

Karen Stéphanie Gouedji

Autismo e a saúde oral: uma revisão narrativa da literatura

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade Ciências da Saúde  
Porto, 2019



Karen Stéphanie Gouedji

Autismo e a saúde oral: uma revisão narrativa da literatura

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade Ciências da Saúde  
Porto, 2019

Karen Stéphanie Gouedji

Autismo e a saúde oral: uma revisão narrativa da literatura

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para  
obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

---

## **Resumo**

As pessoas que queiram fazer parte de uma equipa médica, gostam tanto do contacto humano como de ajudar e cuidar do próximo. O autismo é definido como uma desordem neurológica de etiologia desconhecida. As pessoas que sofrem de autismo não gostam do contacto humano e têm dificuldades em interagir com os seres humanos. É desta forma que nos podemos interrogar de que maneira é que uma equipa médica, especialmente o médico dentista, se deve comportar, adaptar e cuidar dos pacientes autistas e quais serão as medidas e técnicas configuradas para facilitar esta interação.

Para responder às questões acima, este trabalho tem como objetivo, abordar o tema, começando pela definição de autismo, o seu diagnóstico, as suas características, assim como, abordar a melhor forma de tratamento destes pacientes na área da saúde oral, começando com a prevenção dentária até à intervenção do médico dentista no consultório. Para a realização desta revisão narrativa da literatura, foram utilizados os motores de busca: *Pubmed, Google Scholar, Science Direct e B-On*.

**Palavras-chave:** “autismo”, “autismo e diagnóstico”, “prevalência”, “autismo e doença associada”, “autismo e saúde oral”

## **Abstract**

People into the medical profession love human contact and love to help and care for the others. A autism is a behavioral and neurological disorders unknown etiology. Autistic patients don't love human contact and they have difficulties in social interactions. That's way we can ask ourselves in what ways the medical corps can interact and provide care to these people and, also, what methods, devices are put in place to facilitate this interaction for dentists but also for autistic patients.

To answer the above questions, this paper have as objectives, to address the subject, beginning by autism definition, its diagnosis, its clinical characteristics, but also explain a best way to provide care to autistic patients in the area of oral health, beginning with a dentary prevention until dentist intervention in his cabinet.

For the construction of a literature narrative review, through research on scientific bases Pubmed, Google Scholar, Science Direct e B-On.

**Keywords:** “oral health”; “autism”; “diagnosis”; “diagnosis and autism”; “autism and associated disease”; “prevalence”

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha família (à minha mãe, o meu primo, as minhas irmãs e o meu tio Christopher) por me ter acompanhado, apoiado durante toda esta aventura. Através das suas orações e dos seus apoios, soube superar-me e terminar esta aventura.

Devo agradecer também a Pascale S. que me permitiu encontrar o meu caminho e concretizá-lo, ter estado sempre lá para me apoiar e ter acreditado em mim.

Por último, gostaria de agradecer a todas as pessoas que conheci neste caminho porque me ensinaram a levar este projeto até ao fim. E termino esta mensagem agradecendo à minha orientadora professora Beatriz Monteiro pela sua paciência, sua ajuda, seu apoio e tempo despendido em todo o processo da investigação.

## **Índice geral**

Resumo.....	V
Abstract.....	VI
Agradecimentos.....	VII
Índice Geral.....	VIII
Lista de abreviaturas.....	X
<b>I. Introdução</b> .....	1
1 Material e métodos .....	2
<b>II. Desenvolvimento</b> .....	2
1 Evolução da palavra «Autismo» e definição .....	2
2 Etiologia e Diagnóstico .....	3
2.1 A importância do diagnóstico precoce .....	4
3 Prevalência.....	4
4 Características específicas do TEA .....	4
4.1 Características clínicas .....	5
4.1.1 O déficit social.....	5
4.1.2 Alteração da comunicação verbal e não verbal.....	5
4.1.3 Comportamento estereotipado, repetitivo e interesse limitado.....	5
5 Doenças associadas ao TEA .....	6
5.1 Transtorno do Sono .....	6
5.2 Transtorno Alimentar .....	6
5.3 Transtornos Convulsivos.....	6
5.4 Percepções Alteradas.....	7
5.5 Ansiedade.....	7
6 Patologias buco-dentárias do TEA .....	7
6.1 Cáries Dentárias .....	7
6.2 Doenças Periodontais .....	7
6.3 Traumatismo buco-dentário e os efeitos secundários dos medicamentos geralmente usados pelos autistas .....	8
7 Tratamento buco-dentário do TEA.....	8
7.1 Prevenção .....	8

7.1.1	Implicação dos pais.....	8
7.1.2	Conselhos alimentares.....	9
7.2	Intervenção terapêutica clínica.....	9
8	O desafio dos médicos dentistas.....	10
9	Gestão do comportamento dos pacientes autistas.....	11
9.1	Técnicas básicas (método sem medicação).....	11
9.1.1	A comunicação.....	11
9.1.2	O "Tell-Show-Do.....	11
9.1.3	A dessensibilização.....	11
9.1.4	O reforço positivo.....	12
9.1.5	A distração.....	12
9.2	Técnicas avançadas (método com medicação).....	12
9.2.1	Sedação por via oral.....	12
9.2.2	Sedação por inalação MEOPA.....	13
9.2.3	Anestesia geral.....	13
<b>III.</b>	<b>Discussão</b> .....	13
<b>IV.</b>	<b>Conclusão</b> .....	15
<b>V.</b>	<b>Bibliografia</b> .....	16
<b>VI.</b>	<b>Anexos</b> .....	20

## **Listas de abreviaturas**

ABA- Applied Behavioral Analysis

ABC- Autism Behavior Checklist

ADI-R- Autism Diagnostic Interview-Revised

ADOS- Autism Diagnostic Observation Schedule

CARS- Childhood Autism Rating Scale

DDNED- Desordem Difusa Não Especifica do Desenvolvimento

DISCO- Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders

DSM -Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GARS- Gilliam Autism Rating Scale

HAS- *Haute Autorité Santé*

INSERM- *Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale*

MEOPA- *Mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote*

SA- síndrome Asperger

TEA- Transtornos de Espectro do Autismo

TEACCH- Treatment and Education of Autistic and related communication-handicapped Children

## I. Introdução

A palavra «autismo» foi usada pela primeira vez por Bleuber Eugen em 1911, psiquiatra suíço no seu livro, escrito em alemão, "*Dementia praecox ader gruppe der Schizophrenien*" (Dementia Praecox ou Grupo das Esquizofrenias) sendo considerada como um sinal secundário da Esquizofrenia (Sauvage, 2012).

Mais tarde, Leo Kanner em 1943 e Hans Asperger em 1944, definem o autismo como sendo uma desordem neurológica infantil, que não é um sinal secundário da esquizofrenia, mas sim uma doença propriamente dita (Robel, 2009).

Atualmente, o autismo faz parte de um grupo de patologias com características semelhantes mas diferentes em intensidade, designado por TEA (Transtorno do Espectro do Autismo (Gandhi e Klein, 2014).

O autismo é uma desordem neurológica, de etiologia desconhecida que se caracteriza por uma alteração e défice das interações sociais (incapacidade de interagir com as pessoas à sua volta), uma alteração e défice de comunicação verbal e não-verbal e com comportamentos específicos, repetitivos e restritos. Na cultura popular, através das representações audiovisuais, associamos as pessoas autistas como pessoas inteligentes que gostam de matemática e por esse motivo estas necessitam de ter uma lógica em tudo o que fazem. Os autistas necessitam de uma organização complexa de todas as tarefas que executam (Sauvage, 2012; Cagetti, et al., 2015).

Sabendo que os autistas têm dificuldades em interagir com as pessoas e que a equipa médica necessita de contacto humano para diagnosticar e cuidar destes pacientes, podemos colocar a questão sobre o ponto de vista dos pacientes e quais serão as técnicas implementadas, com a ajuda dos pais/tutores, para se organizarem e prevenirem as diferentes patologias orais, com o objetivo de se manter uma boa higiene oral. O nosso papel não é apenas o de tratar, mas também poder acompanhá-los durante a vida. Isto irá também permitir que os pacientes se sintam mais confortáveis com a equipa médica (Barthelemy, 2018).

De modo a otimizar as consultas, o médico dentista deverá conhecer as técnicas de que dispõe para criar uma relação com o paciente autista. Para responder a essa problemática, o objetivo deste trabalho é estudar a evolução científica da noção de autismo, conhecer o diagnóstico, as características clínicas e os comportamentos destes pacientes. Devemos também ter em atenção, os cuidados dentários preventivos que estes pacientes devem ter,

assim como as medidas de intervenção terapêuticas que o médico dentista dispõe para controlar a saúde oral destes pacientes.

## 1 Material e métodos

Para a elaboração desta revisão bibliográfica narrativa foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados *PubMed* e *Google Scholar*, *Science Direct* e *B-On*, entre 2002 e 2019. As palavras-chave utilizadas foram: “autism”, “Asperger Syndrome”, “prevalence”, “etiology”, “diagnosis”, “diagnostic criteria”, “comorbidity”, “oral health”, “dental caries”, “periodontal disease”, “oral habits”, “bruxism”, “behavior management techniques”. Na pesquisa foram empregues os seguintes critérios de inclusão: artigos de consulta gratuita, estudos em humanos e artigos em língua inglesa, francesa e portuguesa. Foram excluídos os artigos após leitura do título ou do resumo que não apresentavam interesse pertinente para o tema e os artigos inconclusivos. Foram utilizados 46 artigos.

## II. Desenvolvimento

### 1 Evolução da palavra «Autismo» e definição

“Autismo” é a tradução de “autismus” utilizada pela primeira vez por E. Bleuber em 1941, no seu livro sobre a Esquizofrenia.

Para o autor, o autismo é um sintoma secundário da esquizofrenia. Descreve o autismo como a perda do contacto com a realidade, a indiferença e a impenetrabilidade, tendo como consequência uma grande dificuldade em comunicar com os outros (Sauvage, 2012).

Em 1943, o pedopsiquiatra austríaco, Leo Kanner, publicou um artigo intitulado “Autistic Disturbance of Affective Contact” (Distúrbio Autista do Contacto Afectivo). Nesse artigo, estudou onze crianças, sendo oito do sexo masculino e três do sexo feminino, tendo concluído que as crianças tinham comportamentos diferentes, mas que poderiam ser reagrupadas sob uma mesma designação. É assim que ele descreve o autismo infantil, como uma patologia propriamente dita e não como sintoma da esquizofrenia (Shore e Rastelli, 2015).

Estas 11 crianças possuíam uma grande dificuldade no desenvolvimento de relacionamentos, uma maior facilidade em interagir com os objetos do que com os seres humanos, uma linguagem adquirida ou não com dificuldade, o desejo da ausência de

mudança e a aparência dos sinais durante os dois primeiros anos (Robel, 2009; Cassou de Saint Mathurin, 2011).

Hans Asperger em 1944, escreve um artigo onde descreve uma “psicopatia autista da infância”. O autor observou quatro crianças do sexo masculino, cujos comportamentos eram semelhantes, tais como, a ausência de empatia, a capacidade reduzida para fazerem amigos, um diálogo unidirecional e uma forte preocupação por interesses especiais (Shore e Rastelli, 2015).

Estas condições relatadas por Leo Kanner e Hans Asperger, descreveram pela primeira vez as patologias do comportamento e desenvolvimento infantil que hoje em dia estão inseridas num conjunto de patologias designadas por TEA (Transtorno do Espectro Autista). De acordo com o DSM, o TEA engloba o Autismo, Síndrome de Asperger e a Desordem difusa não específica do desenvolvimento (DDNED) (Hochmann, 2017; Gandhi e Klein, 2014).

O termo “espectro” deve-se à amplitude de manifestações clínicas que este transtorno apresenta, amplamente variáveis nas características do comportamento, gravidade, capacidades intelectuais, podendo expressar-se de formas diferentes, com graus de severidade de leve a grave. No entanto, é obrigatório estas manifestações estarem presentes desde o início da infância (Barthelemy, 2018).

O autismo define-se como uma perturbação global do desenvolvimento neurológico de início precoce, caracterizada por dificuldades na comunicação e na interação social, e por interesses manifestamente restritos e comportamentos repetitivos (Lai et al., 2014).

## 2 Etiologia e Diagnóstico

A etiologia do TEA é ainda desconhecida, no entanto, defende-se que inclui fatores genéticos, ambientais e fatores neurobiológicos, levando a alterações no normal desenvolvimento do cérebro (Muhle et al., 2004; Barthelemy, 2018).

O diagnóstico do autismo é difícil de se realizar, uma vez que, os diferentes transtornos (TEA) embora com características semelhantes mas diferentes em intensidade, expressam-se de maneira diferente, tendo em conta os diferentes níveis da condição autista em cada criança (Baghdadli, A. et al., 2015).

O autismo é diagnosticado essencialmente observando os comportamentos da criança e avaliando o seu desenvolvimento. A entrevista realizada aos pais ou ao responsável pela

criança, e o exame médico e neurológico detalhados são também essenciais (Gandhi e Klein, 2014).

### 2.1 A importância do diagnóstico precoce

O Autismo, sendo uma desordem do desenvolvimento, o seu diagnóstico precoce, permite às crianças, aos pais e à equipa médica a possibilidade de se estabelecerem precocemente medidas necessárias que irão permitir uma inserção mais fácil dos pacientes na sociedade (Baghdadli, A. et al., 2015).

O diagnóstico precoce permite ajudar o paciente, explicar à criança a situação por que está a passar e proporcionar aos pais um certo alívio, preparar os pais para prestarem todo o apoio aos filhos e receberem a ajuda da equipa médica, de forma a evitar o sofrimento a nível psicológico que se pode expressar fisicamente da seguinte forma: incompreensão, o sentimento de solidão, o suicídio (Baghdadli, A. et al., 2015; Robel, 2009).

O diagnóstico é feito na consulta de pediatria ou neurologia, com base em diferentes métodos de diagnóstico, critérios específicos (Tabela 1 e 2- Anexos) e observações clínicas. Estes métodos serão utilizados para diagnosticar o nível de autismo, sendo cada método mais exigente e específico (Shore, S.R., e Rastelli, G.L., 2015; Vivanti, G., e Vivanti, D.P., 2013).

## 3 Prevalência

Segundo a literatura, o autismo afeta mais o género masculino do que o feminino, numa proporção de 4:1 (Barthelemy, 2018)

Em França, através da agência do INSERM, sabe-se que em 2018, existiam 700.000 pessoas vítimas de autismo, sendo que 100.000 eram crianças (Barthelemy, 2018).

No Quebec, em 2015, a estimativa da prevalência do autismo foi de 1,4% da população. Em 2015, a prevalência global de TEA para as crianças dos 5 aos 17 anos era de 15,5 para 1000, de 3,5 rapazes por cada uma rapariga (Noiseux, 2018).

Em Portugal, em 2007, a prevalência do autismo foi de 9,2 para 10000 crianças para o continente e de 15,6 para 10000 crianças para os Açores (Oliveira, 2007).

## 4 Características específicas do TEA

Segundo HAS (2018), existem sinais e sintomas que os pais podem observar em crianças antes, durante e após os 18 meses, específicas do autismo (Tabela 3 - Anexos).

Nenhum destes sinais isoladamente tem qualquer valor, no entanto, a associação de pelo menos dois destes sinais necessita de um exame clínico aprofundado do desenvolvimento da criança (HAS, 2018).

#### 4.1 Características clínicas

O autismo, ou de forma mais generalizada o TEA, é um problema do desenvolvimento humano caracterizado por uma tríade de manifestações: alterações das interações sociais, alteração da comunicação verbal e não-verbal e comportamentos estereotipados, repetitivos e interesses restritos (Cassou de Saint Mathurin, 2011; Sauvage, 2012).

##### 4.1.1 O déficit social

Podemos constatar que em cada criança sofrendo de TEA, verifica-se a alteração das interações sociais, independentemente da gravidade da doença. Esta deficiência caracteriza-se pela ausência da criação de um laço social entre uma criança autista e os seus colegas e pais devido a uma deficiência na reciprocidade socio-emocional, no comportamento aquando de uma comunicação não-verbal e no desenvolvimento, manutenção e compreensão das relações (Tardif, 2006).

Esta deficiência social é criada desde o nascimento com a ausência de interação com o espaço circundante devido a uma falha da perceção, de atenção aos estímulos ambientais. Isto origina um atraso e um desvio precoce nas fases de acesso da comunicação social. Existem três graus de deficiência social: o isolamento social, a interação passiva e a interação ativa (Tardif, 2006; Cassou de Saint Mathurin, 2011).

##### 4.1.2 Alteração da comunicação verbal e não-verbal

O autismo define-se nomeadamente, pela alteração da comunicação verbal e não-verbal. Sabemos que o autismo se desenvolve em diferentes níveis, as alterações que o caracterizam intensificam-se de diferentes maneiras. Assim, podemos ter pacientes que pouco ou nada se expressam, que repetem palavras ou sentenças sem realmente saber o sentido (ecolalia). Além disso, os doentes com autismo têm dificuldade em estabelecer, manter contacto visual e apontar o dedo durante a infância. Podem não compreender certos gestos (Shore e Rastelli, 2015).

#### 4.1.3 Comportamento estereotipado, repetitivo e interesse limitado

As pessoas com autismo têm comportamentos estereotipados como o balançar do corpo e realizam situações compulsivas que são repetições de uma ação até à obtenção de um resultado perfeito. Têm a necessidade de uma rotina, de rituais. A constância do seu meio ambiente é um fator primordial para eles (Degrieck e Vermeulen, 2013).

Têm interesses muito limitados e imobilizados com um nível anormal de intensidade e de focalização e têm reações fora do comum aos estímulos sensoriais ou um interesse estranho pelos aspetos sensoriais do ambiente (Shore e Rastelli, 2015).

### 5 Doenças associadas ao TEA

#### 5.1 Transtorno do Sono

Uma grande percentagem de pacientes com TEA apresentam transtornos do sono sendo o mais comum as insónias. A criança autista terá a tendência para acordar e pedir a um dos pais para a ajudar a adormecer (Malow et al., 2014).

Além disto, a criança autista não consegue distinguir os sinais de cansaço do seu corpo e não compreende o mecanismo de alternância do dia e da noite. Isto irá aumentar o seu estado de ansiedade e, por conseguinte, irá também aumentar o tempo necessário para adormecer, causando dificuldades em obter um sono tranquilo e reparador (AutismOntario, 2017).

#### 5.2 Transtorno Alimentar

Os transtornos alimentares são frequentes nas pessoas que sofrem de autismo. Eles insistem em não querer alterar os seus hábitos, rotinas ou esquemas ritualizados, aplicando-se assim à alimentação: a introdução de novos alimentos ou texturas é difícil, preferindo alimentos moles e açucarados (Hochmann, 2017). Devido à limitada coordenação da língua, alguns pacientes tendem a armazenar os alimentos na boca (mais tempo que o normal) em vez de os engolirem (Prudhon Harvard, et al., 2009; Fondelli, 2012).

#### 5.3 Transtornos Convulsivos

Entre 5 e 40% dos autistas sofrem de transtornos convulsivos, nomeadamente de epilepsia. A epilepsia é mais frequente nas pessoas autistas com atraso intelectual.

O tratamento da epilepsia é feito recorrendo a anticonvulsivos (fenitoínas) implicando assim efeitos adversos a nível oral, tais como: hiperplasia gengival e xerostomia (Amiet et al., 2010; Lai et al., 2014).

#### 5.4 Percepções Alteradas

Apresentam dificuldades em tratar e em integrar a informação sensorial, tais como a informação visual, os sons, os odores, os sabores e os movimentos. A percepção da dor pode ser alterada devido a um estímulo sensorial. O autista tem dificuldade em definir em que momento é que se sentiu dor e onde (Mottron e Ari Burack, 2012).

Alguns autistas são hipersensíveis ao toque e à luz, um problema igualmente denominado de «defesa sensorial» como a incapacidade de tolerar o vestuário, de serem tocados ou de estarem em qualquer divisória com uma iluminação normal (Dubois, et al., 2010).

#### 5.5 Ansiedade

Os pacientes autistas sofrem de ansiedade devido a vários fatores como: a ausência de sono, incapacidades de interação social e de não entenderem o mundo. Isto pode ser colmatado graças à medicação ou através de técnicas ou terapia de relaxamento. No entanto, os ansiolíticos e antidepressivos têm efeitos adversos a nível oral, como xerostomia, disfagia e bruxismo (Rouches, A. et al., 2017).

### 6 Patologias buco-dentárias do TEA

#### 6.1 Cáries Dentárias

O desenvolvimento de cáries dentárias é mais rápido e mais frequente nos pacientes portadores de um TEA uma vez que: têm uma alimentação rica em açúcares, mole; têm tendência a manter os alimentos na boca mais tempo que o normal; têm dificuldades de realizar uma higiene dentária diária (Doubouya-Amadou e Ruel, 2014; Nagendra e Jayachandra, 2011).

#### 6.2 Doenças Periodontais

Têm um risco duplicado de desenvolver uma doença periodontal relativamente aos pacientes sem autismo, podendo causar uma má posição dos dentes. Os fatores de risco são: a toma de certos medicamentos, acumulação de placa bacteriana e de tártaro devido

a uma escovagem dentária diária deficiente ou nula (Doubouya-Amadou e Ruel, 2014; Cazes et al.).

### 6.3 Traumatismo buco-dentário e os efeitos secundários dos medicamentos usados pelos autistas

As crianças portadoras de autismo podem ser vítimas de quedas ou de golpes associados aos comportamentos auto-mutilantes que podem pôr em perigo a saúde oral, tais como, uma auto-extracção dos dentes, morderem a língua ou a bochecha, manias de sucção, fratura de dentes, entre outras. O bruxismo é uma actividade motora mandibular não nutritiva, repetitiva, involuntária, muita das vezes inconsciente, e recorrente nos autistas (Doubouya-Amadou e Ruel, 2014).

## 7 Tratamento buco-dentário do TEA

A saúde oral das crianças autistas é geralmente precária e as necessidades de tratamento dentário são elevadas (Rocha, M.M., 2015).

Estes pacientes necessitam visitas frequentes ao médico dentista, quer para uma intervenção preventiva, quer para uma intervenção terapêutica clínica (Gandhi e Klein, 2014; Zanelli et al., 2015).

### 7.1 Prevenção

Qualquer que seja a abordagem, recomenda-se que estas crianças sejam examinadas o mais precocemente possível, tentando deste modo prevenir futuras complicações. A melhor abordagem é a prevenção da doença e a educação para a saúde oral (Gandhi e Klein, 2014).

#### 7.1.1 Implicação dos pais

Os pais desempenham um papel importante na prevenção dentária dos filhos quer sejam autista ou não. Desempenham o papel de educadores. São os pais que vão incutir os hábitos corretos, os gestos apropriados a adotar, e supervisionar para uma boa higiene dentária (Bonnet e Verhulst, 2017).

Por outro lado, aquando das primeiras consultas ao dentista, este irá dar as indicações e conselhos que os pais deverão seguir em casa. Os pais desempenham aqui um papel de intermediário entre o profissional de saúde e a criança. Deverão também desempenhar

este papel na construção de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a criança (Shore e Rastelli, 2015).

Segundo a gravidade do problema, poderá ser difícil ou mesmo impossível ensinar à criança como proceder à escovagem dentária e, sendo o caso, a escovagem deverá ser efetuada por um dos pais (Rouches et al., 2017).

A incorporação da escovagem diária nas crianças autistas deve ser feita o mais cedo possível. Deve fazer parte da sua rotina diária (Bonnet e Verhulst, 2017). A escovagem deve ser feita de forma metódica e minuciosa (Muller-Bolla et al., 2011). A higiene oral diária efetuada o mais corretamente possível será um excelente contributo para um bom controlo da placa bacteriana, contribuindo assim para o controlo e prevenção de doenças como a cárie e gengivite (Gandhi e Klein, 2014).

#### 7.1.2 Conselhos alimentares

É necessário estabelecer uma rotina alimentar composta por três refeições com horas certas e um lanche. A ingestão de alimentos fora das principais refeições é um problema que se torna necessário reduzir ao máximo. É necessário incorporar na alimentação, pouco a pouco, novas texturas alimentares e variedade de alimentos. As bebidas, tais como, os sumos de fruta e as bebidas gaseificadas devem ser proibidas fora das refeições (HAS, 2010).

É necessário dar especial atenção a uma alimentação diversificada e equilibrada, ao consumo de água pura, de pastilhas elásticas com xilitol após uma alimentação ou a bebidas caso não se possa fazer uma escovagem. Certos medicamentos podem reduzir o fluxo salivar; sempre que possível, estes deverão ser tomados durante a refeição (Doubouya-Amadou e Ruel, 2014).

#### 7.2 Intervenção terapêutica clínica

As crianças autistas apresentam o mesmo tipo de patologias orais que as outras crianças, no entanto, nestas crianças a prevalência é elevada. Apresentam alta prevalência de cárie, gengivite e má oclusão que se devem essencialmente à má higiene oral, à dieta cariogénica, à medicação xerostomizante e a hábitos parafuncionais (Zanelli et al., 2015). Os pacientes autistas possuem múltiplos problemas médicos e de comportamento que tornam o tratamento dentário difícil. Muitas vezes são incapazes de cooperar na consulta devido a dificuldades de interação e perceção. Devido ao difícil controlo destes pacientes,

e às dificuldades a eles associadas, muitas vezes são preferidas as extrações dentárias a tratamentos restauradores (Gandhi e Klein, 2014).

## 8 O desafio dos médicos dentistas

Para que a visita do paciente autista ao médico dentista seja o mais bem-sucedida possível, toda a equipa desde a rececionista, assistente dentária até ao médico devem estar cientes de como trabalhar com estes pacientes. Devem conhecer os vários comportamentos que poderão ter que enfrentar e as diversas técnicas que estão ao seu dispor para orientar e controlar o comportamento dos pacientes com TEA durante os tratamentos. Existem técnicas e estratégias que auxiliam no controlo do paciente e tornam a consulta mais confortável para todos os intervenientes (Gandhi e Klein, 2014).

A ausência de comunicação, interações sociais comuns nos autistas e a alteração das suas perceções, pode complicar o trabalho do médico dentista, tornando difícil a criação de relações de confiança entre o médico e o paciente (Hochmann, 2017).

Podemos verificar esta situação uma vez que o paciente é incapaz de exprimir a dor e de identificar esta dor. Isto irá dar origem a uma cooperação deficiente por parte do paciente e uma atitude defensiva (Malen, 2012).

Sabemos que os autistas têm dificuldade de concentração e podem sentir-se agredidos aquando de um forte estímulo sensorial. É necessário reduzir o que eles possam considerar como sendo uma agressão sensorial criando assim condições que os tranquilize. Devemos optar por uma música ambiente que os ajude a relaxar nas salas de espera, reduzir a iluminação das salas. O tempo de espera deve ser reduzido (entre 10 a 15 minutos) para diminuir o estado de ansiedade, assim como, o número de pessoas presentes na mesma sala de espera onde estes pacientes autistas se encontram (Udhya , et al., 2014).

Aquando da primeira consulta, é importante fazer um exame clínico completo e focar a nossa atenção na criação de uma relação de confiança com o paciente. É deveras importante que a pessoa autista entenda os desafios de cada consulta, que esta descubra qual a função do médico dentista e as razões para as quais deve ir à consulta. É aconselhável haver uma boa relação de confiança com os pais, que servem de intermediários (Al Mochamant et al., 2015; Karimi, 2018).

Sabendo que os autistas têm a necessidade de uma rotina, é necessário agendar as consultas sempre no mesmo horário, devendo ser breves e bem organizadas (Karimi, 2018).

É essencial criar uma boa imagem de cada consulta, manter a mesma equipa médica de forma a reduzir o estado de apreensão da próxima visita e reduzir a ansiedade do paciente. Tudo isto permite contribuir para o desenvolvimento de uma relação de confiança entre o médico dentista e o paciente (Al Mochamant, et al., 2015).

## 9 Gestão do comportamento dos pacientes autistas

As técnicas de controlo do comportamento usadas dividem-se em técnicas básicas e avançadas. No entanto, técnicas básicas de controlo de comportamento como, comunicação, Dizer-Mostrar-Fazer, dessensibilização, reforço positivo e métodos de distração, que são eficazes no controlo do comportamento de crianças com desenvolvimento considerado normal, poderão muitas vezes não o ser em crianças com TEA, devido aos distúrbios comportamentais, à presença de défice cognitivo, défice na linguagem e comunicação e à dificuldade de interação social, levando à necessidade de introdução de técnicas avançadas com maior frequência (Gandhi e Klein, 2014).

### 9.1 Técnicas básicas (método sem medicação)

#### 9.1.1 A comunicação

A comunicação, tem como objetivo estabelecer uma boa comunicação entre a criança e o médico dentista, conquistar a sua confiança e também a dos responsáveis conseguindo assim a aceitação do tratamento. Sabendo que os autistas têm um défice de comunicação, devemos comunicar com eles utilizando imagens (pictogramas) ou vídeos explicativos. O controlo de voz é de extrema importância. O volume, o tom e o ritmo da voz devem ser usado de forma controlada, calmo e reconfortante, a fim de recuperar a atenção da criança (Chandrashekhar e Bommangoudar, 2018).

#### 9.1.2 O «Tell-Show-Do» (Dizer-Mostrar-Fazer)

O TSD (Tell-Show-Do) é uma terapia fundamental e eficaz. É um meio de apresentar os instrumentos, equipamentos e os procedimentos dentários a serem utilizados. É composto por três etapas: em primeiro lugar temos o «Tell» que é dizer a explicação do procedimento ou a apresentação do instrumento. A seguir temos o «Show» que é mostrar

o funcionamento do instrumento e para terminar, temos o «Do» que é a realização do procedimento ou a utilização do instrumento (Albuquerque et al., 2010; Chandrashekar e Bommangoudar, 2018).

#### 9.1.3 A dessensibilização

A dessensibilização consiste numa técnica de abordagem gradual para a criança se ambientar e aceitar os procedimentos dentários. A criança é exposta ao ambiente do consultório efetuando gradativamente as tarefas que lhe são colocadas a fim de promover a sua confiança e adaptação (Gandhi e Klein, 2014). A criança fará curtas visitas ao médico dentista, que funcionam como etapas de evolução da criança. Em cada visita deve ocorrer a prática de um comportamento específico e finalizar com uma recompensa (Rocha, M.M., 2015; Doumbouya-Amadou e Ruel, 2014).

#### 9.1.4 O reforço positivo

O reforço positivo consiste em aumentar a obtenção de comportamentos desejados pelo autista, apoiando-nos em atitudes tais como, demonstração de afeto, elogios verbais, sorrisos, atribuição de prémios e objetos, servindo de recompensa ao bom comportamento. A presença dos pais é um bom reforço positivo. O reforço positivo tem como finalidade conseguir a atenção do paciente, aumentar a cumplicidade e proporcionar uma boa experiência, fazendo com que se repita nas visitas seguintes (Chandrashekar e Bommangoudar, 2018).

#### 9.1.5 A distração

A distração, é um bom método para se conseguir reduzir o estado de ansiedade e desviar a atenção do paciente quando vai ser submetida a algo que lhe cause desconforto. O paciente pode ver um episódio de desenhos animados, ouvir uma música que goste e por fim o paciente pode recorrer à ajuda de objetos pessoais que lhe sejam queridos e que os acalme. Os objetivos desta técnica são a perda da noção do tempo, tranquilizar, reduzir a ansiedade e tornar a consulta como um momento agradável (Karimi, 2018).

#### 9.2 Técnicas avançadas (método com medicação)

Quando as técnicas básicas falham, é necessário o recurso a técnicas mais avançadas como, o uso de agentes sedativos e anestesia geral para a realização do tratamento dentário (Zanelli et al., 2015).

### 9.2.1 Sedação por via oral

A pré-medicação sedativa é a prescrição de um agente farmacológico antes de um acto médico para diminuir o estado de ansiedade do paciente. Os sedativos orais mais utilizados são as Benzodiazepinas e a Hidroxizina com efeitos ansiolíticos. Têm também um efeito relaxante muscular, sedativo, anticonvulsivante. A escolha entre estes dois medicamentos far-se-á pelo efeito ou intensidade da sedação desejada (Teixiera & Quesada, 2004). Eles podem ser utilizados em associação ou não com o óxido nitroso (Gandhi e Klein, 2014; Zanelli et al., 2015).

### 9.2.2 Sedação por inalação MEOPA

O MEOPA é uma mistura equimolar de oxigénio e de óxido nitroso. Tranquiliza o paciente de forma rápida e segura (Gandhi e Klein, 2014). Segundo alguns autores, o MEOPA é mais eficaz em associação com as técnicas básicas de controlo do comportamento; o seu efeito é rapidamente reversível. Este método de sedação permite reduzir a utilização da anestesia geral e a hospitalização (Zanelli et al, 2015).

### 9.2.3 Anestesia geral

A anestesia geral é realizada em meio hospitalar, só devendo ser utilizada em último recurso. Está indicada quando a condição comportamental impede qualquer avaliação e/ou tratamento buco-dentário no consultório, após várias tentativas falhadas; limitação da abertura da boca impedindo a realização de qualquer exame e/ou um tratamento imediato; reflexos que provocam náuseas, vómitos; intervenções demoradas (Hando, 2018).

## **III. Discussão**

O autismo é um distúrbio neurológico e comportamental do desenvolvimento cuja etiologia é desconhecida. Segundo vários autores, caracteriza-se por uma alteração das interacções sociais, alteração da comunicação verbal e não verbal e por uma sequência de comportamentos estereotipados, repetitivos, restritos e interesses limitados (Lai et al., 2014; Cagetti et al., 2015; Cruz, V.S.A., et al. 2017).

O diagnóstico da desordem é feito através de várias entrevistas com uma equipa médica especializada. A equipa médica está munida de vários critérios emitidos pelo DSM-5 e

testes, tais como, o CHAT, ADOS, ADI-R que permitem identificar a desordem e avaliar a sua severidade (Tordjman, 2002).

Deve fazer-se o diagnóstico o mais precocemente possível de forma a se desenvolverem métodos para compensar os défices provocados por esta perturbação (Vivanti, G. e Vivanti D.P., 2013). A equipa médica explica a importância das terapias educativas para os pais. Estas vão permitir compensar o défice social e de comunicação destes pacientes. Assim ficarão mais aptos a criar uma relação de confiança com o médico, com a ajuda dos pais. (Doubouya-Amadou et al. 2014; Shore e Rastelli, 2015; Chandrashekhar e Bommangoudar, 2018).

A prevalência do autismo tem aumentado nos últimos anos. Vários autores defendem que este aumento é devido à realização de um melhor diagnóstico. (Shore et Rastelli, 2015)

É consensual na literatura que o autismo está associado a várias doenças, tais como, distúrbios do sono, distúrbios convulsivos, dieta, ansiedade e alteração sensorial. Os pacientes com autismo sofrem de patologias dentárias, como a maioria da população, no entanto, a diferença é que a prevalência é maior. Geralmente prevalecem as cáries, doenças periodontais, mal oclusão e xerostomia. A xerostomia é geralmente induzida pelos medicamentos prescritos. Quanto às outras patologias, são devidas a uma alimentação pouco saudável e rica em açúcares, a uma má higiene dentária com uma escovagem ineficaz, consultas dentárias pouco frequentes e a uma diminuição do fluxo salivar (Doubouya-amadou et Ruel, 2011; Nagendra et Jayachandra, 2011; Myers et al. 2007; Mottron et al. 2012; Fondelli, 2012).

Segundo vários autores, a prevenção é a base para minimizar estas patologias dentárias. O papel dos pais é muito importante. Eles são os intermediários entre o médico dentista e o paciente. O médico dentista vai ensinar um método eficaz de escovagem dentária e uso de colutórios à base de clorexidina, indicar que tipos de pastas dentífricas utilizar (contendo flúor), transmitir as dicas para lutar contra os efeitos secundários dos medicamentos (o uso de pastilhas com xilitol, beber água, adotar uma outra dieta). Em casa, a continuidade destes conselhos deve ser feita pelos pais, assim como, a observação da escovagem, a introdução das consultas na rotina dos pacientes (Shore et al. 2015; Myers et al. 2007; Karimi, 2018; Delli, K, 2013).

O tratamento dentário dos pacientes autistas continua a ser um desafio para o médico dentista, devido a um conjunto de características próprias destes pacientes que os tornam incapazes de cooperar na consulta, tais como, a difícil construção da relação de confiança,

a alteração da percepção da dor, a sensibilidade aumentada à luz, aos odores, ao contacto corporal e a imprevisibilidade dos movimentos corporais. Todos estes fatores dificultam a abordagem nestes pacientes, exigindo ao médico dentista paciência, tempo disponível e conhecimentos apropriados. A consulta deve estabelecer-se de acordo com a rotina (mesma hora, mesma equipa médica) (Hochmann, 2017; Malen, 2012). Durante as consultas, o médico dentista deverá maximizar as visitas, encurtar o tempo de espera, instaurar técnicas de controlo do comportamento tais como, o Tell-Show-Do, dessensibilizar o paciente com instrumentos dentários e distrair o paciente através da música ou da contribuição de um objeto pessoal, permitindo intervir da melhor maneira possível, de forma preventiva ou intervenção terapêutica clínica (Chandrashekhar e Bommangoudar, 2018).

#### **IV. Conclusão**

O autismo é uma desordem neurológica, de etiologia desconhecida que se caracteriza por uma alteração e défice das interações sociais, uma alteração e défice de comunicação verbal e não-verbal e por comportamentos específicos, repetitivos e restritos.

O diagnóstico do autismo deve ser feito precocemente, recorrendo a diversos critérios e testes de diagnóstico para estabelecer o tipo de desordem e a sua severidade.

As crianças autistas são mais sensíveis aos problemas de saúde oral do que a população em geral onde subsistem as cáries dentárias, as doenças periodontais, o bruxismo e a oclusão deficitária.

O tratamento do paciente autista é um grande desafio para o médico dentista. Este dispõe de um conjunto de técnicas de controlo de comportamento que o ajudam no tratamento destes pacientes, sendo primeiramente utilizadas as técnicas básicas (sem medicação) e só no caso de estas não serem eficazes é que se deve optar pelas técnicas avançadas (com medicação).

As medidas de intervenção no paciente autista devem ser prioritariamente preventivas e posteriormente, de acordo com a severidade da doença e cooperação do paciente o médico dentista poderá optar por uma intervenção terapêutica clínica.

## V. **Bibliografia**

- Al Mochamant et al., (2015). Dental Management of Patients with Autism Spectrum Disorders. *Balkan journal of Dental Medicine*, Volume 19, pp.124-127.
- Albuquerque et al., (2010). Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. *Arquivos em Odontologia*, 45(2), pp. 110-115.
- Amiet et al., (2010). Epilepsie et autisme : une association complexe. *Archives de Pédiatrie*, Volume 17, pp.650-651
- Baghdadli et al., (2006). Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme. *Archives de la Pédiatrie*, Volume 13, pp. 373-378.
- Barthelemy, C., (2018) Inserm Autisme. [Em linha]. Disponível em <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>. [Consultado em 05/07/19]
- Bonnet, V., Verhulst, D., (2017). Hygiène bucco-dentaire et handicap : guide de recommandations. Ed : SOHDEV (*Santé Orale Handicap Dépendance et Vulnérabilité*)
- Cagetti et al., (2015). Dental care protocol based on visual supports for children with autism spectrum disorders. *Medicine Oral Patology Oral Cirurgy*
- Cassou de Saint Mathurin, R., (2011). De Kanner au DSM-5 : Quelles implications pour le clinicien *Le bulletin scientifique de l'arapi*, 28, pp.11-17
- Cazes et al., Protocoles de soins bucco-dentaires chez les patients présentant un handicap. pp. 1-32
- Chandrashekhkar, S., Bommangoudar, JS., (2018). Management of Autistic Patients in Dental Office: A Clinical Update. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 11(3), pp.219-227
- Cruz et al., (2017). Conditioning strategies in the dental care of patients with autism spectrum disorders, *Rev Bras Odontolo*, 74(4), pp.294-299.
- Degrieck, S., Vermeulen, P., (2013). Mon enfant est autiste, Bruxelles, In : *De Boeck*
- Delli et al., (2013). Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: Concerns, behavioural approaches and recommandations. *Medicine Oral Patology Oral Cirurgy Bucal*, 18(6), pp.862-868
- Dionisi, J.-P., (2013). Le programme TEACCH : des principes à la pratique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 61, pp. 236-242

Doumbouya-Amadou, M., Ruel, J., (2011). Je brosse mes dents. *Mes dents, c'est important ! Programme de santé buccodentaire pour les jeunes ayant un trouble du spectre de l'autisme.*

Doumbouya-Amadou, M., Ruel, J., (2014). Informations pour les professionnels de la santé bucco-dentaire, *Mes dents, c'est important ! Programme de santé bucco-dentaire pour les jeunes ayant un trouble du spectre de l'autisme.*

Doumbouya-Amadou, M., Ruel, J., (2014). Stratégies pour mieux accueillir les jeunes ayant un trouble du spectre de l'autisme. *Mes dents, c'est important ! Programme de santé buccodentaire pour les jeunes ayant un trouble du spectre de l'autisme*

Dubois et al., (2010). Autisme et douleur- analyse bibliographique. *Pain Res Manage*, 15(4), pp. 245-253.

Fondelli, T., (2013) Autisme et problème d'alimentation. *Centre de communication concrète*, pp1-5

Gandhi, RP., Klein, U., (2014). Autism spectrum disorders: an update on oral health management. *Journal of Evidence- Based dental practice special issue*, 14S, pp.115-126

Goldson, E., (2016), Advances in Autism, *Advances in Pediatrics*, 63, pp 333-355

Hando, (2018), Traitement dentaire : dans quels cas avoir recours à une anesthésie générale ? [Em linha]. Disponível em <<https://www.ased.fr/traitement-dentaire-anesthesie-generale/>>[ Consultado em 05/07/2019]

HAS (Haute Autorité de Santé) (2010), Stratégies de prévention de la carie dentaire

HAS (2018), Troubles du spectre de l'autisme : des signes d'alertes à la consultation dédiée en soins primaires

Hochmann, J., (2017). De l'autisme de Kanner au spectre autistique. *Perspectives Psy*, 56(1), pp.11-18

Karimi, M., (2018). How to prepare children with autism to visit a dentist? *Modern Approaches in Dentistry and oral health care*, 3(2) pp.235-238

Malen, J-P., (2012). Aspects médicaux chez la personne avec autisme, *le bulletin scientifique d'arapi*, 29.

Malow et al., (2014). Parent-based sleep education for children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(1), 216–228. doi:10.1007/s10803-013-1866-z

Mottron, L., Ari Burack, J., (2012). Caractéristiques sensorielles, motrices et attentionnelles des enfants autistes, *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*

- Muhle et al., (2004). The genetics of autism. *American Academy of Pediatrics*, 113, pp.472-486. Doi: 10.1542/peds.113.5.e472
- Muller-Bolla et al., (2011). Le brossage dentaire : quelle méthode ? *Revue d'Odonto-Stomatologie*, 40, pp.239-260.
- Myers, S.M., Johnson, C.R., (2007). Management of children with autism spectrum disorder. *American Academics of Pediatrics*. Volume 120(5), pp.1162-1182.
- Nagendra J., Jayachandra, S., (2012). Autism spectrum disorders: dental treatment considerations. *Journal of international Dental and Medical research*, 5(2), pp.118-121.
- Noiseux, M., (2018). Le trouble du spectre de l'autisme : un nombre toujours en croissance ? *Periscope, le bulletin d'information en surveillance de l'état de santé de la population*, 79.
- Oliveira et al., (2007). Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, pp.726-733.
- Prudhon Havard, E., Carreau, M., Truffreau, R., (2009). Les troubles sensoriels : impact sur les troubles alimentaires. *Le bulletin scientifique de l'arapi*, 23, pp.55-58
- Robel, L. (2009). Données actuelles sur la clinique de l'autisme. *Archives de Pédiatrie*, 16, pp.1507-1512
- Rouches et al., (2017). Amélioration de la santé orale des enfants avec autisme : les outils à notre disposition. *Archives de Pédiatrie*, 25, pp.145-149.
- Sauvage, D., (2012). Autisme, une brève histoire de la nosographie avec une archive de E.Seguin. *Annales Médico-Psychologiques*, 170, pp.510-516
- Shore, M.S., Rastelli, G.L., (2015). Comprendre l'autisme pour les nuls. *Editions First*
- Tardif, C., (2006). Autisme : problèmes sociaux, communicatifs et émotionnels à l'adolescence. *Le bulletin scientifique de l'arapi*, 18.
- Teixeira, T.F, Quesada, G.A.T., (2004). Terapia ansiolítica para pacientes odontológicos, *Saude*, Volume 30(1-2), pp.100-103
- Tordjman, S., (2002). Les instruments d'évaluations de l'autisme : intérêts et limites. *Psychiatrie de l'enfant*, volume 45, pp.533-558
- Udhy et al., (2014). Autism Disorder (AD): An updated review for Paediatric Dentists. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, Volume 8(2), pp.275-279
- Vivanti, G., Vivanti, D.P., (2013). Les critères de diagnostique de l'autisme *In : Autisme Europe*, pp. 1-5

Zanelli et al., (2015). Nitrous oxide for dental treatment in patients with infantile autism: a literature review. *RSBO*, 12(2), pp.202-208

**VI. Anexos**

Tabela 1: Os diferentes métodos de diagnóstico (Adaptado de Shore e Rastelli, 2015)

O nome do diagnóstico	Objectivo/indicação
CHAT	Pode ser utilizado pelo médico. É considerado como uma ferramenta de triagem. Quando o resultado é positivo, este irá encorajar a continuação do diagnóstico
ADOS	E uma medida de observação concebida para avaliar as capacidades de comunicação, socialização e brincadeira da criança.
ADI-R	É uma entrevista de diagnóstico do autismo. Durante esta avaliação, o médico faz algumas perguntas sobre a linguagem, a comunicação, o desenvolvimento social e a leitura.
DISCO	É uma entrevista de diagnóstico sobre as desordens sociais e da comunicação. Este diagnóstico permite definir um perfil de acordo com o comportamento e o desenvolvimento de uma pessoa com problemas de autismo e com limitações associadas.
CARS	Pode ser utilizado com crianças a partir dos dois anos. Baseia-se numa entrevista semiestruturada. Permite diagnosticar uma criança autista e conhecer a gravidade da situação.
ASQ	E uma ajuda na avaliação da presença do SA

Tabela 2: Os critérios de diagnóstico (Adaptado de Vivanti, G. e Vivanti, D. P., 2013)

Os critérios	
A	Persistência das dificuldades na comunicação e a interacção sociais em múltiplos contextos. Persistência
B	Relatório de comportamentos, interesses ou actividades restritivas e repetitivas
C	Os sintomas dever ser presentes desde o período precoce do desenvolvimento (mas podem não se manifestar de forma plena uma vez que as capacidades limitadas não irão mais permitir uma resposta às exigências sociais, ou poderem ser mais tarde mascaradas recorrendo a estratégias aprendidas).
D	Os sintomas acarretam défices importantes do ponto de vista clínico no domínio social, profissional ou, ainda, nas outras áreas de actuação.
E	A limitação intelectual (problema de desenvolvimento intelectual) ou um atraso geral do desenvolvimento que não justificam estes problemas

Tabela 3: Sinais e sintomas observados pelos pais (Adaptado de HAS, 2018)

Idades	Sinais e Sintomas
Antes dos 18 meses	<p>Não se distinguem sinais que possam evidenciar a evolução de um TSA. Portanto, podemos evidenciar os sinais como a recusa de um novo alimento ou a uma nova textura, a recusa de ser agarrado ao colo, distúrbios do sono, alterações emocionais, como crises de cólera inexplicadas e uma exploração invulgar aos objectos e ao meio ambiente.</p>
À volta dos 18 meses	<p>Podemos distinguir os sinais com mais facilidade nesta idade mesmo que estas se possam apresentar aos 12 meses. Notam-se alterações ao nível do compromisso relacional, da atenção e da reciprocidade social. Podemos constatar uma fraca reacção social, uma linguagem receptiva e expressiva. (HAS, 2018)</p>
Apos dos 18 meses e até à adolescência	<p>Nesta idade podemos constatar os sinais acima referidos ou a presença de dificuldades de relacionamento precoces e persistentes associadas a situações particulares no comportamento e nos interesses originando um carácter repetitivo, limitado e estereotipado. (HAS, 2018)</p> <p>Existem outros sinais, tais como o uso inapropriado de linguagem, um contacto quase nulo ou deficiente, uma dificuldade na identificação das emoções ou sentimentos para com os outros, a oscilação do corpo e outros movimentos estereotipados</p>