

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG

AUTISMO:

As características e a importância do diagnóstico precoce

Amanda de Castro Vieira

Manhuaçu / MG

2019

AMANDA DE CASTRO VIEIRA

AUTISMO:

As características e a importância do diagnóstico precoce

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Ensino Superior de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG de Manhuaçu, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Área de Concentração: Pediatria

Orientadora: Prof. Gladma Rejane Ramos
Araújo da Silveira

Manhuaçu

2019

AMANDA DE CASTRO VIEIRA

AUTISMO:

As características e a importância do diagnóstico precoce

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Ensino Superior de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG de Manhuaçu, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Área de Concentração: Pediatria

Prof. Gladma Rejane Ramos Araújo da Silveira – UNIFACIG (Orientadora)

Prof. Márcia Rodrigues Pereira – UNIFACIG (Banca Examinadora)

Prof. Riudo de Paiva – UNIFACIG (Banca Examinadora)

Manhuaçu, 05 de Julho de 2019.

RESUMO

Este trabalho apresenta como tema o autismo, também chamado de transtorno do espectro do autismo (TEA). É um transtorno neurobiológico complexo caracterizado por déficits neuropsicológicos e comportamentais. O objetivo deste trabalho é esclarecer o que vem a ser o TEA, suas características e ainda busca realçar a questão diagnóstica do transtorno, que vem a ser um desafio para os profissionais médicos pediatras, psiquiatras e psicólogos. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica, a partir da qual foram selecionadas partes importantes sobre o tema para a construção deste artigo, visando esclarecer o que é o autismo, relatar suas características e enfatizar o diagnóstico de tal transtorno, de modo a ressaltar que ele ainda é um desafio, além de destacar a importância do reconhecimento precoce. Pôde-se concluir, por meio dos avanços nos estudos das intervenções terapêuticas e da maior abrangência no diagnóstico, que este se torna imprescindível que seja feito de maneira precoce para se obter resultados mais expressivos e eficazes, visto que é nos primeiros anos de vida que se observa maior desenvolvimento cerebral.

Palavras-chave: Autismo. Transtorno. Diagnóstico precoce.

ABSTRACT

This work presents as a theme the autism, also known as autism spectrum disorder (ASD). It is a complex neurobiological disorder characterized by neuropsychological and behavioral deficits. This work is enlightening regarding the ASD, its characteristics and it also highlights the issues concerning the diagnostic of the disorder, which has been a challenge for medical professionals pediatricians, psychiatrists and psychologists. The methodology applied here was a bibliographical review, from which important parts of the theme were selected in order to describe autism, to report its characteristics and to stress the significance of the diagnostic of this disorder, as a way to emphasize that it is still a challenge, aside from highlighting the importance of early recognition. It was possible to conclude, from the advances on the study of the therapeutic plaques and from a greater diagnosis extension, that the early diagnosis shows itself as indispensable to obtain a more expressive and effective result, considering that is on the first years of life that is possible to observe a greater cerebral development.

Keywords: Autism. Disorder. Early diagnosis.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. METODOLOGIA	7
3. DESENVOLVIMENTO	8
3.1 EPIDEMIOLOGIA.....	9
3.2 ETIOLOGIA E NEUROPATHOGÊNESE.....	9
3.3 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E CARACTERÍSTICAS GERAIS.....	11
3.3.4 DESAFIOS.....	14
3.4 TRATAMENTO	15
4. CONCLUSÃO	16
5. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	16

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é definido como uma síndrome comportamental complexa, com múltiplas etiologias, juntamente com fatores genéticos e ambientais (ZANON; BACKES; BOSA, 2014). Além de ser uma condição de início precoce, que tende a comprometer o desenvolvimento da criança, o autismo tem uma alta variedade na intensidade e na forma de expressar os sintomas.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), que teve sua primeira publicação em maio de 2013, propõe a classificação denominada de Transtorno do Espectro do Autismo, substituindo a de Transtornos Globais do Desenvolvimento, adotada no DSM-IV.

A versão mais atual propõe uma junção do TEA com transtorno de Asperger e transtorno global do desenvolvimento, justificando que “os sintomas desses transtornos representam um *continuum* único de prejuízos com intensidades que vão de leve a grave nos domínios de comunicação social e de comportamentos restritivos e repetitivos em vez de constituir transtornos distintos.” (DSM-V)

A incidência de casos de autismo nas últimas décadas tem crescido pelo mundo todo, o que não quer dizer, obrigatoriamente, o aumento da prevalência. Isso pode ser explicado pelo aumento dos critérios diagnósticos, pelo incremento dos serviços de saúde referentes ao TEA e pela precocidade na idade do diagnóstico, entre outros (Fombonne, 2009, *apud* ZANON; BACKES; BOSA, 2014).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP):

O lactente pode demonstrar sinais de autismo desde os primeiros meses de vida. O atraso para adquirir o sorriso social, demonstrar interesse em objetos sorrindo para eles e movimentando o corpinho em detrimento a desinteresse ou pouco interesse pela face humana, o olhar não sustentado ou ausente, a preferência por dormir sozinho no berço e demonstrar irritabilidade quando ninado no colo, a ausência da ansiedade de separação e indiferença quando os pais se ausentam podem ser sinais precoces que indicam que o desenvolvimento precisa ser avaliado e que há a necessidade de estimulação precoce focada na socialização, linguagem e afeto dessa criança. Cabe ao pediatra inserir essa investigação nas consultas de puericultura.

A primeira identificação do autismo ocorreu em 1943 por Leo Kanner, o que lhe permitiu reconhecer tal transtorno, o qual apelidou de “*Autistic disturbances of affective contact*”. Um ano depois, Hans Asperger descreveu o mesmo quadro em crianças em idade escolar que denominou de “*Autistic psychopathy*”. Segundo relatos ele desconhecia a publicação de Kanner. A confirmação de que os sinais clínicos desta síndrome se manifestavam já nos primeiros meses de vida e que o déficit na interação social também era visível já precocemente, levou Kanner a assumir a origem desta patologia.

Somente no terceiro manual de diagnóstico das doenças mentais da Associação Americana de Psiquiatria (AAP), de 1980, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), é que o autismo infantil foi incluído numa nova classe de desordens, *Pervasive Developmental Disorders* (PDD), traduzido para o português como Perturbações Globais do Desenvolvimento (PGD). Ela engloba um conjunto de distúrbios clínicos que apresenta o envolvimento simultâneo de múltiplas áreas básicas do comportamento e do desenvolvimento e que tem início na infância. No DSM-III, o autismo foi, enfim, diferenciado da esquizofrenia infantil e de outras psicoses, devido a ausência de sintomas psicóticos, como as alucinações e os delírios (OLIVEIRA, 2009)

Muitos pais já começam a notar que existe alguma alteração na sua criança antes dos dois anos de vida e, em alguns casos, até no primeiro ano de vida da criança (SILVA; MULICK, 2009). Assim, tem se tornado cada vez mais factível diagnosticar crianças que estão entre 18 e 24 meses ou até mesmo mais novas, entre 6 e 12 meses (SILVA; MULICK, 2009). Porém, no Brasil, ainda há um atraso no diagnóstico, com muitas crianças ainda sem identificar o TEA até as idades de 6 ou 7 anos e até mesmo por mais tempo (SILVA; MULICK, 2009). Desse modo, faz-se necessário que modelos de prática diagnóstica que têm se mostrado eficientes sejam praticados (SILVA; MULICK, 2009), como o M-CHAT (Figura 1).

O M-CHAT é uma escala de perguntas que deve ser aplicado na triagem durante consulta com pediatra, em todas as crianças, mesmo naquelas sem suspeita clínica de TEA. Ele mostra como resultado: **1)** Não são apresentados sinais do Espectro Autista; ou **2)** Deve-se ter atenção e procurar um Profissional de Saúde para determinar se está ou não dentro do Espectro Autista. Lembrando sempre de correlaciona-lo com a anamnese e o exame físico completos realizados (SBP, 2017).

Diante destas análises teóricas iniciais, estabeleceu-se como problema de pesquisa o levantamento das características clínicas, sociais e comportamentais do transtorno do espectro do autismo, bem como os desafios encontrados na prática para seu diagnóstico.

Para tanto, o objetivo geral do estudo é descrever o transtorno e suas características, para assim, analisar os problemas encontrados em relação ao diagnóstico precoce das crianças com TEA.

2 METODOLOGIA

O traçado metodológico estabelecido foi o desenvolvimento de um estudo descritivo utilizando de material bibliográfico como fonte de pesquisa, onde foram selecionadas, avaliadas e utilizadas informações relacionadas ao tema.

As buscas foram realizadas em seis bases de dados bibliográficas — PubMed, Scielo (*Scientific electronic library on line*), Lilacs (*Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde*), Google Acadêmico, DSM- IV, da Sociedade Brasileira de Pediatria e livros científicos. Outro critério utilizado foi em relação aos descritores em pediatria. Foram usado artigos que apresentassem descritores como: autismo, diagnóstico, pediatria e infância.

Figura 1 – M-CHAT

M-CHAT

Por favor, preencha as questões abaixo sobre como seu filho geralmente é. Por favor, tente responder todas as questões. Caso o comportamento na questão seja raro (ex. você só observou uma ou duas vezes), por favor, responda como se seu filho não fizesse o comportamento.

1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc.?	Sim	Não
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?	Sim	Não
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	Sim	Não
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	Sim	Não
5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta?	Sim	Não
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	Sim	Não
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex. carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	Sim	Não
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?	Sim	Não
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	Sim	Não
11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex. tapando os ouvidos)?	Sim	Não
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	Sim	Não
13. O seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?)	Sim	Não
14. O seu filho responde quando você chama ele pelo nome?	Sim	Não
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?	Sim	Não
16. Seu filho já sabe andar?	Sim	Não
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?	Sim	Não
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	Sim	Não
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	Sim	Não
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	Sim	Não
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?	Sim	Não
22. O seu filho às vezes fica aéreo, "olhando para o nada" ou caminhando sem direção definida?	Sim	Não
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	Sim	Não

Fonte: 1999 Diana Robins, Deborah Fein e Marianne Barton.
Tradução Milena Pereira Pondé e Mirella Fiuza Losapio

As prioridades foram para artigos publicados em português e, principalmente, em inglês que retratassem o que é o autismo, suas características e dar ênfase ao diagnóstico de tal transtorno, de modo a destacar que ele ainda é um desafio, por isso a importância de seu diagnóstico precoce.

Foram utilizados artigos entre os anos 2007 a 2019, de 45 artigos pesquisados, excluíram-se 25 deles, restando 20 para pesquisa, que abordam características do autismo, bem como os critérios diagnósticos, excluindo aqueles que não enfatizaram o diagnóstico precoce.

3 DESENVOLVIMENTO

O autismo é descrito pela primeira vez em 1952, na primeira edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) como um sintoma de "reação esquizofrênica, tipo infantil". Em 1968, no DSM-II, suprimiu-se o termo "reação" e a classificação foi "esquizofrenia tipo infantil", classificação

próxima do DSM-I. No DSM-III, em 1980, ele aparece pela primeira vez como uma entidade nosológica e foi incluído numa nova classe de desordens, a de Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD). Na sua quarta edição, em 1994, o autismo se mantém como referência para as novas classificações e os TGDs recebem outros subtipos: “Transtorno de Rett”; “Transtorno Desintegrativo da Infância”; e “Transtorno de Asperger” (BIANCHINI, SOUZA, 2014).

O DSM-V (2013), porém, propõe a classificação denominada de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), substituindo a de TGDs. Na maioria dos casos, a criança com autismo tem aparência normal e, concomitante, um comprometimento do desenvolvimento, podendo ter amplas habilidades em certas áreas, porém com déficit em outras. O objetivo dessa mudança foi com o intuito de melhorar a sensibilidade e a qualidade dos critérios diagnósticos do TEA, além de constatar casos com mais especificidade de tratamento para prejuízos observados (DSM-V).

3.1 EPIDEMIOLOGIA

A prevalência do autismo tem aumentado constantemente. Os Centros de Controle de Doenças e Prevenções e a rede monitorada de 11 locais descreveu a prevalência de 1 em 68 crianças, sendo a relação masculino-feminino de 4,5:1 (CHRISTENSEN, BAIIO, BRAUN *et al*, 2018). Esse aumento é relacionado a evolução dos critérios diagnósticos, principalmente depois da quinta edição do Manual, ao aumento da consciência social e a disponibilidade de tratamentos. Até mesmo crianças com idade escolar mais alta, que antes não tinham o diagnóstico, passaram a ter (SANCHACK, THOMAS, 2016).

Muitos estudos epidemiológicos de larga escala refutaram a ideia de que a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) (MADSEN *et al.*, 2002 *apud* MANDY, LAI, 2016) atuam como riscos para incidência de TEA. Uma meta-análise recente, reunindo resultados de cinco estudos de caso-controle e cinco estudos de coorte, fornece evidências claramente contrárias à ideia de que a vacina são agentes causais do autismo: ele não está associado a qualquer risco aumentado de diagnóstico do transtorno do espectro do autismo (MANDY, LAI, 2016).

Estudos epidemiológicos são primordiais para elaborar políticas públicas direcionadas à população alvo (MESQUITA, PEGARORO, 2013), e é neste contexto que hoje em dia o diagnóstico precoce é primordial no tratamento e no prognóstico da criança com autismo e até mesmo naquelas com risco elevado, para assim os profissionais da saúde estarem preparados para avaliar o impacto das abordagens personalizadas antes que a cascata de desenvolvimento que leva ao TEA seja totalmente manifestada (ZWAIGENBAUM *et al*, 2015).

3.2 ETIOLOGIA E NEUROPATOGÊNESE

Estudos sobre a etiologia do autismo em relação a hereditariedade variam de 40% a 90%, com os mais recentes que estimam seu papel no aparecimento em crianças em até 50%. A contribuição genética para o TEA ocorre através de um grupo diversificado de mecanismos mutacionais ao longo

de várias vias biológicas, porém um dos maiores desafios em sua etiologia é propriamente a ausência de um marcador biológico. O risco adicional está associado a fatores ambientais (infecções, síndromes, poluição etc.). (SANCHACK, THOMAS, 2016). O *NICE guideline* (2011) publicou fatores de riscos clínicos importantes para o autismo, os quais podem-se observar no quadro 1.

Quadro 1 - Principais fatores de risco para o TEA

Irmãos com história de autismo	Peso ao nascer < 2500g
Irmãos com história de outros TEA	Prematuridade com < 35 semanas
História de esquizofrenia na família	Admissão em uma unidade de terapia intensiva neonatal
História familiar de transtorno afetivo	Presença de defeitos congênitos
História familiar de outros transtornos mentais e comportamentais	Presença de múltiplos defeitos congênitos
Idade materna > 40 anos	Sexo masculino
Idade paterna entre 40-49 anos (TEA)	Ameaça de aborto com < 20 semanas
Idade paterna > 40 anos (Autismo)	Residir em cidade capital
	Residir em subúrbio de cidade capital

Fonte: Adaptado e traduzido de *NICE guideline* (2011).

Inúmeras pesquisas têm mostrado relação da genética nos transtornos do espectro autista (SILVA; MULICK, 2009), o que evidencia seu papel na patogenia da doença. O saber dos aspectos genéticos em determinada doença é primordial para estabelecer prognóstico, risco de recorrência e até medidas terapêuticas (OLIVEIRA, SERTIÉ, 2017). Porém, o grande desafio hoje é saber quais são esses genes que aparentemente contribuem para os fenótipos dos TEAs e como eles atuam, se eles interagem com fatores ambientais e/ou interagem entre si (SILVA; MULICK, 2009).

Um recente estudo por ressonância magnética (RNM) descobriu que o aumento precoce da área cortical, principalmente frontal e temporal, entre 6 e 12 meses de idade poderia prever o diagnóstico de autismo em crianças e que a taxa de mudança de volume cerebral no segundo ano tem relação com a intensidade do TEA. Estudos de neuroimagem funcional têm sido cruciais para destacar a presença de padrões alterados de ativação em regiões cerebrais específicas de pacientes com TEA, como aqueles envolvidos na regulação emocional e interação social (VARGHESE *et al*, 2017).

Porém, devido à grande limitação técnica de estudo em relação a neuroimagem, por exemplo a baixa resolução e necessidade de pacientes com maior prejuízo na função, esses estudos precisam de uma complementação. Dois modelos são os mais utilizados, pois eles conseguem detectar mudanças a nível celular. O primeiro é a exploração neuropatológica de *post-mortem*

humano, e segundo é a manipulação genética em ratos para criar modelos de animais com as características do TEA (VARGHESE *et al*, 2017).

O TEA é devido a alterações do Sistema Nervoso Central (SNC), isso é uma informação de comum acordo entre os especialistas, que provoca uma disfunção no desenvolvimento da criança. (SILVA; MULICK, 2009). A neuropatologia do autismo possibilita a identificação do seu impacto sobre as características do cérebro que não podem ser avaliadas por meio de estudos de neuroimagem, como processos de diferenciação e migração, morfologia neuronal e distribuição espacial ou alterações cito arquitetônicas, as quais são, hoje, a neuropatogênese do TEA (VARGHESE *et al*, 2017).

Portanto, em consequência da complexidade do SNC, assim como da grande variabilidade de sintomas e apresentações fenotípicas artísticas, até o momento, não foi possível determinar qualquer aspecto biológico, ambiental, ou da interação de ambos, que pareça ser a etiologia certa para causar as alterações de sua patogênese (SILVA; MULICK, 2009).

3.3 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E CARACTERÍSTICAS GERAIS

Os novos critérios diagnósticos do TEA, de acordo com o DSM-V, são divididos em A, B, C, D e E. Sendo o grupo A subdividido em A1-A2-A3 e o B em B1-B2-B3-B4 (Quadro 2). De maneira geral, as características essenciais do transtorno do espectro autista são déficits persistentes em comunicação recíproca e na interação social (Critério A), padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). Esses sintomas têm que estar presentes em idade precoce da vida, na infância (Critério C) e limitam a funcionalidade da criança (Critérios D) (DSM-V).

Dentro do critério C, além dos sintomas começarem na infância, eles podem ter grande variabilidade até os 8 anos de vida, sendo que o relato do cuidador principal não é o mais importante, e sim o que o profissional observa no momento das consultas. Para fechar o diagnóstico deve-se ter presente na criança ao menos 3 sintomas dos 3 critérios A, mais 2 sintomas dos 4 critérios B e obrigatoriamente os critérios C e D.

O estágio em que o dano funcional se evidencia varia em relação às características de cada indivíduo e do ambiente o qual ele está inserido. A magnitude que o autismo atinge, concomitantemente ao estado do seu desenvolvimento e da idade cronológica, fazem com que as manifestações do transtorno variem. Nesse sentido o termo *espectro* é justificado (DSM-V).

Em relação a intensidade do TEA, ele é classificado em Leve, Moderado e Grave. O Leve engloba a Síndrome de Asperger (inteligência normal ou mesmo mais desenvolvida que a população em geral e sem prejuízos de linguagem, porém encontra-se gestos repetitivos e movimentos delicados ausentes) e o Autismo de Alto Funcionamento. O Moderado, por sua vez, é marcado pela incapacidade de comunicação e com interesses muito restritivos. O Grave apresenta como severa incapacidade de qualquer flexibilidade social ou comunicação. É importante salientar que a gravidade pode mudar com o contexto que a criança está inserida e variar com o tempo.

Quadro 2 - Critérios diagnósticos e características do TEA

A – Déficits persistentes em comunicação e interação social	B – Padrões repetitivos e interesses restritos de comportamentos e atividades	C – Presença dos sintomas ainda na infância e em mais contextos sociais	D – Sintomas em conjunto devem limitar a funcionalidade da criança	E – Essas alterações não são mais explicadas por deficiência intelectual ou atraso global do desenvolvimento
A1 – Déficit na reciprocidade social e emocional com partilha reduzida de interesses e de continuidade nos diálogos	B1 – Movimentos, uso de objetos e linguagem estereotipada (repetitiva sem função social)			
A2 – déficit na comunicação social não verbal (gestos, contato visual, linguagem corporal e expressão facial)	B2 – Rituais e resistência a mudanças			
A3 – Dificuldade em gerar e manter relacionamentos e de ajustar seu comportamento de acordo com o contexto	B3 – Interesse exagerado em assuntos ou tópicos			
	B4 – Hiper ou pobre reação a estímulos sensoriais do ambiente ou procura excessiva por esses estímulos			

Fonte: Adaptado de DSM-V (2013)

Ao visar as manifestações iniciais e fundamentais do desenvolvimento atípico, pode-se captar a plasticidade neural e desenvolver habilidades com maior probabilidade de ter efeitos gradativos no desenvolvimento

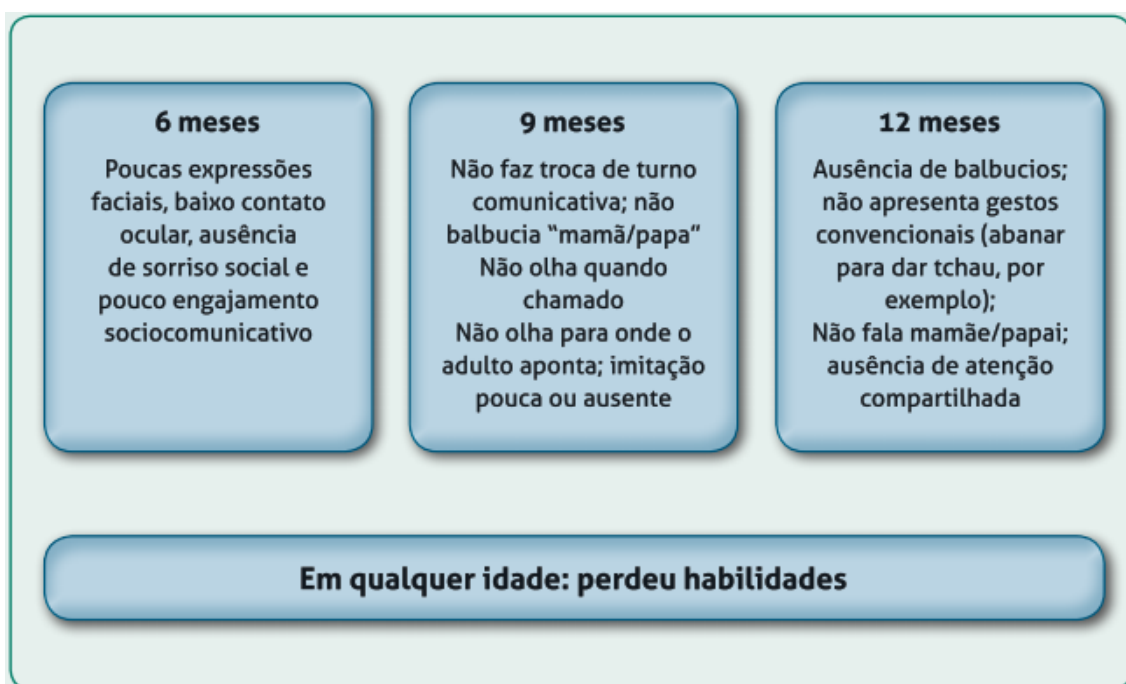
(ZWAIGENBAUM *et al*, 2015). A triagem fornece um processo padronizado para garantir que as crianças sejam monitoradas quanto a sinais prévios do TEA para promover o diagnóstico precoce (Figura 2). É indicado que a triagem em crianças com idade entre 18 e 24 meses pode ajudar na detecção precoce, consistente com as recomendações atuais da Academia Americana de Pediatria (AAP).

O diagnóstico do autismo feito cada vez mais cedo tem influenciado positivamente para a sua intervenção precoce, a partir dos 18 meses de vida (LAMPREIA, 2007), época que os sinais autísticos tornam-se mais evidentes. Até hoje não existem estudos que comprovam e respaldam o diagnóstico no primeiro ano de vida, porém, é grande a identificação de riscos para o TEA nesse período (GARCIA, LAMPREIA, 2010).

Um estudo com vídeos caseiros de crianças que foram diagnosticadas com autismo, em seu primeiro ano de vida, identificou-se que essas tinham um grande déficit na parte social/visual: sem resposta quando chamadas pelo nome ou sem retribuir olho no olho, sem olhar para objetos que lhe eram mostrados (OLIVEIRA, 2010), ou seja, sem resposta a interação de gestos comunicativos (apontar), este é o principal e o mais observado nos lactentes até um ano de idade.

Os traços do TEA se tornam mais evidentes depois dos 18 meses de idade. É recomendável que o pediatra investigue qualquer atraso de linguagem, atraso no contato social e ausência de interesse no outro, interesses repetitivos e estereotípias (SBP, 2017).

Figura 2 – Sinais de alerta precoces no bebê



Fonte: SBP (2019)

Em vista disso, o diagnóstico do TEA é essencialmente clínico, fundamentado com os critérios diagnósticos do DSM-V 2013, com testes neuropsicológicos e escalas de avaliação de linguagem e comportamento (M-CHAT, CARS, STAT). O uso de vídeos caseiros, fotos e relatório escolar também

devem ser levados em consideração, além da primordial avaliação multidisciplinar.

O *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), é utilizado em crianças com mais de dois anos, avalia o comportamento; STAT (o *Screening Tool for Autism in Two Years Old*), que pode ser aplicada em torno dos 24 e 36 meses de idade e observa o comportamento socio-comunicativo da criança; a *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), criada a fim de identificar crianças com alto risco em desenvolver autismo em idade precoce, 18 meses.

Outro importante aspecto a ser avaliado é a presença de comorbidades associadas com o autismo. A mais comum é o retardo mental, que aparece em graus variados em cerca de 60 a 75% das crianças (SILVA; MULICK, 2009). Observa-se também a coexistência do transtorno do espectro autista em crianças com outras comorbidades, como a Síndrome de Down e de Tourette, assim como deficientes visuais e/ou auditivos. Transtornos de déficit de atenção e hiperatividade em cerca de 74%. Depressão e ansiedade são muito observadas nos adolescentes e adultos autistas, por isso a necessidade de uma abordagem multidisciplinar.

3.3.4 DESAFIOS

Crianças que recebem diagnóstico de TEA, por terem um grau elevado de incapacidade cognitiva e relação interpessoal, exigem uma atenção mais cuidadosa e diferenciada por parte de sua família, a qual é abordada por uma nova condição que exige ajuste familiar (GOMES *et al*, 2015).

Uma revisão sistemática publicada no *Jornal de Pediatria* em 2015 mostra “uma sobrecarga emocional dos pais como um dos principais desafios encontrados por famílias com crianças com diagnóstico de TEA.” Revelou ainda a maior tensão psicológica em relação a diagnóstico tardio, dificuldade de lidar com o diagnóstico e com os sintomas, pouco acesso ao serviço de saúde e apoio social, deficiência de atividades de lazer e educacionais, financeiro, preocupação com o futuro (GOMES *et al*, 2015).

A ex-Presidente Dilma Rousseff aprovou em 27 de dezembro de 2012 a Lei número 12.764, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA), a qual estabeleceu inúmeras diretrizes para sua consecução. Essa lei, conhecida como Lei Berenice Piana, definiu que a pessoa com TEA é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais (art. 1º, § 2º, da mencionada Lei). Ademais, instituiu diversas diretrizes no que toca à política de proteção dos direitos da pessoa autista, tais como a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para essas pessoas, o estímulo à inserção da pessoa com TEA no mercado de trabalho, o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com autismo, entre outras. Por fim, a Lei também prevê que é direito da pessoa autista em receber o diagnóstico precoce, mesmo que não definitivo. (BRASIL, 2012, p. 1).

Em 18 de julho de 2019, o atual Presidente Jair Bolsonaro, sancionou a lei de número 13.861, a qual inclui dados específicos sobre autismo no Censo

2020: “*Parágrafo único.* Os censos demográficos realizados a partir de 2019 incluirão as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista, em consonância com o § 2º do art. 1º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.”

3.4 TRATAMENTO

O tratamento padrão-ouro para o autismo é a intervenção precoce, a qual deve ser iniciada logo que há grande suspeita ou imediatamente após ser diagnosticado por uma equipe inter e multidisciplinar (SBP, 2019). O prognóstico do autismo leva em consideração, além do tempo o qual ele é diagnosticado e do início do tratamento, o grau de comprometimento da linguagem, interação social e cognição. Quanto maior o comprometimento, pior o prognóstico (MESQUITA, PEGARORO, 2013).

A linguagem é um dos aspectos mais trabalhados e de maior enfoque no processo terapêutico do fonoaudiólogo no autismo, ou seja, o papel desse profissional no tratamento é de suma importância (MESQUITA, PEGARORO, 2013).

A intervenção comportamental intensiva precoce por meio da psicologia é recomendada para crianças com idade pré-escolar e precoce com TEA, que considera as particularidades de cada caso e procura ensinar novas habilidades, reforçando comportamentos desejáveis, incentivando a generalização dessas habilidades e incentivando sempre a socialização (SANCHACK, THOMAS, 2016).

O processo terapêutico foca no aumento do potencial social e comunicativo da criança, visa proteger e reduzir danos intelectuais, melhorar a qualidade de vida e aumentar autonomia, diminuindo assim a angústia da família e possíveis gastos com terapias sem evidências (SBP, 2019).

O tratamento médico tem como alvo os comportamentos não adaptativos específicos para os quais a terapia comportamental intensiva não tem sido eficaz. O manejo médico também pode visar diagnósticos de comorbidades, como transtornos de ansiedade, transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (TDAH) e distúrbios do sono (SANCHACK, THOMAS, 2016). Dentre os antipsicóticos atípicos, que bloqueiam serotonina e dopamina, o mais utilizado é a risperidona, mas também se usa a olanzepina, a quetiapina, a ziprasidona, a clozapina e o aripiprazol (SBP, 2019). A Risperidona e o Aripiprazol são os únicos liberados pelo *Food and Drug Administration* (FDA) para o tratamento do autismo.

Há fortes evidências de que a melatonina ajuda a controlar os distúrbios do sono, melhora o comportamento durante o dia e tem efeitos adversos mínimos, entretanto ainda merece mais pesquisas (SANCHACK, THOMAS, 2016).

Os principais profissionais da equipe multidisciplinar são a família, a equipe de educação e a de saúde para o direcionamento adequado dos pacientes com TEA, objetivando o aprendizado e modificações no comportamento trabalhadas por equipes interdisciplinares (psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores físicos).

Famílias de crianças com TEA tendem a tentar tratamentos complementares e alternativos, muitas vezes sem comprovação científica. Cabe ao pediatra alertar a família sobre esses estudos.

4 CONCLUSÃO

O TEA é um transtorno que causa perturbações no desenvolvimento neurológico da criança, como os de comunicação, comportamento e interação social. Ele já pode ser observado desde os primeiros meses de vida do bebê com irritabilidade ao ser ninado no colo, por exemplo. Com um ano e seis meses de vida o autismo fica mais evidente, sendo indispensável a investigação do atraso na fala, interesses repetitivos e até mesmo a perda do contato visual.

Com os avanços nos estudos das intervenções terapêuticas e a maior abrangência no diagnóstico, este se torna imprescindível ser de forma precoce para ter resultados mais expressivos e eficazes, visto que é nos primeiros anos de vida que se observa maior desenvolvimento cerebral.

Quando já houver suspeita de alguns sinais de autismo na criança ela deve ser encaminhada para especialistas a fim de maior esclarecimento, além de instruir os pais sobre a intervenção precoce educativa para um melhor convívio social da criança, assim como todo um processo multidisciplinar, o qual é primordial para o desenvolvimento.

Portanto, o papel do pediatra é de suma importância para a detecção precoce do autismo, analisando todas as características abordadas no DSM-V, utilizando também as escalas de avaliação do comportamento e da linguagem, os testes neurológicos, para assim obter um resultado expressivo de tratamento tanto da criança com a equipe interdisciplinar, quanto da família, que tem um papel valioso no seu desenvolvimento e monitoramento.

5 REFERÊNCIAS

ALVARENGA, N.M. Lei Berenice Piana e inclusão dos autistas no Brasil. 2016.

American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM5), 2013.

ANAGNOSTOU E., *et al.* Autism spectrum disorder: advances in evidencebased practice. **CMAJ**, v. 186, n. 7, p. 509-519, 2014.

BIANCHINI, N.C.P.; SOUZA, L.A.P. Autismo e comorbidades: achados atuais e futuras direções de pesquisa, **Distúrb Comun**, v.26, n;3, p.624-626, 2014.

BRASIL. Lei nº 12.764. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12764.htm>. Acesso em: 10 ago. 2019.

CHRISTENSEN D.L. *et al.* Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years - Autism and Developmental Disabilities

Monitoring Network, 11 sites, United States, 2012. **MMWR Surveill Summ**, v.65, n.3, p.1-23, 2016.

FOMBONNE, E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. **Pediatric Research**, v. 65, n. 6, p. 591-598, 2009.

GARCIA, M.L., LAMPREIA, C. Limites e Possibilidades da Identificação de Risco de Autismo no Primeiro Ano de Vida. **Psicologia, reflexão e crítica**, v. 24, n. 1, p. 300-308, 2011.

GOMES, P.T.M *et al.* Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática. **Jornal de Pediatria**, v. 91, n.2, 2015.

LAMPREIA, C. A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 24, n. 1, 2007.

MANDY, W.; LAI, M.C. Annual Research Review: The role of the environment in the developmental psychopathology of autism spectrum condition. **The Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 57, n.3, p. 271-292, 2016.

MESQUITA, W.S.; PEGARORO, R.F. Diagnóstico e tratamento do transtorno autístico em publicações brasileiras: revisão de literatura. **J Health Sci Inst.**, v.31, n.3, p. 324-329, 2013.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Guideline. **Autism: recognition, referral and diagnosis of children and young people on the autism spectrum**. NICE Guideline, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92985/pdf/Bookshelf_NBK92985.pdf> . Acesso em 20 abr. 2019.

OLIVEIRA, G. Autismo: diagnóstico e orientação Parte I. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v.40, n. 6, p. 278-287, 2009.

OLIVEIRA, K.G., SERTIÉ, A.L. Transtornos do espectro autista: um guia atualizado para aconselhamento genético. **Einsten**, v. 15, n. 2, p. 233-238, 2017.

SANCHACK, K.E.; THOMAS, C.A. Autism Spectrum Disorder: Primary Care Principles. **American Family Physician**, v.94, n.12, 2016.

SILVA, M.; MULICK, J.A. Diagnosticando o transtorno autista: Aspectos fundamentais e considerações práticas. **Psicologia ciência e profissão**, v.29, n. 1, p. 116-131, 2009.

VARGHESE, M. *et al.* Autism spectrum disorder: Neuropathology and animal models. **Acta Neuropathologica**, v. 134, n. 4, p.537-566, 2017.

ZANON, R.B. *et al.* Identificação dos Primeiros Sintomas do Autismo pelos Pais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 25-33

ZWAIGENBAUM, L. *et al.* Early Screening of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. **American Academy of Pediatrics**, v. 136, n.1, 2015.