

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO
CIENTÍFICA – PIBIC

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE UMA
POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL COM AUTISMO
ATENDIDA EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL NO SUS

MARIANA ARAÚJO PEREIRA

Recife – Agosto 2019

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO
FIGUEIRA**

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

**PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO
CIENTÍFICA-PIBIC**

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE UMA POPULAÇÃO
INFANTOJUVENIL COM AUTISMO ATENDIDA EM UM
SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL NO SUS**

Projeto de pesquisa apresentado ao
Comitê Institucional de Iniciação Científica do
IMIP como proposta para ingresso no Programa
Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PIBIC CNPq/IMIP 2018-2019.

Aluna: Mariana Araújo Pereira

Orientador: Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Coorientadora: Dra. Rackel Eleutério

Recife – Agosto 2019

Identificação dos pesquisadores:

Mariana Araújo Pereira (Candidata)

Estudante do 10º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

email: mariana.araujo093@gmail.com

Telefone: (81) 996364811

Gabriela Cotias Filizola (Colaboradora)

Estudante do 10º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

email: gabrielacfilizola@hotmail.com

Telefone: (81) 988372601

Prof. Dr. Leopoldo (Orientador)

Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE.

Tutor da graduação e pós graduação da Faculdade Pernambucana de Saúde

Endereço: Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Recife.

Telefone: (81)992451890

CPF: 025.115.244-81

E-mail: leopoldopsi@gmail.com

Dra. Rackel Eleutério (Coorientadora)

Supervisora da Residência em Psiquiatria Infantil do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Pediatra e Psiquiatra com especialização em saúde mental da infância e da adolescência com atuação no IMIP.

Endereço: Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista, Recife.

Telefone: (81)996092191/ (81) 2122-4100 ramal 4202

CPF: 717.444.524-15

E-mail: rackeleleuterio@hotmail.com

ARTIGO ORIGINAL

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE UMA POPULAÇÃO
INFANTOJUVENIL COM AUTISMO ATENDIDA EM UM SERVIÇO DE
SAÚDE MENTAL NO SUS
CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF AN CHILD AND
ADOLESCENT POPULATION WITH AUTISM ATTENDED IN A SUS
MENTAL HEALTH SERVICE**

Mariana Araújo ¹

Gabriela Cotias Filizola¹

Leopoldo N F Barbosa^{1,2}

Rackel Eleutério²

¹ Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Recife - PE, Brasil. CEP: 51150-000

² Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Rua dos Coelhos, 300, Recife - PE, Brasil. CEP: 50070-550

Autor responsável pela troca de correspondência:

Mariana Araújo Pereira

Fontes de Auxílio

Auxílio de Bolsa no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica FAPE-IMIP. Não há conflito de interesses.

RESUMO

Objetivos: Caracterizar o perfil clínico e epidemiológico de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) atendidas no ambulatório de saúde mental em um serviço que atende exclusivamente ao SUS. Teve por intuito apontar as características, as comorbidades clínicas mais frequentes e o acompanhamento terapêutico instituído para essas crianças e adolescentes. **Métodos:** estudo descritivo tipo corte transversal envolvendo crianças e adolescentes diagnosticados com TEA. Os dados foram extraídos através de entrevistas realizadas com cuidadores de pacientes autistas em acompanhamento ambulatorial com a equipe de Psiquiatria Infantil no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) entre fevereiro a junho de 2019. A coleta foi realizada através de um instrumento que continha 20 itens que abordavam as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes estudados. **Resultados:** O estudo apontou que alterações do neurodesenvolvimento e do comportamento eram frequentes no quadro clínico de crianças e adolescentes com TEA. Também foi observada a participação de psicólogos, neurologistas infantis e médicos generalistas na suspeita diagnóstica, a partir de sinais de alarme para TEA. Por fim, foi visto que as comorbidades mais relatadas foram TDAH, insônia e convulsões a esclarecer. Estas morbidades interferiam na funcionalidade do portador do distúrbio, requerendo-lhe medicamentos para o controle de sintomas e/ou terapia multidisciplinar. **Conclusões:** Foi concluído que reconhecer sinais e sintomas do autismo o quanto antes possível é vital pra o diagnóstico precoce de crianças e adolescentes com a condição, bem como para instituir uma abordagem terapêutica individualizada. As alterações no comportamento e na linguagem verbal e não verbal neste estudo ganharam destaque, demarcando a importância do cuidado interdisciplinar no resgate da funcionalidade e na integração social de tais indivíduos.

Palavras-chaves: crianças, autismo, transtorno autístico, diagnóstico, tratamento.

ABSTRACT

Objectives: To characterize the clinical and epidemiological profile of children and adolescents with Autism Spectrum Disorder (ASD) attended in an ambulatory of mental health in a service that attends exclusively public system of health. Its aim was to point few features, clinical comorbidities more frequents and therapeutic follow up instituted to these children and adolescents. **Methods:** descriptive cross sectional study involving children and adolescents diagnosed with ASD. Data was extracted through interviews that were done with caregivers of patients with ASD in therapeutic follow up with the sector of infant psychiatry in the Institute of Integral Medicine Professor Fernando Figueira (IMIP), between february and june of 2019. The collect was made from an instrument that contained 20 itens wich addressed clinical and epidemiological features of studied patients. **Results:** The study showed that neurodevelopmental and behavioral changes were frequent in the clinical picture of children and adolescents with ASD. It was also observed the participation of psychologists, child neurologists and general practitioners in the field of diagnostic suspicion, from alarm signals. Lastly, it was seen that the comordities most reported were ADAH, insomnia and seizures to clarify. Such morbidities interfered in the functionality of the patient with the disturbance, requiring medicaments to control sympton and multidisciplinary therapy. **Conclusions:** It was concluded that recognizing signs and symptoms of autism as earlier as possible is vital for an early detection of children and adolescents with the condition, moreover to assure an individualized therapeutic approach. The dysfunction in behavior and in verbal and non verbal language gained focus in this study, pointing the importance of interdisciplinary care in functional rescue and social interaction of these individuals.

Keywords: Children, Autism, Autistic Disorder, Diagnostic , Treatment.

INTRODUÇÃO

O autismo consiste numa desordem neuroevolutiva expressa através de um fenótipo heterogêneo com etiologias distintas e poligênicas.¹ Sua etiologia é de causa multifatorial com influência genética, epigenética e ambiental, embora se saiba que o fator hereditário responde por 50 a 90% dos casos, demonstrando a importância genética da doença em sua patogênese.² No entanto, estudos com gêmeos monozigóticos têm apontado ainda uma taxa de concordância incompleta, o que reforça a contribuição de fatores ambientais na etiologia do TEA.^{2,3}

Ademais, alguns autores acreditam que a exposição ao mercúrio, níquel, cádmio, tricloroetileno presente em solvente de gordura e refrigerantes,³ por exemplo, bem como o uso de ácido valpróico durante a gestação poderiam configurar potenciais fatores de risco ao desenvolvimento do TEA em crianças.⁴

De acordo com a CID 10, o autismo classifica-se como um Transtorno Global do Desenvolvimento e abrange as seguintes síndromes: Transtorno desintegrativo da infância, Síndrome de Asperger e o Autismo infantil, Autismo atípico, Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e movimentos estereotipados e Transtornos globais não especificados do desenvolvimento (TID SOE).^{1,5,6} Já segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM- 5), o autismo passou a ser denominado Transtorno do Espectro Autista (TEA), onde apenas o TID SOE não integra mais a nova classificação.

Nos últimos anos foi observado um aumento do diagnóstico do TEA que passou de 4 a 5 casos por 10.000 nascimentos na década de 1960 para cerca de 40 a 60 casos a cada 10.000 no ano de 2009.¹ A prevalência atual de TEA estimada é de 1.5%, em países desenvolvidos ao redor do mundo, com destaque para os EUA.⁷ A elevação na incidência e na prevalência de TEA a nível mundial pode ser devido a maior abrangência dos atuais critérios incluindo diferentes transtornos num mesmo espectro de autismo. Conforme descreve o DSM-5, os critérios diagnósticos expressam-se por: déficits persistentes na interação social em múltiplos contextos, padrões repetitivos de comportamento e interesse restrito, prejuízo clínico significativo em áreas sociais e ocupacionais, alterações desde a primeira infância que não são explicadas por nenhuma outra desordem intelectual ou atraso do desenvolvimento global.^{1,7}

Questionários que avaliam o comportamento de autistas ajudam a estabelecer prioridades na condução do tratamento e têm ganhado mais crédito, na elaboração de um projeto terapêutico singular (PTS).⁸ São exemplos: Autism Behavior Checklist (ABC), Modified Checklist for autism in Toddlers (M-Chat), Childhood Autism Spectrum Test (CAST), Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC), Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). De modo geral, essa triagem capacita profissionais de distintas atuações a entenderem melhor quais déficits e habilidades devem ser priorizados no seguimento infantil com TEA.^{8,9} No entanto, há dificuldades práticas na triagem com os questionários e é questionável se o rastreio deve ser implementado em todos. A Academia Americana de Pediatria recomenda a triagem para TEA a todas as crianças de 18 e 24 meses.^{2,9} A partir da suspeita diagnóstica, a criança é encaminhada para uma avaliação especializada.

Em relação às comorbidades mais frequentes para TEA têm-se: epilepsia, distúrbios do sono, estereotipias, comportamento infrator, deficiência intelectual e/ou auditiva,⁹ assim como outros transtornos psiquiátricos, Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e depressão.¹⁰ Distúrbios genéticos são também comuns no TEA, principalmente nos autistas com baixa cognição, conforme pontua uma pesquisa sueca que denomina “autismo sindrômico”, sendo citada a síndrome do X frágil, a síndrome de Down ou a esclerose tuberosa.¹¹ Um levantamento dos Estados Unidos registrou a morte de 1362 indivíduos autistas, entre 1999 e 2014, e revelou a expectativa de vida média de pacientes autistas como sendo 36.2 anos.¹²

A pesquisa objetivou caracterizar o perfil epidemiológico e clínico de crianças e adolescentes com autismo, reconhecendo características sócio demográficas, clínicas e terapêuticas nestes pacientes atendidos em um ambulatório especializado em saúde mental no Sistema Único de Saúde. Ademais, identificamos os sinais de alerta ou alterações comportamentais que levou ao encaminhamento a profissionais de saúde e permitiu o diagnóstico de TEA.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo tipo corte transversal desenvolvido no Ambulatório de psiquiatria infantil de um hospital que atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde. A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e junho de 2019. Foram realizadas entrevistas com os cuidadores de crianças atendidas pela psiquiatria infantil com diagnóstico de autismo que estavam em acompanhamento pelo serviço de psiquiatria infantil da instituição. Não participaram cuidadores sem parentesco consanguíneo ou vínculo legal sobre a criança autista.

A coleta de dados foi realizada aplicando-se um instrumento que continha 20 itens, dividido em 7 partes, conforme as informações coletadas: a primeira para a obtenção dos dados sociodemográficos e acadêmicos dos cuidadores; a segunda, informações sobre quando se deu o diagnóstico e quais foram os sinais de alerta percebidos; a terceira, as alterações comportamentais notadas em ambientes domiciliar, escolar e/ou hospitalar do paciente; a quarta, os antecedentes obstétricos que podem vir a figurar como potenciais fatores de risco para o transtorno; a quinta, as comorbidades e os antecedentes pessoais, como exemplo: ter parentes com autismo, discriminando o grau de parentesco; a sexta, conhecer a terapêutica atual ofertada às crianças ou adolescentes analisados e, por fim, a oitava parte fala a respeito das habilidades cognitivas dos pacientes analisados.

A partir das informações obtidas, foi construído o banco de dados, em dupla entrada, no programa Microsoft Excel v. 16.15®. Os dados foram analisados no Programa Stata® v. 12.1. Foi verificada a distribuição de frequência (percentual) para as variáveis categóricas e utilizada medida de tendência central e dispersão para as contínuas (média e desvio padrão).

O desenvolvimento da pesquisa seguiu os princípios éticos e legais vigentes na Resolução nº 466/2012. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos do IMIP, juntamente com o TCLE e o termo de anuência do IMIP. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos do IMIP conforme parecer número 3.146.097 dia 14 de fevereiro de 2019.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 25 cuidadores, 96% eram mães e apenas 4% eram pais. Já sobre a escolaridade desses cuidadores, foi visto que 8% concluiu o ensino fundamental, 44% cursaram o ensino médio, 44%, o ensino superior e somente 4% possuíam pós-graduação. Entre as crianças, 2 eram do sexo feminino e 23 do sexo masculino, destacando assim a frequência 11,5 vezes maior de homens portadores de TEA neste estudo. A respeito do benefício de prestação continuada (BPC), 56,52% dos cuidadores revelaram ter o auxílio, enquanto 43,48% não recebiam ou não sabiam de sua existência.

Foi observado que dentre os primeiros profissionais a suspeitarem de TEA, 21.74% eram médicos generalistas ou pediatras, 30.43% eram psicólogos, 8.70% eram psiquiatras, 21.74% eram neurologistas infantis e 17.39%, outros profissionais. No último subgrupo, foram encontrados endocrinologista, terapeuta ocupacional e professores.

Entre os 25 pacientes observados, 24 possuíam algum tipo de atraso do desenvolvimento compatível com o quadro de TEA, enquanto apenas 1 não apresentou atrasos durante a infância. Desses 24 pacientes, 8.33% manifestaram atraso na linguagem verbal, falando as primeiras palavras com mais de 15 meses. O atraso no contato visual se deu em 50% dos pacientes. Cerca de 16.67% apresentaram atraso para andar (> 18 meses), atraso no contato visual, na linguagem verbal e no controle esfíncteriano (>2 anos) simultaneamente. Ainda foi visto que 37.5% dos 24 pacientes apresentaram atraso no controle esfíncteriano e 58%, atraso no andar. Vale lembrar que mais de um item desta variável podia ser marcado por cada criança.

Em relação às alterações comportamentais, 79.17% apresentaram dificuldade na interação social com tendência a isolamento, 95.83% apresentaram interesse fixo e restrito em atividades peculiares à criança ou ao adolescente, 75% apresentaram alteração sensorial proeminente, podendo ser tátil, térmica ou sonora. Foi visto que 37.5% apresentaram insensibilidade álgica diante de cortes ou acidentes e 16.67% apresentaram estereotípias, sendo a mais citada o “balançar do corpo” e o "brincar com as mãos".

Agressividade foi relatada em 8.33%, sobretudo quando em ambientes escolares com bastante ruído e 8.33% dos pacientes do estudo apresentaram ecolalia. Tais

alterações foram mais percebidas no ambiente domiciliar (83.33%), ambiente escolar (41.67%) e, menos frequentemente, no ambiente hospitalar (20.83%). Salienta-se que mais de um item podia ser marcado concomitantemente.

De 25 pacientes, 5% não iam ao colégio, em média 95% frequentavam escola e destes 34.78% já haviam repetido alguma série. Um ponto positivo observado em nosso estudo foi que 54.17% dos pacientes com TEA possuíam mediador na sala de aula.

Na variável antecedentes obstétricos, 20.83% dos pacientes foram prematuros, 58.33% foram termo e 8.33% pós termos. Gestações gemelares e inseminação artificial não foram identificadas na base de dados da análise em questão. Em 3 (12.5%) das genitoras houve infecção no período gravídico; sendo 2 do trato urinário e 1 relacionada a Chikungunya. Diabetes gestacional esteve presente em 8.33% dos casos e a mesma estimativa em percentual foi encontrada para depressão durante a gestação.

Em antecedentes pessoais e comorbidades, foi visto que 16.67% dos pacientes analisados já tiveram história de internamento hospitalar, 37.5% com história prévia positiva para convulsão, 12.5% com relato de algum grau de perda auditiva, podendo esta variável ser congênita ou adquirida. No presente estudo, 50% das crianças e adolescentes com TEA avaliados possuíam distúrbio de sono e em 75% deles outra comorbidade bem evidente foi a hiperatividade, impulsividade e desatenção (TDAH).

Em relação a coordenação motora, 14 (58.33%) pacientes manifestaram prejuízo, sendo 2 com limitações em coordenação motora grossa, 1 na coordenação motora fina e 11 em ambas. Diferentemente de outras literaturas, DM e HAS não foram clínicas comuns ao quadro de pacientes com TEA nesta pesquisa. Outra variável do estudo analisou parentes com autismo e em 39% havia positividade familiar para TEA e entre o grau de parentesco mais frequente obteve-se irmãos (18% das vezes) e primos (12% das vezes).

No item referente à terapêutica atual, foi visto que 19 de 24 pacientes faziam uso de uma medicação ou mais, ou seja 79.17%, sendo a droga mais usada a risperidona no controle de sintomas como irritabilidade e agressividade. A associação medicamentosa mais frequente foi a risperidona e a ritalina presente em 12.5% dos casos. Isso permite destacar TEA e TDAH como condições associadas comuns.

No item concernente a acompanhamento e reabilitação, neste estudo, a rede multidisciplinar podia ser composta por neurologista, psiquiatra, psicopedagogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo e por outro profissional de saúde como, por exemplo, endocrinologista. A análise permitiu observar que a

psiquiatria foi o acompanhamento terapêutico mais procurado (78.26% dos pacientes) e a psicologia o segundo de maior procura (65.22% dos pacientes).

DISCUSSÃO

Apesar de existir pesquisas desenvolvidas sobre a caracterização clínica e epidemiológica de pacientes autistas, à exemplo da Revisão Anual em Saúde Pública de junho de 2017,¹³ não foram encontrados estudos realizados em Pernambuco sobre o tema. Assim, esse é provavelmente o primeiro estudo do estado com o objetivo de analisar o perfil clínico e epidemiológico da população infantojuvenil com autismo. Além disso, a incidência do autismo vem aumentando em esfera mundial e isso reforça a necessidade do estímulo de novas pesquisas sobre o tema.

O estudo apontou maior frequência de autismo no sexo masculino (92%) comparado ao sexo feminino (8%) e esse dado foi concordante com a literatura atual, que mostra uma proporção 5 vezes mais recorrente em homens que em mulheres.^{2,13} Contudo, importante atentar pra o fato de que o N da amostra ora analisada é pequeno e isso pode vir a interferir na magnitude dos percentuais analisados.

Na presente pesquisa, 96% dos cuidadores eram mães e isso pode elucidar um maior envolvimento terapêutico e, portanto, maior risco de sobrecarga materna no cuidado com o filho autista. Esse achado foi concordante com alguns estudos que já demonstram maior risco de depressão materna, comparado às mães de crianças com Síndrome de Down,¹⁴ bem como maior nível de estresse parental nas famílias de filho com autismo.

A respeito da escolaridade foi visto que mais de 80% dos cuidadores ao todo tinham nível médio ou superior ou pós-graduação, o que superou a expectativa de um estudo que ocorreu no Nordeste e em vista de seus índices ainda moderados de analfabetismo. Autores defendem que quanto maior o grau de instrução dos pais, maior seria o suporte familiar, social e educacional ofertados aos pacientes com TEA.¹⁵

Cerca de 5% a 10% dos pacientes com autismo tornam-se adultos independentes, 25% expressam melhorias com necessidade de supervisão, enquanto o restante permanece

intelectualmente incapacitado e dependente dos cuidados de outrem, o que reflete em custos onerosos à família e à comunidade.¹⁶ O BPC, em sendo um programa de ação custo efetiva,^{2,17} auxilia justamente nessas despesas, desde medicamentos a terapêutica multidisciplinar habilitada para TEA. Contudo, inúmeras famílias ainda não têm acesso ao auxílio ou sequer sabem do programa, conforme destacou o estudo. Isto demarca a importância de cada vez mais conscientizar a população acerca dos direitos que devem ser assegurados aos autistas, conforme prescrito em lei nacional.¹⁷

Em um estudo do Paquistão, os profissionais não médicos revelaram-se bem mais sensíveis na percepção de traços autísticos de seus pacientes, em comparação aos médicos.¹⁸ Isso foi equivalente em nossa análise que mostra psicólogos como os primeiros profissionais a suspeitar de TEA, em 30.47% das vezes. Ainda sobre o estudo paquistanês, 50% dos não médicos apontavam o aconselhamento parental acerca de técnicas de treinamento para vida diária como uma ótima ferramenta ao tratamento infantil para TEA. Já os médicos consideraram que apenas 35.6% dos pacientes teriam um bom prognóstico a partir da habilitação familiar no TEA.¹⁸ Logo, destacar o papel e o envolvimento da família no seguimento da criança faz-se essencial diante desse contexto.

Nos últimos anos houve um aumento do diagnóstico do TEA, sendo a média de diagnóstico precoce aos 53 meses, não diferindo conforme o sexo e a etnia, segundo estudo dos EUA de 2010.¹⁹ Já no presente estudo, a média de idade ao diagnóstico foi de 110.2 meses, com desvio padrão de 59.46 meses. Isso, talvez, ocorra em virtude da presença de poucos profissionais em Recife habilitados em TEA e da difícil avaliação do paciente quanto aos sinais suspeitos para autismo, pois estes podem se apresentar transitoriamente ou mudar de padrão com o tempo.

Diminuir o intervalo entre o início dos sinais e a busca por profissionais de saúde é a base na detecção precoce do TEA. Para tanto, saber flagrar os sinais alarme, segundo caracteriza o Protocolo de São Paulo, é de vital importância.^{10,20}(Tabela 1). O atraso no contato visual se deu em 50% dos pacientes observados, o que poderia reforçá-lo como um instrumento útil de sinal de alerta para TEA. Outro achado relevante constatado na pesquisa foi que 58% dos pacientes manifestavam atraso no andar e 37.5%, atraso no controle esfinteriano.

Nesta análise, as alterações comportamentais mais notadas foram a dificuldade na interação social, interesse fixo ou restrito e alterações sensoriais. Nesse contexto, os artigos apontam a comunicação como provavelmente o distúrbio mais importante, pois a linguagem relaciona-se às dinâmicas sociais. Sendo assim, a população autista com prejuízo no uso da linguagem verbal e não verbal sente-se frustrada e isso interfere bastante na funcionalidade desses indivíduos.²¹

Estudos já demonstram que genitoras de crianças com TEA apresentam maiores escores em questionários gerais de saúde, além de complicações obstétricas, quando comparado às mães de crianças com desenvolvimento típico.^{14,22} A partir de nossa base de dados, verificou-se que apenas 12.5% das mães tiveram infecções durante a gestação e 8.33%, diabetes gestacional. Como essa amostra não foi grande, talvez um maior N tivesse identificado mais doenças pré-natais, conforme a literatura já vem mostrando.²² Todavia, a influência genética na história familiar positiva para TEA se fez presente neste estudo, visto que 39% dos pacientes possuíam parentes com autismo, assim como outros artigos já revelam.^{2,11}

A respeito das comorbidades, obtivemos percentuais mais significativos para coordenação motora limitada (mais de 70% dos pacientes), distúrbios do sono (50%) e TDAH. Em muitos casos de TDAH e TEA, encontramos o uso de risperidona e ritalina, tal qual estudos já mostram essa associação clínica.²³

Em relação a equipe multidisciplinar a frente dos pacientes com TEA, foi observado que a maioria era acompanhada por psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos e terapeuta ocupacional. Contudo, não obtivemos um número significativo de fisioterapeutas no seguimento desses pacientes.¹⁸ Segundo estudo da UNAERP (Universidade de Ribeirão Preto), a fisioterapia em autistas fomenta o desenvolvimento motor, a concentração e a sociabilidade, enquanto a equoterapia, a musicoterapia e a pintura promovem reabilitação, bem estar, autoestima e autonomia nesses pacientes.²⁴ É válido ressaltar que de acordo com a faixa etária do paciente, muda-se o enfoque na abordagem terapêutica para cada especialidade.²⁵

CONCLUSÕES

Os resultados apontam a importância de se desenvolver estratégias para a identificação precoce de sinais e sintomas do autismo. As alterações de linguagem e comportamentais são frequentes e afetam diversos contextos que interferem na socialização das crianças e requerem cuidado interdisciplinar.

O estudo apresenta limitações considerando a quantidade de participantes e o corte transversal, todavia os achados apontam a necessidade de refletir sobre o manejo clínico na perspectiva dos diversos profissionais, desenvolvimento de estratégias de identificação precoce, bem como possibilidades de melhor suporte aos cuidadores das crianças com TEA.

Sugere-se que novas pesquisas possam ser desenvolvidas com essa temática, considerando a ampliação da população e o seguimento ao longo do tempo. Além disso, seria interessante avaliar o estresse parental e a sobrecarga materna diante do cuidado com o filho portador de TEA.

ANEXOS

IDADE	DESENVOLVIMENTO NORMAL	SINAIS DE ALERTA
2 MESES	Criança fixa o olhar; Reage ao som; Bebê se aconchega no colo dos pais e troca olhares;	
4 MESES	Emitte sons; Mostra interesse em olhar o rosto de pessoas, respondendo com sorriso, vocalização ou choro; Retribui sorriso	
6 MESES	Sorri muito ao brincar com pessoas; Localiza sons; Acompanha objetos com o olhar;	Não tem sorrisos e expressões alegres
9 MESES	Sorri e ri enquanto olha para as pessoas; Interage com sorrisos, feições amorosas e outras expressões; Brinca de esconde-achou; Duplica sílabas;	Não responde às tentativas de interação feita pelos outros quando estes sorriem fazem caretas ou sons; Não busca interação emitindo sons, caretas ou sorrisos
12 MESES	Imita gestos; Responde ao chamado do nome; Faz sons como simular conversa;	Não balbucia ou se expressa como bebê; Não responde ao seu nome quando chamado; Não aponta para coisas no intuito de compartilhar atenção; Não segue com olhar gesto que outros lhe fazem;
15 MESES	Troca com as pessoas muitos sorrisos, sons e gestos em uma sequência; Executa gestos a pedido; Fala uma palavra	Não fala palavras, exceto mama, papa, nome de membros da família;

1.SÃO PAULO. Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2013.

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

Nome do paciente: _____ No.: _____

Idade: _____ Data da entrevista: ____/____/____ Sexo: 1. Feminino 2. Masculino

Cuidador/ Representante: _____ Grau de instrução: _____

Estado civil: _____ Ocupação: _____ Número de filhos na família: _____

Renda per capita: _____ Número de habitantes no domicílio: _____

PARTE 1: DIAGNÓSTICO PRECOCE

Qual a idade da criança ao diagnóstico (em meses)? _____

- Este questionário deve se respondido pelo cuidador(a) da criança e tem por objetivo conhecer características da criança com autismo e de seu tratamento.

- Qual o 1º profissional a suspeitar do transtorno autístico na criança?

médico psicólogo outros (especificar): _____

- Quais os primeiros atrasos no desenvolvimento infantil percebidos?

Atraso no contato visual

Atraso na linguagem verbal/ Demora para falar palavras

Atraso para andar

Atraso no controle esfínteriano

Outro (especificar qual)

PARTE 2: COMPORTAMENTO E CLÍNICA

- Quais as alterações de comportamento notadas?

Dificuldade na interação social/ Tendência a isolamento

Interesses fixos/ Atividades repetidas (empilhar blocos, brincar com as mãos, reproduzir vídeos recorrentemente)

Sensibilidade álgica, tátil e térmica proeminentes

Insensibilidade álgica

Movimentos estereotipados/ agressividade

Outro (especificar qual)

• Em relação ao item acima, onde os sinais de alerta foram percebidos?

ambiente domiciliar ambiente escolar ambiente hospitalar

• A criança frequenta escola? sim não

6. Qual série cursa? _____

• Já repetiu alguma série ? sim não

• Possui boa interação escolar? sim não Contacta colegas, professores e funcionários do colégio Exibe comportamento de aversão à escola

Exibe agressividade durante as aulas e/ou atividades de lazer

Interesse fixo em objetos de classe ou de salas de atividade física

• A criança possui mediador na escola ? Sim Não

PARTE 3: DADOS PRÉ-NATAIS

• Antecedentes obstétricos: RNPT RNPoT Gestação Gemelar

Inseminação artificial Doenças infecto-contagiosas na gravidez?

Se sim, especifique: _____

PARTE 4 : COMORBIDADES

• Antecedentes pessoais/Comorbidades (pode marcar mais de uma):

DM HAS História de Convulsão/Epilepsia

Surdez: congênita adquirida Deficiência visual: congênita adquirida (

Distúrbios de sono Hiperatividade/ Impulsividade/ Desatenção

Coordenação motora fina/grossa limitada

Outro transtorno mental? Se sim, qual? _____

- Há parentes com autismo? sim não Grau familiar: _____

PARTE 5: TERAPÊUTICA ATUAL

12.1. Medicamentos de controle em uso? sim não Qual (is) ? _____

12.2. Há quanto tempo em uso? _____ (em meses)

13. Acompanhamento terapêutico atual da criança envolve (pode marcar mais de uma):

Neurologista

Psiquiatra

Psicopedagogo

Terapeuta Ocupacional

Fonoaudiólogo

Fisioterapeuta

Psicólogo

Outro

14. Frequenta o CAPS-i? sim não

PARTE 6: HABILIDADES COGNITIVAS

15. A criança foi alfabetizada? sim não

16. A criança sabe fazer operações com cálculos (soma/subtração)? sim não

VII. REFERÊNCIAS

1-American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Editora Artmed, 5, 992. Retrieved from <file:///C:/Users/PaulinaPitanga/Downloads/DSM-5pdf.pdf>

2- Fuentes, J., Bakare, M., Munir, K., Aguayo, P., Gaddour, N., Öner, Ö., & Mercadante, M. (2012). Autism Spectrum Disorder. *IACAPAP E-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*, 1–27

3- Kinney DK, Barch DH, Chayka B et al (2010). Environmental risk factors for autism: do they help cause de novo genetic mutations that contribute to the disorder? *Medical Hypothesis*, 74:102-106.

4- Surén P, Roth C, Bresnahan M et al (2013). Association between maternal use of folic acid supplements and risk of autism spectrum disorders in children. *Journal of the American Medical Association*, 309: 570-7.

5- Araújo, Á. C., & Neto, F. L. (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XVI(1), 67–82.

6- Da Costa, M. I. F., & Da Silva Nunesmaia, H. G. (1998). Diagnóstico genético e clínico do autismo infantil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 56(1), 24–31. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1998000100004>

7- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

8- SG/SM/16633-OBV/1449. Employ “ Enormous potential” of people with autism, secretary-general urges in message for World Awareness Day. [periódico na internet] citado em Março de 2015. Disponível em : <http://www.un.org/press/en/2015/sgsm16633.doc.htm>

9- Bianchini NCDP, Luiz Augusto DPS. Autismo e comorbidades: achados atuais e futuras direções de pesquisa. *Distúrbios da Comunicação*. 2013; 7

10-Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//protocolo_tea_sp_2014.pdf

11- Hirvikoski, T. et al. (2015). Premature mortality in autism spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 207(5).

- 12- Guan, J., & Li, G. (2017). Injury mortality in individuals with autism. *American Journal of Public Health*, 107(5), 791–793. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303696>
- 13- 2017 Mar 20;38:81-102. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031816-044318. Epub 2016 Dec
- 14-LIWAG,M. Mother and fathers of autistic children.1989
- 15- <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s1/a07v28s1.pdf>
- 16- Pondé, M. P., Novaes, C. M., & Losapio, M. F. (2010). Frequency of symptoms of attention deficit and hyperactivity disorder in autistic children. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 68(1), 103–106. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2010000100022>
- 17- Disponível em <http://www.autismolegal.com.br/beneficio-inss-loas-autismo/>
- 18- Nazish Imran, Mansoor R Chaudry, Muhammad W Azeem, Muhammad R Bhatti, Zaidan I Choudhary and Mohsin A Cheema. A survey of autism knowledge and attitudes among the healthcare professionals in Lahore, Paquistan. *BMC Pediatrics*. 2011;11(67). Disponível em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-11-107>
- 19- Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. (2014). *Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years. Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, D.C. : 2002)* (Vol. 63, pp. 1–21). Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24670961>
- 20- Cusack, J., Shaw, S., Spiers, J., & Sterry, R. (2016). *Personal tragedies , public crisis. Autistica*(pp. 1–12).
- 21- COELHO DE OLIVEIRA,G., VICENTE ROSA,,V., CARVALHO,W.,FALEIRO,E. Considerações da aplicação do método PECS em indivíduos com TEA. (v. 42, n. 3 (2015)). Retirado de: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/4129/2359>
- 22- Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s1/a07v28s1.pdf>

23- Rico-Moreno, J., & Tárraga-Mínguez, R. (2016). Systematic review on educational implications of ASD and ADHD comorbidity. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 32(3), 810-819. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.3.217031>

24- Disponível em <http://www.unaerp.br/documentos/2160-avaliacao-multidisciplinar-no-espectro-autista/file>

25- SG/SM/16633-OBV/1449. Employ “ Enormous potential” of people with autism, secretary-general urges in message for World Awareness Day. [periódico na internet] citado em Março de 2015. Disponível em : <http://www.un.org/press/en/2015/sgsm16633.doc.htm>