



ABORDAGEM E CONDICIONAMENTO DO PACIENTE COM ESPECTRO AUTISTA NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Tháísa Barros Gonçalves¹
Viviane Abreu de Souza Pereira²

RESUMO

Esse trabalho tem como principal finalidade decorrer sobre a importância da integração do paciente com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e tratamento odontológico baseado no condicionamento individual e interpessoal paciente/ Cirurgião Dentista. O TEA é classificado em diferentes graus e sua abordagem deve considerar as diferentes formas de condicionamento odontológico, métodos e estratégias psicológicas como a técnica de “dizer, mostrar fazer” ou técnicas buscando criar uma rotina psicológica e de contato físico com o paciente, visando a prevenção, redução e muitas vezes a remoção de atendimentos sob sedação e/ou anestesia geral. Observou-se que o cirurgião dentista deverá dispor dos métodos convencionais de manejo odontológico, alinhados ao atendimento multidisciplinar e técnicas educacionais como aprender estratégias de interação, estímulos audiovisuais controlados e corporais. Baseou-se, na avaliação observacional e condicionamento de 2 pacientes com quadros diferentes de TEA, porém com a necessidade de condicionamentos e tratamento odontológico.

Palavras-chave: Odontologia; Autismo; Condicionamento.

ABSTRACT

This work has as main purpose to discuss the importance of the integration of patients with Autism Spectrum Disorder (ASD) and dental treatment based on individual and interpersonal patient / Dentist Surgery. The ASD is classified in different degrees and its approach should consider the different forms of dental conditioning, psychological methods and strategies such as "tell, show" or techniques seeking to create a psychological routine and physical contact with the patient, aiming at the prevention, reduction and often the removal of care under sedation and / or general anesthesia. It was observed that the dental surgeon should have the conventional methods of dental management, aligned with multidisciplinary care and educational techniques such as learning interaction strategies, controlled and corporal audiovisual stimuli. It was based on the observational evaluation and conditioning of 2 patients with different TEA, but with the need for conditioning and dental treatment.

Key words: Dentistry; Autism; Conditioning.

1 INTRODUÇÃO

O Autismo é um transtorno que está presente desde o nascimento e na qual existe deficiência nas respostas aos estímulos visuais, auditivos, fala ausente ou deficiente e é caracterizado por comportamento emocional e social alterados, em como déficit cognitivo. Definida como uma patologia precoce da primeira infância que se caracteriza por um

¹ Discente do Curso de Odontologia UNIGRANRIO/RJ.

² Docente UNIGRANRIO. viviangels@hotmail.com



isolamento extremo do indivíduo que o torna incapaz de estabelecer relações interpessoais comuns às pessoas e situações (AMARAL, CARVALHO, BEZERRA, 2016).

A necessidade de uma melhor abordagem ao paciente de Espectro Autista, fez o surgimento e utilização dos métodos de intervenção que visam diminuir os comportamentos problemáticos, estão sendo desenvolvidos para ajudá-las a se tornarem funcionais e independentes perante a sociedade. São estes: PADOVAN; ABA - Análise do Comportamento Aplicada; TEACCH – Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados com a Comunicação; Modelo SCERTS – Comunicação Social, Regulação Emocional e Apoio Transacional; PECS - Sistema de Comunicação por Troca de Figuras; DIR - Desenvolvimento Diferencial Individual e Relacional, FLOORTIME e Programa SON-RISE (BOSA, CALLIAS, 2000; HOWARD et al, 2005; LAMPREIA, 2007; PADOVAN, 1994; PRIZANT, WETHERBY, RYDELL, 2000; WILLIAMS, 2006).

Atualmente, tal patologia, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é classificada como Transtornos do Espectro do Autismo e descrita dentro do Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) (OMS, 2009). Os indivíduos que apresentam esse Transtorno são caracterizados por um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade dos três anos e por apresentarem uma perturbação característica do funcionamento anexo aos domínios relacionados às interações sociais, desvios da comunicação e, comportamento focalizado e repetitivo (ASSUMPCÃO JUNIOR, 2005).

A incidência desta patologia é mais comum no sexo masculino, sendo de 3 a 5 vezes mais atingido que o feminino por esse motivo a cor azul foi definida como símbolo do autismo (KLEIN, NOVAK, 1998; KLIN et al, 2006). Estudos recentes apontam para um aumento nos casos diagnosticados entre a população dos Estados Unidos e da Europa, ganhando contornos de epidemia. As estatísticas nacionais nos EUA revelam 1 caso de TGD a cada 88 crianças em 2012, de acordo com o relatório liberado pelos Centers for Disease Control and Prevention, órgão governamental que trabalha com a saúde nos EUA (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2012). No Brasil, há uma estimativa de aproximadamente 2 milhões de indivíduos autistas, e cerca da metade destes casos ainda são desconhecidos devido a falta de diagnóstico (PAULA et al, 2011).

Os aspectos bucais dos portadores de autismo não diferem muito dos apresentados por pacientes considerados normais, apresentando principalmente, péssima higiene bucal. Nestes pacientes são encontrados altos índices de biofilme dentário, explicados pelas dificuldades na realização de higiene bucal, por apresentarem alterações de coordenação e pouca cooperação para realização das tarefas.

Durante o diagnóstico, definindo o paciente dentro dos quadros de Espectro Autistas, sua higiene e atendimento odontológico acabam sendo afetados. Na incursão, para definição de diagnóstico clínico, exames e necessidade de uma melhor abordagem psicológica por parte dos pais, o que menos é ressaltado, é a necessidade odontológica precoce para melhor condicionamento e prevenção, fazendo que estes só apareçam em torno dos 6/7 anos, muitas vezes, durante a troca de dentição. A falta de sensibilização da cavidade bucal, de uma rotina odontológica e até mesmo de orientações básicas sobre prevenção aos pais são as maiores barreiras a serem desbravadas.

Assim, este relato de experiências, apresenta dois casos de atendimento a pacientes portadores de TEA, as diferentes abordagens, de acordo com o perfil de cada um deles, e as discussões pertinentes ao manejo desse tipo de paciente, dada a dificuldade do atendimento e a escassez de profissionais aptos a fazê-lo.

Sendo assim, o foco do trabalho é contribuir com a disseminação de informação de qualidade e baseada em evidências científicas acerca do tema para desmistificá-lo.



2 METODOLOGIA

Descrição detalhada das diferentes abordagens utilizadas em dois pacientes portadores de TEA para o condicionamento dos pacientes e posterior realização do tratamento odontológico.

3 RELATOS DOS CASOS CLÍNICOS

3.1 RELATO DE CASO I

Paciente J.H.D.S., brasileiro, sexo masculino, 6 anos, de idade. Diagnóstico médico: Transtorno de Espectro Autista. Submete-se semanalmente a tratamentos especiais com neurologista, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, faz uso de Respiridona 2mg e Melatonina (melhorar frequência de sono) e frequenta escola convencional.

No primeiro atendimento foi feita a anamnese com a responsável e observação do paciente fora de situação de atendimento. Durante avaliação clínica, não se conseguiu fazer uma visualização da cavidade oral do paciente. Pela visão superficial, foi possível verificar presença de biofilme e cálculo em incisivos inferiores.

Através do método observacional do paciente, verificou-se movimentos estereotipados e repetitivos como: contornar em círculos o equipo odontológico, não manter contato físico e visual, dificuldade em receber ordens diretas, intolerância a sons exacerbados.

Foi feita a iniciação da adaptação do ambiente odontológico e conscientização do responsável quanto a escovação e inserção da odontologia na rotina do paciente, através de conversas segmentadas com a mãe e adaptação de interação com pouco estímulo audiovisual. A mãe relatou necessidade de abafador de som com regulagem, baseado no incômodo do próprio paciente, o que dificulta interação de comando verbal, para melhor condicionamento sensorial.

Na segunda consulta foi dada a continuação do condicionamento, porém partindo de uma retomada primária, em vista da falta de continuidade regular de uma semana, causada por problemas pessoais da mãe. Com isso, houve um impedimento do avanço na adaptação. Conseguiu-se manter o paciente um bom tempo sentado na cadeira nesta seção, porém o grito de uma outra paciente o assustou e o isolou, pois a mãe tinha esquecido de trazer o abafador de som. Foi acordado com esta, que ela traria em todas as consultas posteriores tal dispositivo sensorial.

Na terceira consulta foi feita a continuação do processo de adaptação. Conseguiu-se manter o paciente sentado na cadeira por algum tempo (Figura 1), porém em seguida, ele se levantou e ficou dando voltas pela cadeira. Foi realizada a demonstração de escovação no manequim (Figura 2 e 3), depois feita a tentativa de manipulação da cavidade bucal com a própria escova do paciente e gaze, sem sucesso, pois o paciente recusou-se.

Na quarta consulta, o paciente usava o abafador de som. Foi feita profilaxia com a escova do próprio (Figura 4), mais aplicação de flúor. O paciente contribuiu muito com o atendimento. Na consulta subsequente, foi feita a raspagem nos incisivos inferiores. Manteve-se o quadro de estereotipagem própria dele, porém demonstrando uma melhor condição de entendimento e condicionamento deste.



FIGURA 1 – Paciente sendo estimulado com aparelho audiovisual.



FIGURA 2 – Demonstração de escovação no manequim.



FIGURA 3 – Mantendo o paciente na cadeira odontológica.



FIGURA 4 – Manipulação da cavidade oral com a própria escova do paciente.

3.2 RELATO DE CASO CLÍNICO II

Paciente K.S.N., brasileiro, sexo masculino, 9 anos. Diagnóstico CID 10 – F90 + F84.5, Transtorno Hipercinético e TEA (Síndrome de Asperger). Diagnóstico feito em 2005, quando ele havia completado 5 anos.

Possui acompanhamento multiprofissional: Tratamentos especiais com neurologista e psicólogo, faz uso de medicamentos. Mostra-se agressivo na ausência do uso de medicamentos e frequenta escola convencional.

Na primeira consulta foi feita anamnese, exame clínico e profilaxia, o paciente apresentou lesões de cárie em alguns elementos (Figuras 6 e 7) e o responsável foi orientado quanto à importância da escovação e inserção da odontologia na rotina do paciente.

Apresentou inquietação própria, porém sem exacerbar a um quadro de estereotipagem e aceitou receber condicionamento somente com estímulos verbais e de forma direta, mesmo com o quadro de hiper sinergia.

Na segunda consulta o paciente não compareceu.

Na terceira consulta o paciente continuou recebendo condicionamento de forma verbal e mostrou-se responsivo e controlado, apresentando diminuição no quadro de inquietação da primeira consulta (Figura 5). Foi realizada a adequação do meio dos elementos e inserção de Cimento de Ionômero de Vidro (CIV) (Figura 8).

Ele se mostrou colaborativo em todas as consultas e bem adaptado ao ambiente odontológico, além de relatar gostar bastante de ir à clínica de pacientes especiais.



FIGURA 5 – Paciente bem adaptado ao ambiente odontológico.



FIGURA 6 – Visualização de cárie no elemento 55.



FIGURA 7 – Visualização de cárie nos elementos 74 e 84.

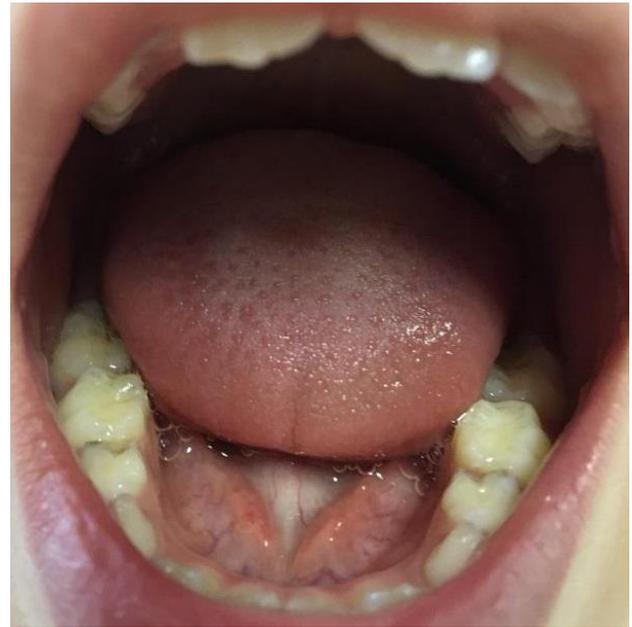


FIGURA 8 – Adequação do meio e aplicação de CIV.

3 DISCUSSÃO

Dentre as causas deste transtorno, não se pode citar um único fator como o responsável pela sua manifestação clínica. Os estudos sugerem que existe uma herdabilidade muito influente, contribuindo como um dos fatores deste transtorno, porém não confirmam a existência de um único gene determinando o autismo, mas sim uma interação entre múltiplos genes (KLEIN, NOWAK, 1999; CAMPOS, HADDAD, 2007; HOWLIN, BARON COHEN, HADWIN, 1999).

Estudos recentes indicam também que o autismo não é regido apenas por causas genéticas. A suposição é que **fatores ambientais** que tenham impacto no desenvolvimento do feto, como stress, infecções, exposição a substâncias químicas tóxicas, complicações durante a gravidez, desequilíbrios metabólicos podem levar ao desenvolvimento do autismo.

Os pacientes portadores desta condição, no quarto ou quinto anos de idade, demonstram ausência de contato visual, linguagem limitada ou ausente, ecolalia – repetição de palavras ou sons que a criança tenha ouvido recentemente ou bastante tempo atrás, inversão pronominal– utilização do você para referir-se a si próprio. Em relação aos jogos, apresentam ausência de fantasias, de imaginação e de jogos de representação. Anomalias do ritmo do discurso, do tom e das inflexões, e resistência às mudanças no ambiente e nas rotinas (COSTA, NUNES MAIA, 1998; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995).

Os movimentos repetitivos, assim como atitudes de gritar, tapar os ouvidos e fazer ruídos, manifestados pelas crianças portadoras desta síndrome, ocorre pelo fato do cérebro dos autistas trabalhar de maneira diferente e sobrecarregar-se quando exposto a estímulos externos do dia-dia, como sons, luzes, imagens e cheiros. Essas atitudes são uma forma de bloquear esses estímulos, para que possam se concentrar em apenas um. Na verdade, o autismo é uma síndrome que está presente desde o nascimento da criança, podendo ser percebida logo no primeiro ano de vida, e apresentando-se clinicamente por meio de



deficiências nas respostas aos estímulos visuais, auditivos e fonéticos (KLEIN, NOWAK, 1999; KLIN, 2006).

Conhecer as características da síndrome é de fundamental importância para que o diagnóstico seja precoce e assim a criança possa vir a ter maiores chances de desenvolvimento, com mais interação social e possibilidade de desenvolvimento motor e cognitivo mais acurado. O conhecimento das características também é necessário para a correta adaptação da criança ao meio em que se encontra, quer seja uma sala de aula ou um consultório odontológico.

Por exemplo, o paciente do relato clínico 2, demonstrava-se bem agitado em uma das consultas em virtude dos sons, pois o abafador auricular, necessário ao conforto e melhor adaptação dele, não tinha sido trazido pela mãe, impossibilitando o atendimento do dia. Assim, tem-se que em um paciente portador de TEA, o planejamento da consulta tem que ser realizado de forma criteriosa para que nenhum detalhe, necessário ao conforto do paciente, seja esquecido.

Através do episódio, de alteração comportamental com sons no segundo paciente, resolveu-se aplicar o Método ABA, associado a um replanejamento odontológico. A Análise do Comportamento Aplicada (ABA) surgiu através do movimento Behaviorista, norteado pelo grande defensor da psicologia John B. Watson.

Esta abordagem tem como objetivo ensinar destrezas ainda não adquiridas pelos pacientes com Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), através de etapas atenciosamente documentadas. O método ABA possui uma orientação diferente das demais intervenções, pois é regido não apenas pela aplicação de técnicas e procedimentos que visam promover uma mudança comportamental, mas também possui o objetivo de compreender as dificuldades e potencialidades destes indivíduos e, através desta conduta são desenvolvidos métodos que possam ajudá-los de maneira efetiva, sempre respeitando o ritmo destes indivíduos e contribuindo para o seu processo de autonomia e qualidade de vida (HOWARD, 2005).

Sua aplicação se estende à clínica com adultos, escolas, organizações e terapia para pessoas especiais, e tem sido apontada como a mais promissora no tratamento de indivíduos autistas (HOWARD, 2005). Parte do sucesso da terapia ABA deve-se ao fato de que o autismo não é visto como uma doença ou um problema a ser corrigido, mas sim como um conjunto de comportamentos que podem ser desenvolvidos através de abordagens de ensino especiais (GREEN, 1996).

Porém, no primeiro paciente, o modelo SCERTS, era o mais indicado. O modelo SCERTS surgiu através de Barry Prizant et al., publicado em 2000. O enfoque desta abordagem consiste em desenvolver a comunicação social, a regulação emocional e o apoio transicional das crianças com TGD.

A aplicação deste modelo torna-se mais complexa quando comparado às outras intervenções, pois exige maior experiência do terapeuta, uma vez que a base do tratamento se encontra semiestruturada, o que exige maior atenção do adulto em relações às situações que irão ocorrendo durante o tratamento (PRIZANT, WETHERBY, 2000).

Através do modelo SCERTS foi realizado o condicionamento do paciente, em que os estímulos eram feitos sempre com conversas, explicando o que seria feito, fazendo com que o paciente estivesse sempre socializando com os profissionais e demais membros da clínica. O



que se mostrou, efetivamente, como melhor abordagem para o tratamento odontológico do referido paciente.

O modelo DIR com abordagem Floortime (DIR/Floortime) adota práticas que prezam pelo Desenvolvimento Funcional da criança, tendo como objeto principal a ampliação de habilidades tais como atenção e foco, engajamento e relacionamento social, gesto não verbal, afeto, resolução de problemas, comunicação simbólica, pensamento abstrato e lógico (LAMPREIA, 2009).

Além deste nível, o modelo também aborda intervenções no parâmetro das diferenças individuais, ou seja, nos padrões motores, sensoriais e afetivos, e por fim, aborda intervenções no parâmetro de relacionamento e interação afetiva, avaliando a compreensão dos pais e de outros em relação ao nível funcional da criança e suas peculiaridades (LAMPREIA, 2009).

Esse modelo foi desenvolvido através da obtenção de resultados alentados pelo Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders, dirigido por Stanley Greenspan e Serena Wieder, nos EUA. Ele possui a intenção de desenvolver bases para as competências sociais, emocionais e intelectuais das crianças, em vez de apenas focar-se nas competências e nos comportamentos isolados (LAMPREIA, 2009).

O modelo DIR/Floortime foi aplicado no condicionamento do paciente do relato 1, J.H.D.S., que era um paciente que mostrava mais dificuldade de compreensão de ordens verbais, por isso, utilizou-se objetos e aparelhos eletrônicos, para que ele pudesse compreender os comandos dados e, assim, estimular sua atenção e foco.

A participação da mãe também foi importante para que o paciente pudesse ficar mais calmo e sentir confiança nos profissionais que ali estavam e no ambiente, para que, em atendimentos futuros, haja uma interação social e afetiva maior. Sua aplicabilidade foi associada ao Método ABA.

O diagnóstico do TGD infantil é fundamentado principalmente no quadro clínico que o paciente apresenta, baseando-se na presença de determinados padrões comportamentais. Tais características são abordadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IVTM) da Associação Americana de Psiquiatria (AAP) (1995). Estes sinais auxiliam no diagnóstico precoce, que, e uma vez identificado, favorecem a intervenção de um tratamento multidisciplinar, sendo este de fundamental importância para o desenvolvimento adequado e dentro das limitações dos pacientes com TGD.

Nos dois casos clínicos, apesar dos pais bem orientados na parte médica e nas equipes de apoio, o diagnóstico demorou a ser totalmente fechado, e as incursões e encaminhamentos para área odontológica foram incipientes e /ou frustrados por uma abordagem inicial errada.

Conhecendo as necessidades da família especial torna-se mais fácil sugerir um protocolo educativo e preventivo de atenção primária para pacientes portadores de necessidades especiais com uma visão multidisciplinar que possa melhorar a qualidade de vida da criança especial (MARRA, 2007)

Os obstáculos mais frequentes no tratamento dentário são: ansiedade dos pais; baixa prioridade devida a numerosos problemas da prática diária; apreensão dos pais quanto à aceitação e incapacidade dos pacientes portadores de necessidades especiais mais comprometidos em comunicar um problema dentário; discrepância de opiniões entre os pais



ou profissionais da necessidade ou não de tratamento e alto custo do tratamento (GRUSVEN, CARDOSO, 1995).

Este trabalho segue a mesma linha de raciocínio de diversos outros autores, entre eles Morinushi, Ueda & Tanaka (2001), Bassoukou, Nicolau & Santos (2008), Subramaniam & Gupta (2011) e Orellana et al. (2012), que falam da importância de um tratamento preventivo e precoce, visando um manejo e condicionamento adequados e individualizados, além da necessidade de orientação aos pais/responsáveis da importância da saúde bucal, dentro de todo o contexto da síndrome, para a garantia da saúde bucal deles.

Mas, de maneira geral, o que é relatado, por vários autores, é a escassez de publicações com enfoque na abordagem e manejo psicológico do paciente autista e seu acolhimento no ambiente odontológico, que pode ser extremamente estressante devido a enormidade de estímulos simultâneos. Os relatos científicos têm seu foco nos achados bucais, nas técnicas de sedação e, ainda, inúmeros são categóricos em afirmar da insuficiente viabilidade de atendimento do paciente autista em nível ambulatorial (KLEIN, NOWAK, 1998; KLIN, 2006; PAULA, 2011).

Porém, através desses relatos clínicos e da vivência clínica diária de PNE da UNIGRANRIO, verificamos que o atendimento ambulatorial é viável, quando bem avaliado o comportamento e aplicadas as técnicas comportamentais, baseando-se na individualização e limitação de cada paciente. Além da intervenção preventiva e sensibilização precoce do paciente e conscientização dos familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se a necessidade da equipe de saúde bucal, na sua atuação, identificar o quadro clínico de cada paciente, anseios e as suas características, de maneira a possibilitar planejamento e direcionamento de abordagem e ação. Desta maneira, a odontologia viabiliza sua visão sobre o atendimento dos autistas, baseado na prevenção e na participação dos familiares neste tratamento.

O paciente com Espectro Autista deve ser assistido em suas necessidades iniciais, de forma preventiva, o que não irá impedir que, inevitavelmente, atendimentos de maior complexidade sejam necessários.

Diante da descrição dos casos clínicos alinhados à literatura, estas intervenções diretas, são normalmente complexas e delicadas para famílias, pacientes e clínicos quando não inseridos em tenra idade. Porém através da análise comportamental distintas, aplicação de técnicas educacionais e comportamentais individuais, respeitando o grau e o limite de cada paciente, é viável o atendimento no consultório odontológico sem utilização de internação para sedação ou anestesia geral.

REFERÊNCIAS

AMARAL, L. D.; CARVALHO, T. F.; BEZERRA, A. C. B. Atenção bioética à vulnerabilidade dos autistas: a odontologia na estratégia da saúde da família. **Revista Latino-americana de Bioética**, v. 16, n. 1, p. 220-233, 2016.
DOI:<file:///C:/Users/thais_000/Downloads/1465-3562-1-PB.pdf >.



ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual de estatística e diagnóstico de transtornos mentais (DSM IVTM)**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995

ASSUMPCÃO JUNIOR, F. B. Autismo infantil: um algoritmo clínico. **Infanto: revista de neuropsiquiatria da infância e da adolescência**, v. 1, n. 1, p. 20-24, 2005. Disponível em: <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_01_2/in_02_09.pdf>. Acesso em: 20 abr 21.

BASSOUKOU, I. H.; NICOLAU, J.; Santos, M. T. Saliva flow rate, buffer capacity, and pH of autistic individuals. **Clinical Oral Investigations**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 23-27, mar. 2009. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s00784-008-0209-5#page-1>>. Acesso em: 20 abr 21.

BOSA, C.; CALLIAS, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000100017&Ing=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 abr 21.

CAMPOS, C. C.; HADDAD, A. S. **Transtornos de comportamento e tratamento odontológico**. In: Haddad A.S. Odontologia para pacientes com necessidades especiais. São Paulo: Santos, 2007. p. 229-239

CARVALHO, Maria de Lourdes et al. Deficiente? Quem? Cirurgiões dentistas ou pacientes com necessidades especiais? **Em Extensão**, Uberlândia, v. 4; n. 1, p. 65-71, set., 2004. Disponível
<http://www.seer.ufu.br/index.php/emextensao/article/viewFile/1651/142>>. Acesso em: 23 abr 21.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Prevalence of autism spectrum disorders: autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2008. **MMWR Series**, Atlanta, v. 61, n. 3, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6103.pdf>>. Acesso em: 21 abr 21.

COSTA, M. I. F.; NUNES MAIA, H. G. S. Diagnóstico genético e clínico do autismo infantil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 24-31, mar. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n1/1860.pdf>>. Acesso em: 21 abr 21.

GREEN, G. Early behavioral intervention for autism: what does the research tell us? In: MAURICE, C.; Green, G.; LUCE S. C. (Eds.). Behavioral intervention for young children with autism: a manual for parents and professionals. **Autism**: Pro-Ed, 1996. p. 29-44.

GRUSVEN, M. F. V; CARDOSO, E. B. T. Atendimento Odontológico em criança Especiais – **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 49, n. 5, p. 364 – 70, set./out., 1995.

HOWARD, J. S. et al. A comparison of intensive behavior analytic and eclectic



treatments for young children with autism. **Research in Developmental Disabilities**, v. 26, n. 4, p. 359-383. 2005. Disponível em: <<http://www.science-direct.com/science/article/pii/S0891422205000247>>. Acesso em: 23 abr 21.

HOWLIN, P.; BARON COHEN, S.; HADWIN, J.; Teaching children with autism to mind-read: a practical guide. Chichester: Wiley, 1999.

KLEIN, U.; NOWAK A. J. Autistic disorder: a review for the pediatric dentist. **Pediatric Dentistry**, v. 20, n. 5, p. 7-312, set./out., 1998. Disponível em: <<http://www.student.ahc.umn.edu/dental/2010/Documents/Summer09/Autism%20Review%20for%20Pediatric%20DDS-Klein%20and%20Nowak-JPD-1998.pdf>>. Acesso em: 23 abr 21.

KLEIN, U.; NOWAK, A. J. Characteristics of patients with Autistic Disorder (AD) presenting for dental treatment: a survey and chart review. **Special care in dentistry**, v. 19, n. 5, p. 200-207, 1999

KLIN, A. et al. Avaliação clínica de crianças com risco de autismo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 58, n. 1, p. 255-297, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/433/329>>. Acesso em: 23 abr 21.

LAMPREIA, C. A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 105-114, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a12.pdf>>. Acesso em: 23 abr 21.

ORELLANA L. M. et al. Oral manifestations in a group of adults with autism spectrum disorder. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, Valencia, v. 17, n. 3, p. 415-9, maio, 2012. Disponível em: <http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv17_i3_p415.pdf>. Acesso em: 21 abr 21.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. 10. ed. v.1. São Paulo: EDUSP, 2009.

PADOVAN, B. A. E. Reorganização neurológica (Método Padovan). **Temas sobre Desenvolvimento**. São Paulo, v. 3, n. 17, p.13-21, 1994.

PAULA, C. S. et al. Brief report: prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: a pilot study. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 41, n. 12, fev., 2011. Disponível em: <http://download.springer.com/static/pdf/231/art%253A10.1007%252Fs10803-011-1200-6.pdf?auth66=1382196653_335da0152bd6b705b06444b023a05a0b&ext=.pdf>. Acesso em: 21 abr 21.

PRIZANT, B. M.; WETHERBY, A. M.; RYDELL, P. J. **Communication intervention issues for children with autism spectrum disorders**. In: WETHERBY, A. M.; PRIZANT, B. M. (Orgs.), Autism spectrum disorders: a transactional developmental perspective. Baltimore: Paul H. Brookes, 2000. p.193-224.



MARRA, S. P. Dificuldades Encontradas Pelos Responsáveis, Para Manter a Saúde Bucal em Portadores de Necessidades Especiais. UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROF. JOSÉ DE SOUZA HERDY, 2007. Disponível em: <http://www2.unigranrio.br/unidades_adm/pro_reitorias/propep/stricto_sensu.old/cursos/mestrado/ppg_odontologia/galleries/download/dissertacoes/Pinkie_Seabra.pdf>. Acesso em: 21 abr 21.

MORINUSHI, T.; UEDA, Y.; TANAKA, C. Autistic children: experience and severity of dental caries between 1980 and 1995 in Kagoshima City, Japan. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 25, n. 4, p. 323-8, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11497015>> . Acesso em: 21 abr 21.

SUBRAMANIAM, P.; GUPTA, M.; Oral health status of autistic children in India. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, Karnataka – India, v. 36, n. 1, p. 43-47, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22900443>> . Acesso em: 23 abr 21.

WILLIAMS, K. R. The son-rise program intervention for autism: prerequisites for evaluation. **Autism**, v. 10, n. 1, p. 86-102, jan. 2006. Disponível em: <<http://aut.sagepub.com/content/10/1/86.full.pdf+html>> . Acesso em: 23 abr 21.

ZINK, A. G.. Autismo e a odontologia condicionamento lúdico. **Revista Sentidos – a inclusão social da pessoa com deficiência**, 2009. Disponível em: <<http://sentidos.uol.com.br/seuespaco/materia.asp?cod=434>>. Acesso em: 23 abr 21.