro e assistência direta do pessoal auxiliar. Quando perguntados sobre a palavra “contenção”, manifestaram que em determinados casos é necessário utilizá-la por ser uma forma de controle da situação ou também por ser um método eficaz para modificar o tratamento do paciente.

Quando os autistas necessitam de tratamento odontológico, os CDs afirmaram ser importante o “condicionamento” por constituir-se numa forma fácil de aprendizagem e que garante e facilita o tratamento, por ser um método que parece modificar o comportamento no consultório. Esta última afirmação foi colocada pela totalidade dos CDs.

Em alguns casos, após estabelecer este vínculo e condicionar o paciente, é possível realizar seu tratamento odontológico sem sedação ou utilizando apenas uma sedação oral, dispensando o uso de contenção. A utilização somente da contenção é não é indicada, pois poderá trazer traumas ao paciente, impossibilitando ou criando dificuldades para as futuras sessões.

É importante ter o cuidado de não assustar o paciente com alguma ação que não tenha sido previamente anunciada, principalmente relacionada a sons ruídos (Foto 4).



**Foto 4 - Condicionamento do paciente autista aos equipamentos odontológicos**

Junto com o trabalho de condicionamento do autista, realizado no consultório, o CD pode ir até a sua casa, conhecer sua rotina, seus hábitos, aproximar-se do paciente e de sua família.

É comum encontrarmos pais que não realizam a higiene bucal de seus filhos autistas e um dos principais objetivos destas visitas é alterar este quadro.

No decorrer dessas visitas o cirurgião dentista consegue inserir a escova de dentes e o creme dental na rotina deste paciente e de seu cuidador.

O paciente autista que chega a um consultório odontológico pela primeira vez, para receber um tratamento (restaurador, endodôntico, cirúrgico entre outros), não conhece o CD e não conhece aquele ambiente. Possivelmente ele sentirá medo e será submetido ao tratamento contra sua vontade. Por isso é tão importante que, previamente a realização do tratamento, estabeleça-se o contato entre paciente, CD, família e ambiente odontológico.

A opinião de 80% destes profissionais durante sua prática profissional com pacientes autistas, correspondem à percepção de excelente resposta à sua intervenção clínica, especialmente ao realizar um processo gradativo de abordagem e condicionamento, para tornar o tratamento menos traumático para todos os envolvidos. Entretanto os mesmos profissionais relatam que, algumas vezes este processo de abordagem ao paciente autista não é realizado, principalmente porque este tipo de tratamento requer maior tempo destinado a condicionar este indivíduo e geralmente não há horário suficiente na agenda de atendimento para estes procedimentos. Opinam também que requerem maior conhecimento sobre este tipo de abordagem, ao mesmo tempo que falta pessoal auxiliar e melhor colaboração por parte dos cuidadores/familiares.

Nos casos em que o CD não está apto ou não tem a estrutura necessária para tratar os dentes do paciente autista em seu próprio consultório, é interessante que ele acompanhe o paciente junto com o familiar, à consulta no local de referência, já que este profissional tem a confiança do paciente autista e de sua família. A sua presença poderá tranquilizar ou minimizar o nervosismo do paciente durante o procedimento, mesmo que seja realizado por outro CD.

De acordo com Fourniol (90), o contexto do atendimento não se resume em conhecer a possível patologia oral, como também as condições sistêmicas que mostram a direção para o êxito do tratamento. Antecedendo a intervenção odontológica, propriamente dita, tem-se um longo caminho a percorrer. A correta abordagem psicossocial e orgânica do paciente, assim como a relação que se estabelece com a família é essencial.

Guedes Pinto (77) afirma que um dos aspectos mais inquietantes do tratamento odontológico das crianças especiais é a relação que se estabelece entre o cirurgião dentista, a família e a criança especial. Quando o CD recebe em seu consultório o PNE, a porta que se abre recebe também toda uma família especial. Existe uma série de importantes fatores que extrapolam os limites do consultório projetando-se no âmago da família do paciente, portadora de uma carga tensional que, muitas vezes, provoca mudanças fundamentais na estrutura, nos padrões e no funcionamento do lar.

A manutenção/continuidade de um tratamento odontológico é importante em qualquer atendimento clínico. Quando realizamos um tratamento, seja qual for, em

um paciente considerado normal, a manutenção muitas vezes, vem agregada a evolução positiva daquele paciente. Tratando-se do paciente autista a manutenção é fundamental. O CD deve se preparar para dar sequência ao que já foi realizado anteriormente e deve saber que a resposta a esta manutenção será diferente de um paciente sem necessidades especiais.

Assim como acontece no condicionamento, o CD deve ter paciência e saber das limitações do seu paciente. Cada novo encontro entre o autista e seu cirurgião dentista (seja no consultório ou numa visita domiciliar) pode ser muito mais produtivo que o anterior, dando sequência e continuidade ao tratamento.

O autista frequentemente apresentará variações de humor e este aspecto de seu quadro clínico não deve desestimular o CD nem deixá-lo esquecer o principal objetivo de seu trabalho: fazer a manutenção do tratamento e evitar/protelar novos danos a saúde bucal de seu paciente.

Assim, compreender a complexidade de um quadro autístico, que muitas vezes não irá evoluir a ponto de realizar, por exemplo, uma escovação com todas as especificidades necessárias, mas que estará realizando a escovação, este avanço deve ser considerado e valorizado pois é de fato uma evolução e é benéfico.

Lidar com as limitações do paciente e também com as próprias expectativas é importante para a manutenção do tratamento e para manter paciente, família e profissionais motivados e envolvidos.

Segundo os entrevistados, na maioria das vezes (60%), os mesmos acompanham e realizam manutenção dos tratamentos odontológicos realizados em seus pacientes autistas, 40% respondeu que algumas vezes o fazem e quando estes são realizados as consultas ocorrem em intervalos de 6 a 8 meses, colocando ainda que este tempo é suficiente para esta atividade.

Uma situação importante diz respeito ao tempo destinado nas consultas para realizar orientação em aspectos de educação odontológica para os cuidadores/familiares dos pacientes autistas. Três profissionais (60%) relataram em suas respostas que só desenvolvem esta atividade em algumas oportunidades, sendo que, a critério da autora, deveriam ser realizadas sempre. Em todas as consultas, uma orientação básica dos procedimentos de prevenção, proteção e

cuidado na área odontológica, deveriam ser fornecidas aos pacientes e cuidadores/familiares.

A perda dental, as extrações, internações, sedações são procedimentos invasivos no ponto de vista odontológico, mas também muito complexos para os familiares, que se preocupam e se angustiam. E, claro, o reflexo destas ações para o próprio paciente, submetido a cuidados em ambientes com os quais não estão familiarizados, com profissionais desconhecidos, com toques e contatos inesperados e muito intoleráveis para estes sujeitos é, sem dúvida alguma, um grande fator estressor.

Os CDs manifestaram que raramente os cuidadores/familiares colaboram para manter a saúde bucal de seus filhos em dia. Sendo os mais importantes facilitadores na colaboração do paciente autista: a sedação, a presença do cuidador, bem como uma adequada abordagem, utilizando as vezes anestesia e a contenção para permitir um tratamento odontológico de sucesso.

Aproveitando as considerações observadas nos resultados e aproveitando também a experiência no trabalho em Unidades de Saúde da Família, a autora desta pesquisa formula e propõe um protocolo de atenção ao paciente autista para ser utilizado nestas unidades de saúde. Compreende aspectos relacionados à abordagem, diagnóstico, aspectos básicos de tratamento e acompanhamento, bem como atividades principais no esforço dos profissionais da saúde bucal para aproximar-se de forma mais coerente, técnica e efetiva dos indivíduos autistas e principalmente da família envolvida neste processo, no contexto social em que vivem (Apêndice A).

O cirurgião dentista, envolvido em atender as necessidades de sua comunidade, irá buscar, através de sua própria experiência, estratégias e ações que lhe permitirão a realização deste trabalho.

Considerando todas as dificuldades que já foram apontadas sobre a saúde e higiene bucal do paciente autista, considerando também que as ações da equipe da Estratégia da Saúde da Família inclui o trabalho de visitas domiciliares, sugere-se que toda equipe de saúde bucal, incluindo o cirurgião dentista, elabore um plano de ações para promover a saúde bucal destes pacientes.

Assim, algumas mudanças precisam ser buscadas. Segundo Bieler e Nogueira (91), pensar em toda a diversidade humana, humanizar e universalizar

serviços são grandes desafios que se impõem neste início de um novo milênio. Os sintomas detectados não parecem ser, infelizmente, exclusividade de países pobres. Marginalizar as diferenças tem sido a sabedoria dos homens que, num esforço em vão, tentam padronizar o que Deus, infinitamente sábio, criou totalmente diverso.

As políticas públicas apresentam distância prática destas ações, mas demonstram em seus pareceres, manuais, orientações e guias uma intenção para a aplicação e utilização de novas técnicas para o autista, bem como para com todos os portadores de necessidades especiais.

Hoje a Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais é uma das especialidades reconhecidas pelo CFO, que no Art. 4º da Resolução 25/2002, define como áreas de competência para atuação do especialista:

a) Prestar atenção odontológica aos pacientes com graves distúrbios de comportamento, emocionalmente perturbados;

b) Prestar atenção odontológica aos pacientes que apresentam condições incapacitantes, temporárias ou definitivas a nível ambulatorial, hospitalar ou domiciliar;

c) Aprofundar estudos e prestar atenção aos pacientes que apresentam problemas especiais de saúde com repercussão na boca e estruturas anexas (CRO-DF, 2002).

## 8. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Considerando a revisão da literatura dos últimos dez anos em relação aos princípios técnico-clínicos e sociais da abordagem integral de pacientes autistas, pode considerar-se “possível e desejável” uma aproximação ética, social, psicológica e de saúde bucal à promoção, prevenção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação da saúde bucal dos autistas que assistem a Escola Municipal do Autista “Maria Lúcia de Oliveira”, São José do Rio Preto.

Embora haja muito pouco na literatura sobre acolhimento, condicionamento e tratamento dos autistas, este trabalho deve ser realizado com dedicação, grande empenho por parte do profissional e, porque não dizer, com carinho. A criação de um vínculo real entre o profissional, o paciente e sua família possibilitará ao cirurgião dentista propor e executar mudanças na rotina e nos hábitos, não só deste paciente mas também de todos em sua moradia.

Os achados desta pesquisa apontam para uma necessidade de diagnóstico precoce de autismo em crianças, já que o estudo observou que os cuidadores/familiares notam comportamento diferente nestas crianças antes dos 2 anos de idade, entretanto o diagnóstico do autismo acontece após esta idade.

A abordagem social e familiar permite conhecer as determinações do processo de saúde-doença do autista no próprio contexto social, especificar as principais características epidemiológicas e necessidades de saúde bucal.

Os princípios da prática odontológica podem ser aplicados, desde a atenção básica na Estratégia de Saúde da Família até adequadas referência e contra referência para clínicas especializadas de acompanhamento da saúde bucal, no próprio contexto social da moradia do autista, desenvolvendo uma atenção integral a estes sujeitos.

É possível abordar os problemas de saúde bucal do autista, desde um enfoque semiológico correto, diagnóstico e plano de tratamento adequados, obtendo um condicionamento satisfatório com enfoque preventivo e clínico odontológico, capazes de elevar a qualidade de vida destes cidadãos.

É possível acompanhar a história biopsicosocial das condições em que se desenvolve o autista para permitir uma melhor inclusão social dos mesmos desde que, utilizada boa competência técnico-clínica, vontade de ser solidário no processo

e seguir os preceitos definidos para a atenção básica da população brasileira, como uma sociedade total.

Parece ser que esta situação deve ser melhor acompanhada nas unidades de saúde bucal da família, tema que necessita de aprofundamento em pesquisa para sua universalização técnico administrativa, com a necessidade de utilização de poucos recursos financeiros.

Aproximadamente 40% dos alunos pesquisados, recebem adequada abordagem em saúde bucal na unidade de trabalho da autora desta pesquisa, o que faz possível demonstrar que podem ser conhecidas suas necessidades e condições objetivas de saúde bucal, formular um plano de tratamento integral e acompanhá-lo assintomaticamente.

É possível assim, captar diferenças sobre satisfação no processo clínico social empregado na realização dessas atividades e realizar trabalho solidário com as famílias em todo o processo de abordagem clínico-psico-social.

Ainda que não todos os profissionais estejam dispostos a esta empreitada, aparecem avanços no enfoque integral, que levanta melhores expectativas aos cuidadores/familiares, profissionais e sobretudo, autistas.

O atendimento e o acompanhamento de pacientes com necessidades especiais é uma realidade e uma constante nos serviços públicos de saúde. Cabe aos profissionais buscarem novas metodologias para realizar o atendimento de forma mais adequada possível.

O trabalho realizado pela autora, no cotidiano da sua prática profissional com autistas e demais sujeitos com necessidades especiais pode ser norteado por alguns pilares principais: aproximar; conhecer; confiar; despertar interesse; desenvolver hábitos de higiene e uma dieta saudável; realizar o tratamento; realizar visitas domiciliares periódicas que permitam um adequado acompanhamento destes indivíduos seguido de ações clínicas para determinar a incidência de problemas anteriores ou o aparecimento de novos, que requeiram continuada atenção integral destes indivíduos.

A melhor compreensão do processo de abordagem técnica e maior comunicação profissional-paciente-família, parece necessitar de maior pesquisa científica, para demonstrar os reais e objetivos efeitos da prática profissional

odontológica diferenciada, bem como o alcance da satisfação dos pacientes e seus cuidadores/familiares num enfoque integral.

Os cuidadores/familiares consideram de grande importância atender às necessidades de saúde bucal dos autistas e se mobilizam neste sentido, no entanto os profissionais expressam contrariamente, falta de colaboração por parte dos pais dos alunos.

As visitas domiciliares são parte fundamental das ações e do comportamento dos profissionais na Estratégia Saúde da Família, portanto, ir à casa do paciente para verificar a escovação, como é realizada, com que frequência, observar as dificuldades encontradas, propor soluções ali mesmo, envolver a família no processo, minimizar dificuldades e criar três vínculos fundamentais: dentista-família/ dentista-paciente/ paciente-família.

Muito além das expectativas dos outros, e/ou das dificuldades funcionais, o autista em sua percepção de mundo, é feliz, independentemente de seus déficits funcionais. Para assisti-lo melhor, basta ouvi-lo um pouco mais.

Ouví-lo, no seu universo pessoal, poderá abranger uma perspectiva de atendimento integral em saúde e permitir avaliar os efeitos dos procedimentos terapêuticos e ações realizadas.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde - CID 10. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Coord. Organiz. Mundial de Saúde; Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. p. 367-369.
2. Fombone E. Epidemiological trends in rates of autism. *Mol Psychiatry*. 2002;7 Suppl 2:S4-6.
3. Campos CC, Haddad AS. Transtornos de comportamento e tratamento odontológico. In: Haddad AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Santos; 2007. p. 229-239.
4. Souza RC, Martins RB, Giovani EM. Prevalência de cárie em grupos distintos de pacientes com necessidades especiais. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2011;65(4):264-7.
5. Alves EGR. Atendimento Odontológico a autistas. 2005. [acesso em 2010 Jun 03]. Disponível em: [http://www.guiaodonto.com.br/ver\\_artigo.asp?codigo=228](http://www.guiaodonto.com.br/ver_artigo.asp?codigo=228).
6. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nerv Child*. 1942;2:217-250.
7. Fernandes FDM. Autismo infantil: repensando o enfoque fonoaudiológico: aspectos funcionais da comunicação. São Paulo: Lovise; 1996. p. 47-48.
8. Assumpção Jr. FB, Pimentel ACM. Autismo Infantil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22 Supl 1:37-39.
9. Mendes SCT. Caracterização de aspectos da fala e da linguagem oral em pais de autistas [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2008.
10. DSM-IV-TR – Transtornos Globais do Desenvolvimento. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 99-103.
11. Nagendra J, Jayachandra S. autism spectrum disorders: dental treatment consideration. *J Int Dent Med Res*. 2012;5:(2):118-121.
12. Gupta AR, State MW. Autism: genetics. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28 Suppl 1:29-38.
13. Benítez-Burraco A. Autism and language: some molecular aspects. *Rev Neurol*. 2008;46(1):40-48.
14. Nikolov R, Jonker J, Scahill L. Autistic disorder: current psychopharmacological treatments and areas of interest for future developments. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28 Suppl 1:S39-S46.
15. Losh M, Piven J. Social-cognition and the broad autism phenotype: identifying genetically meaningful phenotypes. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(1):105-112.

16. Schimidt C, Dell'Aglio DD, Bosa CA. Estratégias de coping de mães de portadores de autismo lidando com dificuldades e com a emoção. *Psicol Reflex Crit.* 2007;20(1):124-131.
17. Organização Mundial da Saúde. Levantamentos básicos em saúde bucal. 4ª ed. São Paulo: 7 Letras, 1999.
18. Gadia CA, Tuchman R, Rotta NT. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *J Pediatr (Rio J.)* 2004;80:Suppl 2:S83-S94.
19. Rade RE. Controversial issues in treating the dental patient with autism. *J am Dental Assoc.* 2010;141(8):947-53.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial. Brasília: Ministério da Saúde; 1992. 23 p.
21. Katz CRT, Vieira A, Menezes JMLP, Colares V. Abordagem psicológica do paciente autista durante o atendimento odontológico. *Odontol Clin.-Cientif.* 2009;8(2):115-121.
22. Oriqui MSY. Avaliação Clínica das Condições de Saúde Bucal de Pacientes Autistas. [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2006.
23. Campos CC, Frazão BB, Saddi GL, Morais LA, Ferreira FG, Setúbal PCO, et al. Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais. Goiânia: Universidade Federal de Goiás - Faculdade de Odontologia; 2009. p. 26-29.
24. Portillo JAC, Ferreira MAD, Ferreira LB. Abordagem de comunidades nas práticas de saúde. Brasília: Catamaram; 2002.
25. Braff MH, Nealon L. Sedation of the autistic patient for dental procedures. *ASDC J Dent Child.* 1979;46(5):404-407.
26. Costa FOC, Fernandes APS, Regis Filho GI. Aspectos psicológicos no condicionamento do paciente de unidades hospitalares pediátricas – um estudo de caso. 2006. XXVI ENEGEP - Fortaleza, CE, Brasil, 9 a 11 de Outubro de 2006. [acesso em 2011 Jan 07]; Fortaleza. Disponível em: [http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006\\_TR500330\\_8434.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR500330_8434.pdf)
27. Oliveira BRG, Collet N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 1999;7(5):95-102.
28. Mitre RM. Brincando para viver: um estudo sobre a relação entre a criança gravemente adoecida e hospitalizada e o brincar [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz, Instituto Fernandes Figueira; 2000.
29. Brougère G. Brinquedo e cultura. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2002. p.19-32.

30. Klein U, Nowak AJ. Autistic disorder: a review for the pediatric dentist. *Pediatr Dent*. 1998;20(5):312-7.
31. Bassokou IH, Santos MTBR. Autismo Infantil e a Odontologia. *Rev APCD*. [Periódico on-line] 2007. [acesso em 2010 Dez 20]. Disponível em: [URL:http://www.apcd.org.br/noticias.asp?idnoticia=1512](http://www.apcd.org.br/noticias.asp?idnoticia=1512).
32. Silva RAB, Mora GZ, Andrade PER, Queiroz AM. Aspectos de interesse ao tratamento odontológico. *Odontol Clín.-Cient*. 2008;7(3):191-196.
33. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie Dentária no Brasil: Declínio, Iniquidade e Exclusão Social. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(6):385-93.
34. De Palma AM, Raposa KA. Building Bridges: dental care for patients with autism. 2010. [acesso em 2011 Jan 07]. Disponível em: [http://www.ineedce.com/coursereview.aspx?url=2037%2FPDF%2F1103cei\\_aut.pdf&scid=14486](http://www.ineedce.com/coursereview.aspx?url=2037%2FPDF%2F1103cei_aut.pdf&scid=14486)
35. Guaré RO, Ciamponi AL. Dental caries prevalence in the primary dentition of cerebral-palsied children. *J Clin Pediatr Dent*. 2003;27(3):287-91.
36. Shyama M, Al-Mutawa SA, Morris RE, Sugathan T, Honkala E. Dental caries experience of disabled children and young adults in Kuwait. *Community Dent Health*. 2001;18(3):181-6.
37. Luppapanornlarp S, Leelataweewud P, Putongkam P, Ketanont S. Periodontal status and orthodontic treatment need of autistic children. *World J Orthod*. 2010;11(3):256-61.
38. Campos CC, Haddad AS. Transtornos de comportamento e tratamento odontológico. In: Haddad AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Santos; 2007. p. 229-239.
39. Klein U, Nowak AJ. Characteristics of patients with Autistic Disorder (AD) presenting for dental treatment: a survey and chart review. *Spec Care Dent*. 1999;19(5):200-207.
40. Grusven MFV, Cardoso EBT. Atendimento odontológico em pacientes especiais. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1995;49(5):364-9.
41. Aguiar FLMA, Garcia RMC. Análise descritiva de atendimentos odontológicos aos pacientes portadores de necessidades especiais em alguns serviços assistenciais no Distrito Federal. *Associação Brasileira de Odontologia*. Brasília – DF. 2003; 11-23.
42. Araújo MAFA, Vedrano APG, Gonnelli FAZ, Marcucci A. Assistência Odontológica em Pacientes Portadores de Necessidades Especiais atendidos em uma única instituição. *Rev Paul Odontol*. 2010;32(2):34-8.

43. Friedlander AH, Yagiela JA, Paterno VI. The pathophysiology, medical management and dental implications of fragile X, Rett and Prader-Willi syndromes. *J. Calif Dent Assoc.* 2003;31(9):693-702.
44. Brasil. Constituição Federativa do Brasil. Art 199 a 202. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. 1988. p. 34.
45. Brasil. Lei n. 8.080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União - Seção 1 - 20/9/1990*, página 18055.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Bucal no Programa Saúde na Família – Equipes de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 24 p.
47. Pereira AC, et al, organizadores. *Odontologia em Saúde Coletiva*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.58-62.
48. Roncalli AG. Organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.
49. Moysés SJ, Silveira Filho AD. Saúde bucal da família: quando o corpo ganha uma boca. In: Moyses SJ. *Dizeres da boca em Curitiba*. Rio de Janeiro: Cebes; 2002. p. 33- 161.
50. Corrêa MSNP, Corrêa JPNP, Corrêa FNP. Aspectos Clínicos e Psicológicos de Pacientes com Necessidades Especiais Relevantes na Conduta Odontológica. In: Haddad AS. *Odontologia para Pacientes Especiais*. São Paulo: Santos; 2007. p. 233.
51. Descritores em Ciências da saúde. Consulta ao DeCS [site da Internet] [acesso em 2010 nov 18]. Disponível em: <http://decs.bvs.br>
52. Brasil. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, 1986. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 19.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 36 p.
54. Marega T. O ensino de escovação e promoção em saúde bucal em crianças pré escolares com autismo [tese]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2008.
55. Savioli C, Campos VF, Santos MTBR. Prevalência de cárie em pacientes autistas. *ROPE - Rev Int Odonto-psicol Odontol Pacientes Espec.* 2005;1(1):80-84.
56. Tarelo LG. Investigação da percepção Dolorosa em Pacientes com Autismo de Alto Funcionamento [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005.

57. Pucca Júnior GA. A política nacional de saúde bucal como demanda nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):243-6.
58. Prety PC, Pretto SM. Educação e motivação em saúde bucal (ABOPREV). 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p.365-70.
59. Sheehy E, Moore K, Tsamtsouris A. Augmentative Communication for the non-speakiaking child. *J. Clinical Pediatr Dent*.1993,17(4):261-264.
60. Pilebro C, Bäckman B. Teaching oral hygiene to children with autism. *Int J Paediatr Dent*. 2005;15(1):1-9.
61. Medina AC, Sogbe A, Gomez RM. Factitial oral lesions in an autistic paediatric patient. *Int J Paediatr Dent*. 2003;13(2):130-7.
62. Pires RCCP, Abreu MHNG, Resende VLS, Massara MLA. Tratamento endodôntico radical na dentição decídua em portador de autismo infantil: relato do caso. *RFO UPF*. 2000;5(1):43-6.
63. Armstrong D, Matt M. Auto extraction in a autistic dental patient: a case report. *Spec Care Dentist*. 1999;19(2):72-4.
64. Kamen S, Skier I. Dental Management of the autistic child. *Spec Care Dent*. 1985;5(1):20-23.
65. Polyzois GL. Custom mouth protectors: an aid for autistic children. *Quintessence Int*. 1989;20(10):775-7.
66. Perissinoto J. Conhecimentos essenciais para atender bem a criança com autismo. São José dos Campos: Pulso; 2003. p. 39-45.
67. Avery D, Mcdonald R. Odontopediatria. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 404-419.
68. Klatchoin DA. Psicologia Odontopediátrica. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2002. p.197-228, 292-303.
69. Boj JR, Catalá M, Garcia-Ballesta C, Mendonza A. Odontopediatria. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2004. p. 263-269, 467-474.
70. Leache E, Quesada J, Pizarro M, Ballestra C, Mendonza A. Odontopediatria. 3ª ed. Barcelona: Masson; 1995. p. 127-154.
71. González Y, Wilson E. E. Paciente Discapacitado. Normas para su atencion en odontologia. 2006. [atualizada em 2002 maio 2010; acesso em 2010 ago 23]. Disponível em: <http://www.odontologia-online.com/publicaciones/pacientes-especiales/item/paciente-discapacitado-normas-para-su-atencion-en-odontologia.html>
72. Mercado RC. Manual de Odontologia Pediátrica. Colômbia: Heine & Cia; 1996. p. 57-58.

73. Tesini D e Fetter CD. D-Termined Program of Repetitive Tasking and Familiarization in Dentistry [DVD]. Hampton, NH: Specialized Care Co; 2004.
74. Kopyca-Kedzierawki D, Auinger P. Dental needs and status of autistic children: results the national survey of children's health. *Pediatr Dent*. 2008;30(1):54-58.
75. Friedlander AH. Autism: Acknowledging the Heritable Aspects of Illness as Possible Barriers to Successfully marshaling Family Assistance. *Spec Care Dentist*. 2005;25(4):177-8.
76. Guedes Pinto AC. *Odontopediatria*. 7ª ed. São Paulo: Santos Editora; 2003. p. 895-928.
77. Carvalho ML, Leão e Silva FM, Barbosa FQ, Duarte FB, Barbosa KB, Figueiredo V, et al. Deficiente? Quem? Cirurgiões Dentistas ou Pacientes com Necessidades Especiais? Em Extensão. 2004;4(1):65-71.
78. Corrêa MSNP. *Odontopediatria na Primeira Infância*. São Paulo: Santos; 1999. p. 375-388.
79. Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 26ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2007. p. 61-77.
80. Enlow DH. *Handbook of Facial Growth*. Philadelphia: Saunders; 1975.
81. Marega T, Aiello ALR. Autismo e tratamento Odontológico: Algumas Considerações. *Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê*. 2005;8(42):150-157.
82. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa nacional de saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
83. Fávero-Nunes MA, Santos MA. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. *Psicol Reflex Crít*. 2010;23(2):208-221.
84. Serra D. Autismo, família e inclusão. *Polêmica*. 2010;9(1):40-56.
85. Schimidt C, Bosa CA. Estresse e auto-eficácia em mães de pessoas com autismo. *Arq Bras Psicol*. 2007;59(2):179-91.
86. Borges HCM, Boeckel MG. O impacto do transtorno autista na vida das mães dos portadores [trabalho de conclusão de curso]. Taquara: Faculdades Integradas de Taquara (Faccat), Curso de Psicologia; 2011.
87. Carmignani MCS. *Viver ao lado da deficiência mental: a história de pais com filhos deficientes mentais*. São Paulo: Vetor; 2005.
88. Browns FH. O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In: Carter B, Mcgoldrick M. *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artmed; 1995. p. 35-56.

89. Zeanah CH, Keyes A, Settles L Attachment relationship experiences and childhood psychopathology. *Ann N Y Acad Sci.* 2003;1008:22-30.
90. Fourniol AF. *Pacientes especiais e a odontologia.* São Paulo: Santos; 1998. p. 223-224.
91. Bieler RB, Nogueira GM. *Diversidade e Deficiência no Novo Milênio.* 2010. [acesso em 2011 Jan 08]. Disponível em: [http://www.conede.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23:diversidade-e-deficiencia-no-novo-milenio&catid=21:textos-publicacoes&Itemid=20](http://www.conede.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23:diversidade-e-deficiencia-no-novo-milenio&catid=21:textos-publicacoes&Itemid=20).

## 10. APÊNDICE A

### Protocolo de Atenção em Saúde Bucal ao Paciente Autista na Estratégia da Saúde da Família



Autores:

**LAIS DAVID AMARAL**<sup>2</sup>  
**JORGE ALBERTO CORDÓN PORTILLO**<sup>3</sup>

Os protocolos de atendimento em saúde são essenciais para a motivação e mobilização da equipe odontológica, além de promover uma maior segurança, educação em saúde e a otimização e qualidade no atendimento prestado. Além disso, os estudos epidemiológicos e a apresentação destes protocolos de atendimento em saúde também são fundamentais para a multiplicação das informações e experiências obtidas, visando a qualidade no atendimento, a otimização do tempo e a segurança, não só da equipe multiprofissional envolvida, como também do paciente e de seus familiares<sup>1</sup>.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) segue os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade e equidade, além de descentralização dos atendimentos, com o objetivo de garantir atenção integral aos indivíduos e estar ligada a serviços de referência e contra referência, para casos de maior especificidade.

---

<sup>1</sup> As fotos exibidas neste Protocolo de Atenção odontológica ao Paciente Autista fazem parte do arquivo pessoal dos autores.

<sup>2</sup> Mestranda do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB); Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB).

<sup>3</sup> Doutor em Ciências da saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Mestrado em Saúde Pública pela Universidad de Antioquia, Colômbia. Professor Adjunto da Universidade de Brasília (UnB).

Cada Equipe da Saúde da Família (ESF) acompanha uma área de abrangência, que divide a população pelo número de famílias e não individualmente. Sendo assim, se determinada família faz parte da área de cobertura da ESF, todos os membros daquela família devem receber atenção integral em saúde.

Além de médico, enfermeira e agentes comunitários, a ESF conta também com cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal, além de algumas unidades contarem também com técnico de higiene dental. Esta equipe de saúde bucal também tem a função de atender às famílias pertencentes à ESF de forma integral e equitativa.

Geralmente, quando há em uma família um indivíduo com comprometimento mental, o cirurgião dentista faz uma guia de encaminhamento para que este paciente receba tratamento na referência. No caso de atendimento a pacientes autistas, que de maneira geral oferecem grande resistência a abordagem do profissional de saúde bucal, o cirurgião dentista, por não ter conhecimento aprofundado sobre o que é o autismo, acredita que o melhor caminho é mesmo encaminhar este paciente para a referência onde, se for necessário, ele receberá atendimento odontológico com uso de sedação, contenção ou anestesia geral.

Esta situação justifica a necessidade de uma orientação geral que possa ser utilizada pelos profissionais da equipe de saúde da família, especialmente quando se trata de pacientes que apresentam distúrbios mentais, como no caso do autismo.

O protocolo de atendimento ao paciente autista que segue neste documento foi criado a partir de experiências clínicas realizadas na atenção básica do SUS, especificamente em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família<sup>1</sup>, é voltado para cirurgiões dentistas que atuam nestas unidades e tem como objetivo sensibilizar o profissional da saúde bucal sobre a importância em modificar, ampliar, abranger as práticas públicas de saúde bucal, sem abrir mão de seu conhecimento técnico, mas agregando a ele o senso de responsabilidade social, solidariedade e humanização.

O profissional de saúde bucal que trata de pacientes autistas deve ter a mente e o coração abertos, trabalhar com habilidades emocionais e não somente com habilidades intelectuais e clínicas. A capacidade de chegar perto do paciente, tanto física quanto emocionalmente e a capacidade de deixar para trás somente o

---

<sup>1</sup> Foram realizadas atividades junto a Estratégia Saúde da Família de Nova Itapirema, SP.

raciocínio e as técnicas para realização de procedimentos odontológicos, usando o instinto e a criatividade, são importantes para o sucesso deste trabalho.

A função do cirurgião dentista (CD) na ESF é atender às necessidades destas famílias de forma integral. Não somente ver o indivíduo integralmente, mas sim as famílias. Isso quer dizer que o CD que atua na ESF está envolvido (mesmo que indiretamente) em todos os problemas, dificuldades e necessidades enfrentadas por estas famílias. Entre estes problemas, podemos exemplificar indivíduos dependentes químicos, hipertensos, diabéticos e é nesta esta parcela da população, ou seja, nos grupos mais vulneráveis, que surgem os indivíduos com comprometimento mental e mais precisamente os autistas. Sendo assim, faz parte das atribuições do cirurgião dentista da ESF acolher e atender às necessidades em saúde bucal dos autistas pertencentes a estas famílias, respeitando suas limitações.

Esta orientação para o profissional da saúde bucal constitui um Protocolo de atenção integral, que inclui as seguintes etapas: 1) Abordagem Familiar e Captação dos indivíduos autistas; 2) Condicionamento para atendimento na Unidade de Saúde e Consultório Odontológico; 3) Exame Físico e Odontológico, Prognóstico e Plano de Tratamento; 4) Contenção física do paciente autista; 5) Anestesia e sedação do paciente autista; 6) Aspectos básicos no Tratamento Odontológico; 7) Instruções Pós-operatórias; 8) Referência e Contra-referência para alta complexidade; 9) Acompanhamento assintomático continuado.

Estas etapas serão discutidas brevemente a seguir, consolidando um processo que a saúde bucal do paciente autista de forma integral e integrada com o acompanhamento de sua saúde geral, realizada pela equipe de saúde da família, como um todo.

Assim, a Abordagem Familiar e Captação dos indivíduos autistas na comunidade se dá desde a primeira atividade de qualquer ESF, sendo iniciada quando é determinada sua área de abrangência num contexto social, especificando-se uma abordagem das moradias da abrangência social nas suas diferentes áreas de trabalho, determinadas pelas suas características biológicas, sociais, econômicas e culturais.

O CD que trabalha na ESF deve estar inserido na comunidade em que atua e o envolvimento com cada família deve se dar de maneira também integrada. É parte de sua prática profissional e só depende de sua vontade ética, fazer muito mais do

que preencher guias de encaminhamento para aqueles casos que ele considera “difíceis” ou muito complexos para sua execução cotidiana.

Assim, na primeira etapa de abordagem domiciliar, o CD deve realizar aproximação ao processo de desenvolvimento do autista, nas condições objetivas e subjetivas de vida, junto à família e ambiente social que tem acompanhado sua existência, conhecendo os aspectos de ordem econômica da família, especialmente as relações sociais que historicamente existiram entre o nascimento, observação de aspectos diferentes, diagnóstico de autismo e acompanhamento das condições de alimentação, higiene, moradia, afetivas, culturais, psicológicas e ambientais que possam ter exercido qualquer influência no autista. A abordagem familiar colabora neste conhecimento e constitui parte fundamental para posteriores ações de deslocamento, modificação de hábitos e outros necessários para a perspectiva de elevação de sua qualidade de saúde e de vida.

A melhor forma de se iniciar a abordagem com o paciente autista é ir até seu espaço. Pode ser sua casa ou sua escola. Algum lugar onde ele se sinta seguro, confiante, onde ele “domina” o ambiente e o CD é um “visitante”. Antes de realizar esta primeira abordagem, é prudente fazer uma entrevista com os pais ou o cuidador deste autista, para saber quais são suas preferências, do que ele gosta, do que ele não gosta (alimentos, doces, cheiros, cores, brinquedos, objetos, música, programas de televisão, revistas, personagens), descobrir por exemplo, se ele tem medo de pessoas com roupas brancas. Quais são os hábitos do paciente autista, inclusive referentes a higiene bucal e alimentação. Esta entrevista prévia vai indicar ao CD o caminho a ser seguido nas primeiras abordagens. Permitirá, entre outros, conhecer o contexto familiar, as características físicas, culturais, psicológicas e sociais, o cotidiano de atividades, os espaços sociais íntimos e de relação que a família contempla nas características de dependência, pouca solidariedade e apoio comunitário.

O cirurgião dentista com seus auxiliares podem observar nesse contexto as formas de colaboração das autoridades administrativas do município ou localidade, para vislumbrar cooperação técnica e financeira, bem como de outras instituições que existam na região para factibilizar a qualidade de vida do autista, incluindo as organizações sociais e de autoajuda ou redes sociais ou familiares que eventualmente possam vir a colaborar no deslocamento adequado para o autista e

seu cuidador-familiar ser incluídos em atividades, projetos ou programas que venham dar condições materiais e espirituais para seu desenvolvimento integral.

É importante que o CD não tenha pressa, não seja “invasivo” nesta relação, não queira ganhar a confiança do autista em um único dia. É aconselhável que o CD não seja tão rigoroso em seguir o protocolo de visitas domiciliares da equipe de saúde e haja como uma visita informal, começando pelo não uso do jaleco. O CD também deve se sentir a vontade durante esta visita. O autista não precisa saber que aquele primeiro contato tem como objetivo principal chegar até ele. Durante estas visitas domiciliares o CD poderá ver os hábitos e a rotina do autista. Poderá acompanhar como o autista ou seu cuidador/familiar realiza os hábitos de higiene bucal diários (se é que os realiza) e poderá também propor as mudanças que julgar necessárias ou prudentes, visando melhorar estes hábitos (Foto 5).



**Foto 5 - Observar hábitos durante as visitas domiciliares**

Nesta abordagem inicial, o paciente autista é captado para realizar um condicionamento de transição do domicílio para a Unidade de Saúde onde será abordado clinicamente para o diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento.

O Condicionamento para atendimento na Unidade de Saúde e Consultório Odontológico será realizado considerando a necessidade da transição entre a visita domiciliar e a unidade de saúde, onde encontra-se o consultório odontológico.

O paciente autista responde bem a abordagem do CD, se o profissional tiver paciência e comprometimento com o trabalho a ser desenvolvido (Foto 6). São necessárias muitas visitas, tanto do profissional no domicílio do paciente, quanto do autista, no consultório. O autista deve se familiarizar com a equipe de saúde bucal, com o ambiente do consultório, com tudo que está lá dentro, com os sons, as cores,

os odores, luzes e principalmente com as pessoas. É necessário que o CD programe sua agenda para que possa reservar determinado período para desenvolver estas atividades com o paciente autista e estabelecer uma relação de confiança entre ambos, além de envolver seus cuidadores-familiares.



**Foto 6 - Condicionamento do Paciente Autista ao Tratamento Odontológico**

Dentro da Estratégia da Saúde da Família o CD compreende a importância da referência às especialidades quando não existe possibilidade objetiva de realizar um determinado procedimento na Unidade de Saúde da Família, apesar de possuir os conhecimentos científicos e tecnológicos para fazê-lo. Na realidade, parece ocorrer o descrédito desta ação ao encaminhar um paciente autista para a referência e observar que suas necessidades não são atendidas. Disso resultam obstáculos consideráveis para as famílias que convivem com uma pessoa autista, que além de viver um cotidiano contornado por múltiplas dificuldades físicas, econômicas, psicológicas, culturais e sociais, se vê agravada a situação ao ser excluído do atendimento de suas necessidades em saúde bucal.

É sabido que o autista, na maioria das vezes, é resistente a abordagem odontológica por sentir medo, mas o inverso muitas vezes também é verdadeiro. Há situações em que o CD tem medo do autista, por supor que este paciente seja agressivo, por exemplo. Por isso é tão importante que a relação de confiança seja estabelecida numa via de mão dupla. Conhecendo melhor o autista e também o autismo (como doença), o CD poderá propor um plano de tratamento que seja possível de ser realizado, mesmo numa Unidade de Saúde da Família.

Estas visitas podem ser repetidas por quantas vezes o CD julgar necessário e intermediar visitas domiciliares com visitas do autista (acompanhado por seu cuidador/familiar) ao consultório odontológico da ESF. Quanto ao uso de roupas brancas e jaleco, o CD perceberá a necessidade ou não de evitar as roupas brancas quando estiver na presença do autista e saberá como, aos poucos, poderá inserir o jaleco. Existem autistas que não fazem uma ligação de pessoas de roupa branca a medo ou dor. Mas existem aqueles que, durante a primeira infância, passaram por longos tratamentos médicos, realizaram inúmeros exames em busca de um diagnóstico relacionado ao autismo, sofreram muitas internações e por estas razões, apresentam grande resistência e até fobia a pessoas usando jalecos brancos.

Durante as primeiras visitas do paciente autista ao consultório odontológico, o cirurgião dentista já terá estabelecido os primeiros contatos com o paciente e já haverá uma relação entre eles, o que permitirá uma abordagem mais direta.

Estas visitas vão abrir espaço para que o tratamento deste paciente seja realizado na própria Unidade de Saúde da Família (USF) e mesmo que não seja viável realizar todo o tratamento nesta, é importante que se realizem estas visitas, pois se houver necessidade de encaminhamento para a referência, o CD da ESF tem o papel de atuar na contra referência, ou seja, realizar o acompanhamento e a manutenção do tratamento que foi executado. Além disso, poderá haver a necessidade do CD atuar em uma emergência (fratura dental, intrusão ou extrusão do elemento dental que necessite de tratamento emergencial cirúrgico).

A consulta inicial com um paciente autista deve incluir uma entrevista, além de orientação sobre a prática odontológica, além da explicação dos tratamentos a serem realizados, bem como um breve exame. É aconselhável que esta primeira aproximação tenha a duração média de 20 minutos.

Durante as visitas do paciente autista no consultório, o cirurgião dentista pode mostrar a ele todos os equipamentos existentes. Pode permitir, desde com o devido cuidado, que o autista pegue, manipule e mexa em alguns destes objetos, para se familiarizar e saber de seu uso para a saúde e seu bem estar e assim conhecê-los melhor.

Dentro do ambiente odontológico, o processamento de todas as novidades ali existentes, pode causar estranheza e uma reação sensorial negativa do paciente, considerando suas respostas olfativa, auditiva, visual, além de tato e paladar. Além dos odores de produtos odontológicos, as luzes, o tato do profissional na boca do

paciente, o avental de chumbo, o uso de água, ar, roletes de algodão, filmes radiográficos, instrumentos de metal, medicamentos e luvas, podem causar reações desagradáveis para o paciente autista. Cada paciente autista irá reagir de forma diferente, de acordo com cada sentido e deve-se considerar que o mesmo paciente pode reagir de formas distintas entre uma consulta e outra, ainda que as sensações sejam as mesmas. Um paciente pode experimentar uma sensação positiva durante uma visita ao cirurgião dentista e na próxima consulta os mesmos estímulos podem produzir uma reação negativa. A compreensão de como um paciente reage a vários estímulos sensoriais, em momentos diferentes, exige tempo e paciência. O processo de entrevista é o início desta compreensão<sup>1</sup>.

As primeiras sessões de contato paciente-ambiente e paciente-dentista exigem, portanto, bastante paciência e tato do cirurgião dentista, que poderá, por exemplo, mostrar a “*luz azul*” do fotopolimerizador, acionar a seringa tríplice e deixá-lo sentir a água e o ar, deixá-lo experimentar o sabor e a sensação do anestésico tópico (tutti-frutti, abacaxi, menta), deixá-lo manipular e colocar no rosto (se ele sentir vontade) os óculos de proteção, tocar e palpar roletes de algodão, propor que ele sente-se na cadeira, sem forçá-lo nem insistir, apresentar-lhe os ruídos dos motores de alta e baixa rotação.

Durante o período (ainda que sejam poucos segundos) em que o profissional usar estes produtos em seu paciente, haverá um contato tátil, o que poderá iniciar a criação de um vínculo.

É importante ter o cuidado de não assustar o paciente com alguma ação que não tenha sido previamente anunciada, principalmente relacionada a sons e ruído.

Seguem abaixo alguns exemplos de como o cirurgião dentista pode atuar nesta fase de acolhimento e condicionamento para a atenção em saúde bucal do paciente autista no consultório:

- Mostrar ao paciente as luzes do fotopolimerizador e do foco (é importante saber o histórico de convulsões deste paciente, pois a luz pode ser o causador de uma crise convulsiva).
- Inserir a escovação dos dentes do autista dentro do consultório (alguns autistas respondem muito bem ao uso de escovas elétricas);
- Incentivá-lo a sentar-se na cadeira de dentista durante a escovação;
- Incentivá-lo a abrir a boca para mostrar os dentes;

- Entregar em suas mãos um espelho, para que ele veja seus dentes, seu sorriso, seu rosto;
- Usar objetos que ele gosta (e que o CD antecipadamente deve se informar com os cuidadores/familiares), como por exemplo perfumes, cremes hidratantes, produtos com cheiros agradáveis;
- Caso o autista responda bem ao tato (carinho), tocar nele e demonstrar carinho para com ele;
- Conversar com ele num tom de voz agradável, demonstrando carinho;
- Parabenizá-lo quando ele responder bem a qualquer comando (como sentar-se na cadeira);
- Oferecer a ele formas de “recompensa” quando houver uma resposta positiva, cuidando claro, para que esta recompensa não seja sempre e somente com alimentos açucarados;
- Quando ele permitir, aplicar um pouco de anestésico tópico em sua mucosa, para que ele conheça (previamente a um possível tratamento) a sensação de dormência;
- Colocar músicas agradáveis e familiares ao paciente, para que ele se sinta mais a vontade.

Estabelecendo estas visitas como rotina, o CD ganhará a confiança do autista e terá a oportunidade de conhecer melhor seu paciente. Em contra partida o autista conhecerá melhor o ambiente odontológico e os profissionais e cuidadores/familiares envolvidos neste trabalho, criando vínculos favoráveis com estes e vivendo uma experiência em que o autista perceberá que não corre riscos, portanto não necessita sentir medo.

O CD deve propor ao autista cada ação a ser desenvolvida, previamente a sua realização. Para isso o CD pode lançar mão da técnica “dizer-mostrar-fazer”. Por exemplo: O CD pode propor a escovação, mostrar a escova de dentes e o creme dental, indicar que o autista se sente na cadeira odontológica e só então começar a escovação. Ainda que o autista não se sente na cadeira nas primeiras vezes, o CD pode propor a escovação com o paciente de pé ou sentado em qualquer outra cadeira.

O autista pode permitir que seja realizada a escovação, mas também pode perder o interesse por esta ação rapidamente. Este interesse pode durar poucos

segundos. É necessário que o CD seja insistente, valendo-se de paciência e utilizando da melhor forma possível, o tempo destinado a esta sessão.

A utilização da técnica “dizer-mostrar-fazer” permite a familiarização e estabelece a relação de confiança. Familiarizar o cuidador/familiar com este procedimento antes da visita do paciente autista ao consultório, também pode contribuir nos resultados finais. Pacientes autistas podem ser muito cooperativos em atendimentos odontológicos, se houver uma abordagem baseada na confiança, uma comunicação adaptada e o comprometimento por parte da equipe envolvida<sup>2</sup>.

A anamnese deste paciente, geralmente feita através de uma entrevista com o familiar/cuidador, permitirá ao cirurgião dentista conhecer melhor os gostos, as preferências e os hábitos do paciente. Uma anamnese detalhada, bem como o histórico clínico deste paciente, vai auxiliar o CD na eleição ou não do uso de anestésico injetável. É importante ressaltar que, uma vez que cada paciente é um indivíduo único, a maioria dos detalhes é aprendida e colhida a partir da experiência com o autista.

O profissional de saúde bucal deve inquirir a respeito de como o paciente se comporta na presença de várias pessoas ao mesmo tempo em uma sala. Se tratar-se de uma criança autista, o cuidador/familiar deve responder a estas perguntas. O profissional pode sugerir ao cuidador que traga um brinquedo ou qualquer objeto de conforto para o paciente ou ainda uma pessoa querida pelo paciente autista, que possa dar tranquilidade a ele durante esta primeira abordagem<sup>1</sup>.

O objetivo principal desta primeira entrevista é estabelecer a confiança entre profissional, paciente e cuidadores/familiares e permitir que paciente e familiares compreendam que o profissional está interessado no bem estar desta família. É importante que o cuidador tenha em mente que o paciente é capaz de aprender sobre ações que ele ainda não é capaz de fazer, como escovar os dentes ou permitir que esta escovação seja realizada<sup>4</sup>.

Durante esta primeira entrevista, o profissional de odontologia deve questionar sobre experiências anteriores a consultas odontológicas, bem como sobre os cuidados diários de higiene bucal, os níveis de tolerância do paciente, gostos, desgostos, cuidados em casa e expectativa dos cuidadores. Os hábitos orais também devem ser discutidos, incluindo a dieta geral do paciente, a frequência de vezes que ele se alimenta, o intervalo de tempo entre as refeições, presença de hábitos como bruxismo, ranger os dentes ou sucção não nutritiva. O CD deve saber

qual o tipo e a frequência destes hábitos não nutritivos ou deletérios. A mastigação sensorial envolve mastigar objetos macios (como tubos de borracha), como uma forma de liberar o estresse de alguns indivíduos. Hábitos como a ingestão de objetos não comestíveis, incluindo barro, gesso, pontas de giz ou de cigarro, cinzas, cola, papel, tampas de cremes dentais ou sabão também são comuns e devem ser de conhecimento do CD<sup>1</sup>.

Os autistas exibem uma vasta gama de questões comportamentais e emocionais. A impulsividade e um baixo limiar de frustração são comuns entre estes indivíduos. Pacientes autistas muitas vezes perdem o controle verbal ou físico e é importante que o profissional esteja informado de como poderia reverter este quadro, caso viva uma situação semelhante. Autistas podem apresentar uma linguagem imprópria ou falar em horas impróprias. Podem apresentar comportamento agressivo, beliscando ou mordendo a si mesmo ou a outra pessoa, além de induzir ao vômito. As informações obtidas durante a entrevista inicial serão de grande importância inclusive neste aspecto, a fim de acalmar o paciente na prestação de atendimento odontológico.

Reforços positivos podem melhorar a cooperação dos pacientes durante o atendimento clínico, mas existe uma variedade de outras técnicas e modalidades para trazer calma ou alívio para o paciente autista. Compreender estas necessidades e utilizar técnicas relaxantes permitirá que a consulta odontológica avance em um ritmo mais suave. A comunicação com o autista e a compreensão de como ele se comunica, é um passo importante para esta relação. Muitos pacientes podem apresentar dificuldades de fala e audição.

Iniciado este condicionamento e dependendo do avanço nas relações profissional-paciente-cuidador-familiar, proceder-se-á ao Exame Físico e Odontológico, Prognóstico e Plano de Tratamento, seguindo para esta etapa os mesmos passos necessários para uma avaliação física e odontológica do paciente, considerando os diferentes elementos do sistema estomatológico, indo desde a anamnese, observação clínica da face, pescoço, lábios, boca, tecidos moles e duros, língua, palato, deglutição, oclusão e as demais estruturas que seja necessário examinar para obter um diagnóstico das condições de saúde-doença do paciente, analisando as necessidades clínicas e prognosticando em matéria de recursos necessários, tempo e outras limitações possíveis, o alcance da possibilidade da

integralidade na limitação dos danos, recuperação e reabilitação de suas funções estomatognáticas.

Recomenda-se manter os instrumentos fora do campo de visão do paciente, até que seja necessário, manter as luzes fora dos olhos dos pacientes, tentar distraí-lo e familiarizá-lo com os ruídos antes de usar os mesmos aparelhos, podem minimizar a resistência ao tratamento e aumentar esta confiança.

O reforço positivo constante, um elogio consistente e sincero, também podem ajudar na confiança. Envolver a mesma equipe nos atendimentos deste paciente, evita a sensação de frustração para o paciente. O paciente autista anseia em ver os mesmos rostos a cada visita, o que ajuda a construir a confiança entre o paciente e os profissionais<sup>3</sup>.

Embora a maioria dos estudos encontrados sobre autismo, fale sobre “autismo infantil”, o CD não deve se esquecer que além de crianças e adolescentes autistas, existem também adultos autistas. Pacientes com mais de 30, 40 ou 50 anos que também necessitam de cuidados especiais e seus hábitos, suas preferências, sua rotina também devem ser respeitadas. Pacientes autistas adultos, ainda que com grave comprometimento mental, podem ser mais colaboradores que pacientes jovens.

Para autistas que eventualmente poderão necessitar do uso de Contenção Física, quando o tratamento odontológico for de fato realizado, é sugerido que o CD deixe exposta a contenção física (ou o que será utilizado para conter o paciente) previamente, em uma das sessões de adaptação e condicionamento do autista ao consultório odontológico. O CD pode, por exemplo, colocar um lençol aberto sobre a cadeira odontológica e familiarizar o autista com aquele tecido para que, no momento em que esta contenção for de fato utilizada, não cause estranheza no autista a presença daquele objeto (Foto 7) .



**Foto 7 - Condicionamento para receber a contenção física**

O uso indevido de contenções físicas pode causar trauma a qualquer paciente e também a seus cuidadores/familiares que, geralmente acompanham e auxiliam durante o tratamento. O resultado de uma contenção colocada num momento inadequado pode fazer com que o paciente nunca mais volte a sentar-se na cadeira de um consultório odontológico. Se o paciente se machucar durante o procedimento (por se debater, por exemplo), possivelmente todo o trabalho realizado anteriormente, estará perdido. Por estas razões, é importante avaliar a real necessidade do uso de contenção e junto com a contenção, amadurecer a idéia do uso de sedação via oral.

Para que seja possível realizar procedimentos desta importância, a equipe multiprofissional da saúde da família deve estar bem entrosada e deve haver boa relação entre todos. É fundamental que o CD converse com o médico da ESF e peça a ele autorização e também sua presença na escolha e durante a utilização de algum medicamento sedativo, que facilite a colocação da contenção. O médico da ESF, conhecendo o histórico do paciente, bem como os medicamentos diários utilizados pelo mesmo, saberá como fazer a sedação (neste caso via oral, por ser viável seu uso em uma USF) e qual o melhor medicamento para cada caso. Os medicamentos benzodiazepínicos são os mais comumente utilizados. Os agentes comunitários de saúde (especialmente aqueles responsáveis pelas famílias dos autistas) poderão ajudar durante a realização dos procedimentos, auxiliando na contenção do paciente.

Contenções físicas nem sempre estão disponíveis nas USF, já que existe este hábito equivocado de encaminhar para a referência qualquer paciente com comprometimento mental. Muitas vezes é necessário que o CD improvise uma contenção, para realizar o tratamento. Uma alternativa viável e emergencial é

separar um lençol e cortá-lo em várias faixas largas (no mínimo 5 faixas), enrolar o paciente (ainda de pé) em um outro lençol grande, sentá-lo na cadeira odontológica e amarrar estas faixas em volta do paciente e da cadeira, não permitindo os movimentos de seus braços, cintura e pernas (Foto 8).



**Foto 8 - Uso de contenção feita com faixas de lençol**

No entanto, é importante ressaltar que: a contenção utilizada de maneira errada, no momento errado ou sem uso de sedação prévia (ainda que o paciente não fique totalmente sedado) pode trazer prejuízos irreversíveis para a relação profissional/paciente/cuidador.

O cirurgião dentista pode solicitar ao gestor de saúde do município em que atua, a compra de contenções específicas para uso odontológico. O mercado disponibiliza modelos variados .



**Foto 9 - Contenção Física confeccionada com brim e velcro**

Estas contenções também podem ser confeccionadas (Foto 9), com uso de um tecido resistente (como o brim, por exemplo), utilizando faixas com 30

centímetros de largura e 2 metros de comprimento e tiras de velcro com largura de 10 centímetros e comprimento e 50 centímetros de largura (Desenho ).



**Desenho - Modelo de contenção**

Quando seja necessário o uso de anestesia ou sedação do paciente autista, devem ser realizados os procedimentos básicos especificados tecnicamente para a anestesia tópica, regional e geral, preconizados pela prática odontológica para atendimentos que venham requerir pouca movimentação e evitem, quanto possível, a dor nos procedimentos operatórios.

Os anestésicos compostos por cloridrato de articaína e adrenalina são de rápida capacidade de ação, boa absorção e efeito duradouro. Não devem ser associados com lidocaína (para evitar risco de parestesia) e podem ser usados em pacientes autistas, desde que haja conhecimento por parte do médico. Dependendo do procedimento, não é necessário usar um tubete inteiro. No entanto este anestésico tem um custo alto e os anestésicos mais utilizados no serviço público de saúde são os cloridratos de prilocaína e felipressina.

Os aspectos básicos no Tratamento Odontológico, devem também seguir as técnicas produzidas para pacientes normais.

Abridores de boca como o de Molt<sup>R</sup> auxiliam e facilitam o acesso a boca do paciente autista, durante o tratamento. Abridores de boca são indicados quando, depois de várias tentativas, não há colaboração por parte do paciente. Estes abridores devem ser usados com cuidado, para não ferir a mucosa do paciente.

O tratamento periodontal básico (remoção de tártaro, alisamento radicular, profilaxia e aplicação tópica de flúor) deve ser a primeira etapa do tratamento odontológico a ser realizado em um paciente autista. Com isso o CD irá adequar o meio bucal para que, em seguida, o paciente receba o tratamento restaurador.

Estudos mostram que autistas têm uma condição de higiene ruim, devido a pouca colaboração na hora da escovação, dieta pastosa e cariogênica e também por falta de coordenação motora que permita uma escovação satisfatória (Foto 10). Então o primeiro passo do tratamento odontológico de um autista é remover cálculos dentários, placa bacteriana e combater inflamações gengivais.



**Foto 10 - Doença Periodontal e Cáries Cervicais**

Ainda sobre problemas periodontais, o CD pode indicar o uso de Digluconato de Clorexidina 0,12% e orientar o cuidador/familiar a aplicar, com auxílio de uma gaze, fralda ou qualquer pano macio e limpo, o produto na gengiva do autista, uma vez ao dia, pelo tempo que o CD julgar conveniente. Este produto em sua fórmula manipulada, geralmente tem custo menor que os industrializados.

Espera-se que quando o CD chegar a esta etapa de atenção à saúde bucal do autista, ele já tenha inserido escovações diárias na rotina deste paciente, com orientação aos seus cuidadores/familiares. Com isso o tratamento periodontal terá grandes chances de sucesso, pois os próprios cuidadores trabalharão para que a saúde bucal do autista seja mantida e o tratamento periodontal realizado, seja preservado.

É importante salientar que alguns medicamentos utilizados por autistas podem causar xerostomia, o que pode gerar maior acúmulo de tártaro e em menor período de tempo. Assim, as sessões de raspagem deverão respeitar intervalos de tempo menores que a cada 6 meses, como é preconizado pela maioria dos cirurgiões dentistas.

Durante os procedimentos odontológicos que se utiliza água (ultrassom, jato de bicarbonato, seringa tríplice), ou naqueles em que se faz uso de irrigação com

soro fisiológico, alguns pacientes autistas engolem todo o líquido que vai para sua boca. É muito importante estar atento, principalmente quando se utiliza amálgama, para que o paciente não ingira mercúrio. Nesses casos, deve-se também evitar o jato de bicarbonato. Uma escovação realizada pelo próprio cirurgião dentista, utilizando pasta profilática ou pedra pomes e água oxigenada, pode substituir o jato de bicarbonato e ser mais eficiente que uma profilaxia com escova de Robinson. Também nestes casos, o sugador pode acabar atrapalhando o paciente, provocando engasgos ou ânsia de vômito. Alguns pacientes são respiradores bucais e se eles engolem todo o líquido que está em sua boca, o sugador deve ser evitado, assim como líquidos que podem ser nocivos a sua saúde.

Pacientes autistas, muitas vezes, não têm um controle salivar e podem apresentar aumentado fluxo salivar, o que dificulta restaurações fotopolimerizáveis, bem como procedimentos restauradores demorados. As restaurações com cimento de ionômero de vidro em dentes posteriores são comumente utilizadas nestes pacientes, pois permite que a técnica seja realizada com rapidez e é possível ter melhor controle salivar. As restaurações em amálgama também podem ser realizadas de forma rápida e garantem maior durabilidade, além de ser um procedimento considerado de fácil execução (desde que o profissional esteja atento a ingestão de resíduos de amálgama). O uso de selantes em dentes posteriores livres de cárie é indicado para pacientes com higiene bucal deficiente. Nestes pacientes o cimento de ionômero de vidro também pode ser utilizado como selante, garantindo uma técnica mais fácil, rápida e de melhor qualidade.

Dentre os cimentos ionoméricos mais comumente disponíveis nos serviços públicos, o cimento de ionômero de vidro restaurador MAXXION<sup>R</sup>, do fabricante FGM<sup>R</sup>, parece aderir muito bem à dentina e ao esmalte e atinge presa rapidamente, sem precisar esperar muito tempo para finalizar a restauração. Sua durabilidade é boa. O fabricante recomenda, antes de inserir o cimento na cavidade, aplicar o líquido do produto, mas se o CD aplicar gel de condicionamento ácido, a aderência do ionômero de vidro é ainda melhor e esta restauração poderá ter durabilidade satisfatória, considerando-se um procedimento de fácil execução.

Pacientes autistas podem apresentar dentes anteriores com fraturas de coroas, por hábitos deletérios como morder objetos rígidos (pedra, moedas, brinquedos, ferramentas, móveis) ou por desgaste devido ao hábito de ranger os dentes. O CD deve ter em mente que quanto menos vezes ele precisar repetir estas

restaurações, melhor será para ambos. Para isso é necessário que o CD execute corretamente a técnica restauradora com resinas fotopolimerizáveis, respeitando o tempo de ação de cada produto e utilizando a técnica incremental, além de utilizar produtos de boa qualidade, para garantir uma restauração duradoura.

O cirurgião dentista que atua no serviço público muitas vezes se depara com condições de trabalho que diretamente interferem na qualidade do serviço prestado. É dever ético do CD exigir dos gestores produtos de boa qualidade. Assim, alicerçado na gestão participativa, o CD da ESF poderá pesquisar produtos de boa qualidade e apresentar como opções ao gestor do município, ressaltando sempre que assegurar a qualidade no tratamento é fundamental para manter a saúde do paciente.

Nos casos de pacientes autistas que apresentam comportamento pouco colaborador e dentes com necessidade de tratamento endodôntico, o CD deverá encaminhá-lo para a referência, onde o mesmo receberá, se for necessário, tratamento com uso de sedação endovenosa ou anestesia geral. O tratamento do canal poderá ser realizado em sessão única e cabe ao CD da ESF finalizar o tratamento deste dente com a restauração definitiva.

Pacientes autistas que apresentam dentes condenados, perdidos e com extração indicada, deverão passar por avaliação com o CD da ESF, que analisará a possibilidade ou não de realizar este procedimento na USF.

É importante salientar que nem todos os pacientes autistas são pouco colaboradores nos tratamentos odontológicos. Um paciente autista difere muito de outro, devido às suas características, a sua personalidade e o comprometimento mental de cada um. Um exemplo disso são os pacientes portadores de Síndrome de Asperger. Eles, embora apresentem um comportamento hiperativo, costumam colaborar (a seu modo) durante a realização dos tratamentos odontológicos. Autistas portadores de Asperger possuem fala, entendem e respondem bem aos comandos, claro, desde que o cirurgião dentista tenha realizado antes o processo de abordagem, acolhimento e condicionamento deste paciente e estabelecido um vínculo de confiança entre ambos (Foto 11). Já pacientes diagnosticados como “autistas clássicos”, têm maior dificuldade ou nenhuma compreensão, podem apresentar comportamento agressivo (mais uma vez, daí a necessidade de se realizar o condicionamento prévio) e podem ser pouco ou nada colaboradores.

Geralmente estes pacientes não têm fala e em alguns casos podem ter a audição comprometida.



**Foto 11 - Tratamento Restaurador sendo finalizado em paciente diagnosticado com Síndrome de Asperger.**

É importantíssimo avaliar cada autista dentro de suas características, levando em conta, principalmente, a relação que o CD conseguiu estabelecer com o paciente durante as primeiras visitas.

A experiência profissional na prática de atenção odontológica a pacientes autistas indica que o autista pode ter um limiar de dor maior do que pessoas consideradas normais, portanto o autista seria mais resistente à dor. O CD deve buscar estudos que aprofundem mais este tema e avaliar a necessidade do uso de anestesia em cada um destes pacientes. Conhecendo um pouco melhor o autista e seus hábitos, o CD saberá se trata-se de um autista que tem maior resistência a dor ou não. Um exemplo disso são pacientes autistas que têm o hábito de ingerir pedras, o que pode causar cólicas. O relato dos cuidadores/familiares sobre queixas de dor ou não, pode nos indicar o limiar de dor de determinado paciente. O mesmo relato pode ser sobre cortes profundos, feridas extensas, hábitos de auto injúria.

Em casos de restaurações rasas (cáries de esmalte), extrações de decíduos em fase final de esfoliação e remoção de tártaro com ultrassom (que pode causar sensibilidade) é importante que o CD avalie o que é melhor para o autista. Receber a anestesia e não sentir dor alguma ou se submeter a um procedimento onde a dor é tolerável e não receber a anestesia? Alguns autistas nunca se submeteram a procedimentos restauradores ou nunca receberam anestesia injetável. A nova sensação de anestesia, de dormência na boca, pode causar angústia e estranheza a este paciente. Para aqueles que têm o hábito de morder os lábios (auto injúria) ou ranger os dentes, o uso de anestésico é indicado em casos de extrema necessidade

(cáries profundas, extração de dentes permanentes ou decíduos que não esfoliaram, tratamento de pulpites, e outros).

Instruções Pós-operatórias para cada procedimento simples realizado, como também para atividades mais complexas devem ser preparadas com antecipação e adaptadas para indicar os cuidados especiais que os cuidadores-familiares devem compreender e desenvolver no acompanhamento dos pacientes autistas. Específica atenção deve ser prestada para quando se realizam restaurações e cirurgias que podem causar fraturas ou comprometimentos diversos.

Entre as orientações que o CD deve fazer aos cuidadores/familiares está os perigos de ingestão dos cremes dentais. Muitos destes pacientes engolem todo o creme dental durante a escovação, portanto é importante que o cuidador/familiar tenha consciência da importância de utilizar pouca quantidade de creme dental na realização da higiene bucal dos autistas, evitando, entre outras complicações, a possibilidade de fluorose.

Outra orientação importante é quanto às “recompensas alimentares” que cuidadores/familiares costumam dar quando o autista tem um bom comportamento, mostra compreensão ou obediência sobre determinada situação. Geralmente estas recompensas são em forma de doces, balas, chocolates, refrigerantes ou salgadinhos. É importante que o CD questione sobre os tipos e a frequência com que o autista recebe estas recompensas e qual é o tipo de alimento recebido.

Este é um hábito difícil de ser retirado, pois é uma forma que os cuidadores/familiares têm para controlar o autista, mas é muito importante que eles estejam cientes dos prejuízos que a repetição destas “premiações” podem causar, não só a saúde bucal, mas à saúde geral deste autista.

Quando o CD lida com um hábito difícil de ser modificado, ele deve usar uma ferramenta que se chama “perseverança”. Para isso é necessário insistir e tentar, incansavelmente, reeducar o cuidador/familiar, a fim de modificar os hábitos de recompensas alimentares ou pelo menos, torná-los o mais saudável possível, propondo trocas e substituições de alimentos mais cariogênicos e prejudiciais à saúde por alimentos menos prejudiciais.

A capacidade de seguir instruções, aprender coisas novas e articular desejos e necessidades, pode ser difícil para alguns pacientes com autismo. Alguns pacientes confiam em pistas verbais ou não verbais, enquanto outros não compreendem a linguagem não verbal. Por esta razão é essencial que o CD

conheça a forma utilizada por cada paciente para se comunicar. Alguns pacientes requerem alguma assistência comunicativa, como por exemplo um livro de imagens. O CD que não tem acesso a este material pode improvisar, imprimindo fotos disponíveis na internet que exibem pessoas escovando os dentes ou até mesmo tratando os dentes em um consultório odontológico. Fotos, figuras e desenhos com este sentido, podem ajudar ao paciente autista a compreender tudo o que engloba uma atenção odontológica (Foto 12).



**Foto 12 - Visita domiciliar e comunicação com auxílio de figuras**

Os profissionais de odontologia devem se concentrar nas habilidades que o paciente autista pode ter e não nas suas deficiências. Assim é possível determinar o que vai funcionar durante o tratamento. As informações obtidas através da entrevista podem responder perguntas como:

- Quanto tempo será necessário para realizar um procedimento?
- O que o CD, bem como os cuidadores/familiares do paciente autista querem alcançar com estas visitas ao consultório odontológico?
- Que adaptações serão necessárias?
- Como será possível medir o sucesso do tratamento?

Nos casos mais complexos (por exemplo uma emergência) que a critério do cirurgião dentista seja necessária uma referência para centros de especialidades odontológicas ou outros, deverá ser analisada a devida contra-referência. Quando se requer um seguimento assintomático dos tratamentos realizados nestes centros de especialidades.

Especialmente quando existe uma referência para centros Especializados odontológicos CEOs ou outras instituições que realizam atividades mais complexas, a ação do CD que acompanha o processo autista deve aproveitar seus

conhecimentos sobre a realidade biopsicosocial dos mesmos, na medida que uma referencia significa translados, as vezes difíceis de poderem ser realizados, seja por problemas espaciais ou econômicos, quando esta atividade seja necessária, deve consultarse aos cuidadores-familiares para estabelecer formas cooperativas de realização da referencia, incluindo outros setores do SUS ou das Prefeituras Municipais que podem permitir recursos para a referencia e contra-referencia, situação a ser acompanhada pelo CD responsável pela família.

Qualquer tratamento odontológico, realizado em qualquer paciente, requer acompanhamento periódico continuado. No caso de pacientes autistas isso não é diferente. O CD que atua na ESF, tendo como princípio zelar pela saúde desta comunidade de maneira integral, não pode permitir que o paciente autista interrompa ou abandone o tratamento. E mesmo para aqueles que realizaram o tratamento completo, é importante que o CD realize consultas periódicas, que permitirão manter a saúde bucal deste paciente. São nestas consultas que o cirurgião dentista conseguirá avaliar se a saúde bucal do autista continua satisfatória, se a higiene continua sendo realizada e se não há nova necessidade de tratamento.

As visitas domiciliares não devem ser interrompidas, pois da mesma forma que o paciente autista não deve abandonar o tratamento, o CD não deve abandonar seus casos clínicos, especialmente os mais complexos. Estas visitas domiciliares periódicas garantem e mantêm a boa relação entre profissional, paciente autista e seus familiares. É função do cirurgião dentista da ESF realizar estas visitas, portanto as mesmas não devem ser vistas pelo profissional da saúde como um “favor”, uma “caridade”, uma atitude de “compaixão”. Pelo contrário! Elas estão previstas nas atribuições a serem realizadas por TODOS os profissionais envolvidos na ESF e devem ser direcionadas para aqueles com maior necessidade de atenção, respeitando a equidade, um dos pilares doutrinários do SUS.

Os estudos sobre pacientes autistas apontam várias características em comum e uma delas é a de que, em geral, autistas não apreciam contato físico, como a iniciativa de fazer carinho, por exemplo. Os cirurgiões dentistas que se dispõem a trabalhar com estes pacientes, são desafiados por si mesmos a descobrirem que esta teoria pode ser nada mais do que somente uma teoria e assim, serem presenteados com uma grata surpresa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS PARA O PROTOCOLO

1. ARAÚJO M.A.F.A., VEDRANO, A.P.G., GONNELLI, F.A.S., MARCUCCI, M. Assistência Odontológica em Pacientes Portadores de Necessidades Especiais atendidos em uma única instituição. Rev Paul Odontol 2010; 32(2):34-8, abr-jun 2010
2. DE PALMA, A. M. & RAPOSA, K. Building Bridges: Dental Care for Patients with Autism – Ann [http://www.ineedce.com/coursereview.aspx?url=2037%2FPDF%2F1103cei\\_aut.pdf&scid=14486](http://www.ineedce.com/coursereview.aspx?url=2037%2FPDF%2F1103cei_aut.pdf&scid=14486)
3. GRUSVEN MFV, CARDOSO EBT. Atendimento odontológico em pacientes especiais. Rev Assoc Paul Cir Dent 1995; 49(5):364-9
4. CROSS N. & FUNG D. – Using a storybook to prepare autistic children for a dental examination, 2009
5. NAGENDRA J. & JAYACHANDRA S. AUTISM SPECTRUM DISORDERS: DENTAL TREATMENT CONSIDERATION. J Int Dent Med Res 2012; 5: (2):118-121
6. PILEBRO C & BÄCKMAN B. Teaching oral hygiene to children with autism. International Journal of Paediatric Dentistry 2005;15: 1 –9

## 11. ANEXOS

## 11.1. ANEXO I - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

  
Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FS

**PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA**

Registro do Projeto no CEP: 130/11

Título do Projeto: "Comportamento de profissionais de saúde e familiares na abordagem integral das necessidades da saúde bucal de parturientes em São José do Rio Preto"

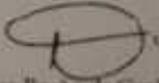
Pesquisadora Responsável: Laís David Amaraí

Data de Entrada: 26/10/11

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 130/11 com o título: "Comportamento de profissionais de saúde e familiares na abordagem integral das necessidades da saúde bucal de parturientes em São José do Rio Preto", analisado na 9ª reunião ordinária realizada no dia 09 de novembro de 2011.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade de apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (Item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 09 de novembro de 2011.

  
Thiago Rocha da Cunha  
Vice-Coordenador do CEP-FS/UnB

**11.2. ANEXO II - Termo de Ciência da Instituição Co-Participante**

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO

**E.M. "MARIA LÚCIA DE OLIVEIRA"**

Av. Brasilusa nº 500 – Jardim Redentor – Fone 3226 1780

**Termo de Ciência da Instituição Co-Participante**

Declaro que a **Escola Municipal do Autista "Maria Lúcia de Oliveira"** está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do projeto de **pesquisa "COMPORTAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMILIARES NA ABORDAGEM INTEGRAL DAS NECESSIDADES DA SAÚDE BUCAL DE AUTISTAS EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO"** e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96, mediante submissão e aprovação pelo CEP da instituição proponente.

**Arlete Drigo**  
RG. 15.333.858  
Diretora de Escola

São José do Rio Preto, 16 de setembro de 2011.

### 11.3. ANEXO III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)

Para uma investigação científica honesta e segura, a pessoa que vai participar de um estudo, seu pai, mãe ou tutor legal, deve dar seu consentimento livremente, após ter sido muito bem informado sobre os riscos e benefícios do estudo.

É de responsabilidade do pesquisador fornecer toda e qualquer informação necessária e solicitada. Este termo foi aprovado por um comitê de ética e tem a finalidade de proteger o participante do estudo.

**TÍTULO DA PESQUISA:** "COMPORTAMENTO DE PAIS, PACIENTES AUTISTAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE, FRENTE A ABORDAGEM DAS NECESSIDADES DE SAÚDE BUCAL"

**PESQUISADORES:** Lais David Amaral, Prof. Dr. Jorge Alberto Cordón Portillo – orientador.

**DADOS SOBRE A PESQUISA E SEU OBJETIVO:** O autismo é uma doença psiquiátrica grave e comum, que causa problemas de comportamento. São pouco conhecidos os fatores que o causam e quais as suas manifestações clínicas. Os dados da literatura quanto ao índice de cárie e doença periodontal nos autistas são controversos e alguns trabalhos relatam aumento, enquanto outros diminuição, em relação aos índices dos indivíduos normais. Este estudo pretende avaliar a saúde bucal de indivíduos autistas, bem como sua história de saúde bucal. Pretende avaliar ainda, a cooperação destes pacientes e a o grau do comprometimento de seus cuidadores e dos cirurgiões dentistas para com a saúde bucal dos autistas. **Será realizado um exame clínico odontológico baseado no levantamento básico de saúde bucal, preconizado pela Organização Mundial de Saúde. A habilidade dos pacientes em colaborar também será avaliada e receberá um conceito. Este exame é um procedimento especializado e será realizado pela própria pesquisadora, cirurgiã-dentista, portanto habilitada para realizá-lo. Será realizada uma entrevista, em forma de questionário, que será respondida pelos cuidadores e por cirurgiões dentistas que lidam com estes pacientes. Os riscos para os participantes incluem um possível desconforto causado pelo exame clínico.**

Esta investigação poderá apontar quais são os problemas bucais mais frequentes em pacientes autistas e apontar falhas passíveis de serem corrigidas. Conhecendo melhor a realidade desta população, poderão ser propostas intervenções odontológicas adequadas, sejam elas preventivas ou curativas, envolvendo cuidadores ou profissionais da saúde bucal. Portanto, desse projeto espera-se obter apenas benefícios para estes pacientes. Para atingir estes objetivos, será necessária a realização de um exame odontológico, utilizando-se pinça clínica, sonda exploradora e espelho bucal. Se este procedimento, que será realizado por uma profissional habilitada e responsável, lhe causar qualquer preocupação ou constrangimento, não assine este consentimento. Assine apenas se estiver totalmente de esclarecido e tranquilo quanto a sua participação.

A identidade de todos os participantes será mantida em sigilo, os dados só serão divulgados em reuniões ou revistas científicas. Se for solicitada a suspensão da participação ou sua interrupção, esta será imediatamente acatada, sem nenhum tipo de prejuízo para o participante e sem que tenham que ser dadas explicações para o pesquisador. Os participantes não terão qualquer tipo de gasto ou de gratificação financeira relacionados a sua participação.

**DECLARAÇÃO:** Declaro que li este termo de consentimento, fui esclarecido, recebi todas as informações adicionais que solicitei, que minha autorização foi de maneira livre e voluntária, e que recebi uma cópia deste documento.

Estou de acordo que \_\_\_\_\_ participe desta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Telefones:**

**Responsáveis pela Pesquisa:**

**Mestranda:** Lais David Amaral – (17) 9125.04.21 (17) 3219.46.10 (17) 3811.11.40

**Orientador:** Professor Jorge Alberto Cordón Portillo - (61) 3245.62.94 (61)-8122.78.13

**Comitê de Ética – CEP/FS-UnB - (61) 3107.19.47**

#### 11.4. ANEXO IV - Termo de Autorização de Imagem

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,

depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, a pesquisadora Lais David Amaral responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “COMPORTAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMILIARES NA ABORDAGEM INTEGRAL DAS NECESSIDADES DA SAÚDE BUCAL DE AUTISTAS EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO” a realizar as fotos e captação de vídeos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos e vídeos (e seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor da pesquisadora, acima especificada, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto N.º 5.296/2004).

São José do Rio Preto-SP, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Lais David Amaral CRO-SP 85702  
Pesquisadora responsável pelo projeto

\_\_\_\_\_  
Sujeito da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Responsável Legal (Caso o sujeito seja menor de idade)

## 11.5. ANEXO V - Ficha de Avaliação odontológica

### FICHA DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Localidade: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Grupo

étnico: \_\_\_\_\_

Colaboração durante a avaliação: \_\_\_\_\_

Renda familiar: \_\_\_\_\_

**Avaliação clínica**

#### Exame extrabucal

0 = Aparência extrabucal normal

1 = Ulceração, feridas e lesões, fissuras (cabeça, pescoço e membros)

2 = Ulceração, feridas e erosões, fissuras (nariz, bochechas e mento)

3 = Ulceração, feridas e erosões, fissuras (comissuras labiais)

4 = Ulceração, feridas e erosões, fissuras (vermelhão dos lábios)

5 = Cancrum oris

6 = Anormalidades dos lábios superior e inferior

7 = Linfonodos enfiados (cabeça e pescoço)

8 = Outros inchaços da face e maxilares

9 = Assimetria facial de desenvolvimento

10 = Hábito de sucção digital

11 = Hábito de roer unhas

12 = Ataxia (movimento constante do pescoço)

#### Mucosa bucal e periodonto

##### Condição

0 = Condições normais

1 = Tumor maligno (câncer bucal)

2 = Leucoplasia

3 = Lliquem Plano

4 = Ulceração (aftosa, herpética, traumática)

5 = Gengivite necrosante aguda

6 = Candidíase

7 = Abscesso

8 = Gengivite generalizada

9 = Gengivite localizada

10 = Tártaro generalizado

11 = Tártaro Localizado

12 = Hiperplasia gengival medicamentosa

13 = Frio lingual curto

##### Localização

0 = Vermelhão dos lábios

1 = Comissuras labiais

2 = Lábios

3 = Sulcos

4 = Mucosa vestibular

5 = Assoalho bucal

6 = Língua

7 = Palato mole e/ou duro

8 = Rebordos alveolares/gengivas

**Opacidade do esmalte/hipoplasia/descalcificação**

0 = Normal

1 = Opacidade demarcada

2 = Opacidade difusa

3 = Hipoplasia

4 = Outros defeitos: \_\_\_\_\_

5 = Opacidades demarcadas e difusas

- 6 = Opacidades demarcadas e difusas  
7 = Opacidade difusa e hipoplasia

**Fluorose Dentária**

0 = Normal

1 = Questionável

2 = Muito leve

3 = Leve

4 = Moderada

5 = Severa

**Condições Dentárias e Necessidade de Tratamento****Condição**

H = Hígido

C = Cariado

RC = Restaurado, com cárie

RS = Restaurado sem cárie

A = Ausente

X = Não erupcionado

Se = Selante

S = Suporte de prótese, coroa protética ou faceta/implante

T = Traumatismo/Fratura

**Tratamento**

0 = Nenhum

P = Preventivo, tratamento para debelar cáries

F = Selante de fissuras

1 = Restauração em uma face

2 = Restauração em duas ou mais faces

3 = Coroa protética por qualquer motivo

4 = Coroa facetada ou laminada

5 = Tratamento pulpar com restauração

6 = Exodontia

7 = necessidade de tratamento

(especificar)\_\_\_\_\_

**Condições Protéticas**

0 = Sem prótese

1 = Prótese parcial fixa

2 = Mais de uma prótese parcial fixa

3 = Prótese Parcial removível

4 = Próteses parciais, fixas e removíveis

5 = Prótese total removível

Sup.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inf.
------	--------------------------	--------------------------	------

**Necessidades Protéticas**

0 = Não necessita de prótese

1 = Necessita de prótese unitária

2 = Necessita de Prótese com múltiplos elementos

3 = Associação entre 1 e 2

4 = Necessita de prótese total

Sup.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inf.
------	--------------------------	--------------------------	------

**Anomalias Dentofaciais**

Dentição: D M P

Classificação de Angle:

Arco de Baume: Tipo I

Giroversões: 45 90 180

Classe I

Tipo II

ClasseII

ClasseIII

**Espaço:**

Apinhamento nos segmentos anteriores:

Espaçamento nos segmentos anteriores:

Diastema em mm

0 = Sem apinhamento

1 = Um segmento apinhado

0 = Sem espaçamento

1 = Um segmento com

2 = Dois segmentos  
apinhados

espaços  
2 = Dois segmentos com  
espaços

**Oclusão:**




Sobressaliência ou overjet  
em mm

Sobremordida ou overbite  
em mm

Mordida aberta anterior  
vertical em mm



Relação molar   
0 = Normal  
1 = Meia cúspide  
2 = 1 cúspide

Atresia maxilar

Mordida Cruzada

**Necessidade de Tratamento Imediato e Encaminhamento**

Condição potencialmente fatal

0 = Ausente

Dor ou infecção

1 = Presente

Outra Condição

9 = Não registrado

(especificar) \_\_\_\_\_

**Encaminhamento**

0 = Não

1 = Sim

9 = Não registrado

## 11.6. ANEXO VI - Questionário aos Cuidadores

### QUESTIONÁRIO CUIDADORES/FAMILIARES

Nome do Aluno: \_\_\_\_\_

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: ( ) Mãe ( ) Pai ( ) Outro \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

1. Quando você soube que seu filho apresentava comportamento diferente dos demais?

<input type="checkbox"/> Logo que meu filho nasceu	<input type="checkbox"/> Entre 2 a 4 anos
<input type="checkbox"/> Até os 2 anos	<input type="checkbox"/> Com mais de 4 anos

2. Quando ele foi diagnosticado como autista?

<input type="checkbox"/> Entre 0 a 2 anos
<input type="checkbox"/> Entre 2 a 4 anos
<input type="checkbox"/> Com mais de 4 anos

3. Qual a Instituição em que ele foi diagnosticado?

<input type="checkbox"/> UBS	<input type="checkbox"/> Médico particular
<input type="checkbox"/> Posto de Saúde	<input type="checkbox"/> Hospital da rede pública

4. Quais profissionais de saúde acompanham seu filho atualmente?

<input type="checkbox"/> Médico Psiquiatra	<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional
<input type="checkbox"/> Médicos	<input type="checkbox"/> Psicólogo
_____	<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo
outras especialidades	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Dentista	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	

5. Onde você leva seu filho quando ele apresenta problemas de saúde?

<input type="checkbox"/> UBS	<input type="checkbox"/> Médico particular
<input type="checkbox"/> Posto de Saúde	<input type="checkbox"/> Hospital da rede pública
<input type="checkbox"/> Religiosos	<input type="checkbox"/> Nenhum lugar

6. Onde você leva seu filho quando ele apresenta problemas de saúde bucal?

<input type="checkbox"/> UBS	<input type="checkbox"/> Dentista particular
------------------------------	--

<input type="checkbox"/> Posto de Saúde	<input type="checkbox"/> Hospital da rede pública
<input type="checkbox"/> AME	<input type="checkbox"/> APAE
<input type="checkbox"/> Universidades	<input type="checkbox"/> Nenhum lugar

Nome do cirurgião dentista

7. Você notou se seu filho já apresentou ou apresenta dor na boca ou nos dentes?

<input type="checkbox"/> Nunca apresentou dor	<input type="checkbox"/> Repetidamente
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Nunca notei

8. Quando recebeu algum cuidado ou orientação especial em relação à saúde bucal pela primeira vez?

<input type="checkbox"/> Logo que meu filho nasceu	<input type="checkbox"/> Entre 2 a 4 anos
<input type="checkbox"/> Até os 2 anos	<input type="checkbox"/> Entre 4 a 10 anos
<input type="checkbox"/> Entre 11 e 20 anos	<input type="checkbox"/> Em idade adulta – 21 ou mais

9. Quando seu filho foi ao dentista pela primeira vez, ele:

<input type="checkbox"/> Queixava-se de dor.	Você continuou o tratamento (após sanar a dor)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Estava com mau hálito?	Você continuou o tratamento (após sanar o mau hálito)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Apresentava dentes cariados?	Você continuou o tratamento (após tratar os dentes cariados)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Não apresentava problemas e você buscava um tratamento preventivo.	Você continuou o tratamento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

10. O que fizeram nesta primeira consulta? Como o trataram?

<input type="checkbox"/> Trataram a dor com medicamento	<input type="checkbox"/> Fizeram uma limpeza nos dentes
<input type="checkbox"/> Usaram contenção	<input type="checkbox"/> Instrução de Higiene Oral ao cuidador
<input type="checkbox"/> Usaram sedação	<input type="checkbox"/> Escovaram os dentes
<input type="checkbox"/> Iniciaram o tratamento bucal	<input type="checkbox"/> Não fizeram nenhum procedimento

11. Qual a sua opinião sobre o tratamento bucal que foi realizado?

<input type="checkbox"/> Muito ruim	<input type="checkbox"/> Bom
<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito bom
<input type="checkbox"/> Nem ruim nem bom	

12. Qual sua percepção sobre a forma como seu filho foi tratado onde foi atendido?

<input type="checkbox"/> Muito ruim	<input type="checkbox"/> Bom
<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito bom
<input type="checkbox"/> Nem ruim nem bom	

13. Seu filho está sendo acompanhado por um dentista atualmente?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

14. Como você avalia a saúde bucal do seu filho?

<input type="checkbox"/> Muito boa	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Nem ruim nem boa
<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito ruim	<input type="checkbox"/> Não sabe responder

15. O quanto você se preocupa com a saúde bucal do seu filho?

<input type="checkbox"/> Extremamente	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mais ou menos
<input type="checkbox"/> Muito pouco	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Não sabe responder

16. Atualmente você notou algum problema especial em relação a boca de seu filho?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

17. Qual?

<input type="checkbox"/> Dentes Cariados	<input type="checkbox"/> Necessidade de tratamento ortodôntico
<input type="checkbox"/> Dentes para extrair ou tratar canal	<input type="checkbox"/> Necessidade de tratamento periodontal
<input type="checkbox"/> Dentes quebrados	<input type="checkbox"/> Lesões no tecido mole
<input type="checkbox"/> Mau hálito	<input type="checkbox"/> Dor

18. Que conceito você dá para os serviços do SUS para com a saúde geral de seu filho?

<input type="checkbox"/> Muito ruim	<input type="checkbox"/> Bom
<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito bom
<input type="checkbox"/> Nem ruim nem bom	

19. Que conceito você dá para os serviços do SUS para com a saúde bucal de seu filho?

<input type="checkbox"/> Muito ruim	<input type="checkbox"/> Bom
<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito bom
<input type="checkbox"/> Nem ruim nem bom	

Sobre a higiene bucal de seu filho:

20. Como você faz a higiene da boca de seu filho?

<input type="checkbox"/> Escovação dos dentes	<input type="checkbox"/> Utiliza bicarbonato
<input type="checkbox"/> Utiliza o fio dental	<input type="checkbox"/> Utiliza pano umedecido
<input type="checkbox"/> Utiliza bochecho de flúor	<input type="checkbox"/> Não faz

21. Quantas vezes ao dia você escova os dentes de seu filho?

<input type="checkbox"/> 1 vez ao dia	<input type="checkbox"/> 2 vezes ao dia	<input type="checkbox"/> Mais de 3 vezes ao dia	<input type="checkbox"/> Nunca
---------------------------------------	---	---	--------------------------------

22. Quando?

<input type="checkbox"/> Após cada refeição	<input type="checkbox"/> Após o almoço	<input type="checkbox"/> Após o jantar
<input type="checkbox"/> Quando acorda	<input type="checkbox"/> Antes de dormir	<input type="checkbox"/> Outra

23. Quem, em sua opinião, é responsável pela saúde da boca de seu filho?

<input type="checkbox"/> Você	<input type="checkbox"/> O dentista	<input type="checkbox"/> Seu filho	<input type="checkbox"/> Ninguém
-------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

24. Quando falamos em saúde bucal e tratamento odontológico, o que você espera que seu filho receba?

<input type="checkbox"/> Acolhimento	<input type="checkbox"/> Carinho	<input type="checkbox"/> Medicação	<input type="checkbox"/> Tratamento sem dor
<input type="checkbox"/> Atenção	<input type="checkbox"/> Cuidados com Higiene	<input type="checkbox"/> Sedação	<input type="checkbox"/> Tratamento com dor
<input type="checkbox"/> Anestesia	<input type="checkbox"/> Tratamento a nível hospitalar	<input type="checkbox"/> Instruções de higiene	<input type="checkbox"/> Tratamento ortodôntico

25. Cardápio do seu filho:

Café da Manhã	Lanche	Almoço	Lanche Tarde	Jantar

### 11.7. ANEXO VII - Questionário para os Cirurgiões Dentistas

#### QUESTIONÁRIO PROFISSIONAL DA SAÚDE: CIRURGIÃO DENTISTA

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Instituição: \_\_\_\_\_

1. Quais os principais problemas encontrados na cavidade bucal do paciente autista?

<input type="checkbox"/> Cáries	<input type="checkbox"/> Tártaro	<input type="checkbox"/> Problemas ortodônticos
<input type="checkbox"/> Dentes perdidos	<input type="checkbox"/> Gengivite e Periodontite	<input type="checkbox"/> Mau hálito
<input type="checkbox"/> Placa bacteriana	<input type="checkbox"/> Necessidade de prótese	<input type="checkbox"/> Lesões em mucosa
<input type="checkbox"/> Higiene insatisfatória	<input type="checkbox"/> Dentes quebrados	<input type="checkbox"/> Lesões causadas por auto mutilação

2. Quais os tratamentos mais frequentes?

<input type="checkbox"/> Selamento em massa	<input type="checkbox"/> Restaurações posteriores	<input type="checkbox"/> Restaurações anteriores
<input type="checkbox"/> Extrações	<input type="checkbox"/> Raspagem	<input type="checkbox"/> Profilaxia
<input type="checkbox"/> Tratamento endodôntico	<input type="checkbox"/> Prótese	<input type="checkbox"/> Trat. ortodôntico

3. Você faz uso de sedação?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

4. Qual tipo de sedação?

<input type="checkbox"/> Óxido nitroso	<input type="checkbox"/> Endovenosa
<input type="checkbox"/> Oral	

5. Você faz uso de contenção física?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

6. Qual tipo de contenção física?

<input type="checkbox"/> Tecido e ataduras com velcro	<input type="checkbox"/> Coletes
<input type="checkbox"/> Camisola	<input type="checkbox"/> Ataduras com velcro
<input type="checkbox"/> Pessoal auxiliar	<input type="checkbox"/> Estabilizador de Godoy

7. Tratando-se do tratamento odontológico ao paciente autista, diante da palavra “contenção”, qual a afirmação imediata que você pode fazer?

<input type="checkbox"/> Forma de controle	<input type="checkbox"/> Garantia para o tratamento
<input type="checkbox"/> Método para modificar o tratamento	<input type="checkbox"/> Necessário

8. Tratando-se do tratamento odontológico ao paciente autista, diante da palavra “condicionamento”, qual a afirmação imediata que você pode fazer?

<input type="checkbox"/> Forma de controle	<input type="checkbox"/> Garantia para o tratamento
<input type="checkbox"/> Método para modificar o comportamento	<input type="checkbox"/> Forma de aprendizagem

9. Durante sua prática profissional com pacientes autistas, você já buscou iniciar o tratamento destes com um processo gradativo de abordagem e condicionamento, para tornar o tratamento menos traumático para todos os envolvidos?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

10. Caso tenha respondido sim, quais foram suas percepções sobre esta abordagem?

<input type="checkbox"/> Não houve diferença	<input type="checkbox"/> Houve uma pequena resposta positiva	<input type="checkbox"/> Houve uma resposta positiva razoável
<input type="checkbox"/> Houve uma resposta muito boa	<input type="checkbox"/> Houve uma resposta excelente	<input type="checkbox"/> Houve resposta negativa

11. Os pacientes autistas atendidos por você recebem tratamento odontológico integral em todas as especialidades oferecidas pelo SUS?

<input type="checkbox"/> Dentística	<input type="checkbox"/> Odontopediatria	<input type="checkbox"/> Ortodontia	<input type="checkbox"/> Endodontia
<input type="checkbox"/> Periodontia	<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Prótese	

12. Você faz o acompanhamento e a manutenção dos tratamentos odontológicos realizados em seus pacientes autistas?

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nem sempre	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Na maioria	<input type="checkbox"/> Sempre, em todos
--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---

13. Qual o intervalo de tempo entre as consultas de manutenção e acompanhamento?

<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> 2 a 4 meses	<input type="checkbox"/> 6 a 8 meses	<input type="checkbox"/> Anual
---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

14. Você considera este intervalo de tempo suficiente?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não, gostaria que fosse menor
	<input type="checkbox"/> Não, gostaria que fosse maior

15. Durante as consultas odontológicas você orienta os cuidadores dos pacientes autistas sobre a higienização da boca de seus filhos?

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nem sempre	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	<input type="checkbox"/> Sempre, com todos
--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---	--

16. Você considera que os cuidadores colaboram para manter a saúde bucal de seus filhos em dia?

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nem sempre	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	<input type="checkbox"/> Sempre, todos
--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---	--

17. O que você considera o mais importante facilitador na colaboração do paciente autista para o tratamento odontológico?

<input type="checkbox"/> O vínculo estabelecido	<input type="checkbox"/> A abordagem	<input type="checkbox"/> A contenção
<input type="checkbox"/> A sedação	<input type="checkbox"/> A anestesia	<input type="checkbox"/> Presença do cuidador

### 11.8. ANEXO VIII - Questionário para os Profissionais de Saúde

#### QUESTIONÁRIO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masc ( ) Fem

Profissão:

<input type="checkbox"/> Médico Psiquiatra	<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo
<input type="checkbox"/> Psicólogo	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta
<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional	<input type="checkbox"/> Cirurgião Dentista
<input type="checkbox"/> Professor	<input type="checkbox"/> Outro

1. Você é especialista em tratamento de pacientes com necessidades especiais?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

2. Qual a sua carga horária nesta instituição?

<input type="checkbox"/> 4 horas semanais	<input type="checkbox"/> 8 horas semanais	<input type="checkbox"/> 12 horas semanais
<input type="checkbox"/> 20 horas semanais	<input type="checkbox"/> 30 horas semanais	<input type="checkbox"/> 40 horas semanais

3. O trabalho que você desempenha nesta instituição é realizado:

<input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Dia sim, dia não	<input type="checkbox"/> Semanalmente
<input type="checkbox"/> Quinzenalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> _____

4. O atendimento que você realiza é:

<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Em grupo
-------------------------------------	-----------------------------------

5. Quanto tempo é dedicado a cada atendimento individual?

<input type="checkbox"/> Até 20 minutos	<input type="checkbox"/> 30 minutos	<input type="checkbox"/> 40 a 50 minutos	<input type="checkbox"/> Mais de 1 hora
---	-------------------------------------	--	---

6. Quanto tempo é dedicado aos atendimentos em grupo?

<input type="checkbox"/> Até 20 minutos	<input type="checkbox"/> 30 minutos	<input type="checkbox"/> 40 a 50 minutos	<input type="checkbox"/> Mais de 1 hora
---	-------------------------------------	--	---

7. Considerando o objetivo do seu trabalho com os alunos autistas, você considera esta carga horária suficiente?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não muito	<input type="checkbox"/> Suficiente	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Extremamente
------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

8. O rendimento do trabalho que você desenvolve com os alunos alcança a sua expectativa como profissional?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não muito	<input type="checkbox"/> Suficiente	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Extremamente
------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

9. Há respostas positivas?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não muito	<input type="checkbox"/> Suficiente	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Extremamente
------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

10. Os alunos demonstram avanço do tratamento realizado?

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Muito pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Extremamente
-------------------------------	--------------------------------------	--	-----------------------------------	---------------------------------------

11. Os pais dos alunos demonstram satisfação com o tratamento?

<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Muito pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Extremamente
----------------------------------	--------------------------------------	--	-----------------------------------	---------------------------------------

12. Os pais colaboram para melhorar os resultados do tratamento destes alunos?

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Muito pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Extremamente
-------------------------------	--------------------------------------	--	-----------------------------------	---------------------------------------

13. Você percebe diferença comportamental dos pais de acordo com a evolução de seus filhos nesta instituição?

<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Muito pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Extremamente
----------------------------------	--------------------------------------	--	-----------------------------------	---------------------------------------

14. Todos os alunos recebem tratamento integral de toda a equipe multiprofissional de saúde desta instituição?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

15. Qual o critério para que um aluno receba tratamento integral de saúde nesta instituição?

<input type="checkbox"/> Ser regularmente matriculado	<input type="checkbox"/> Ser morador da região
<input type="checkbox"/> Ser morador deste município	<input type="checkbox"/> Não há critério específico
<input type="checkbox"/> Outro	