

Caracterização de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista atendidas em um hospital escola no Nordeste do Brasil

Characterization of children and adolescents with Autism Spectrum Disorder treated at a hospital school in northeastern Brazil

ABSTRACT

Purpose: To characterize from secondary data from medical records, clinical and demographic profile partner of children and adolescents with Autism Spectrum Disorder treated at a hospital school.

Methods: This is a descriptive study, cross-sectional based on secondary data from medical records. The research was developed in the Mental Health Department of Integrative Medicine Institute Prof. Fernando Figueira (IMIP). We collected secondary data provided of individuals medical records with the diagnosis of Autism Spectrum Disorder (ASD) attended by professionals from the Mental Health Service of IMIP.

Results: Through the availability of the professionals in the Mental Health Service of IMIP and its demand, we collect data from six patients diagnosed with Autistic Spectrum Disorder. The survey results showed a prevalence of diagnosis of ASD for males, verbal, as well as for the presence of brothers and age of diagnosis between 0 to 5 years old and found the presence of associated features that support the diagnosis.

Conclusion: In addition to the DSM-5 diagnostic criteria, It is extremely important and necessary, a more comprehensive and interdisciplinary study by the professionals about the symptoms presented by the patients. This attitude is very relevant, because in addition to produces benefits for patient follow-up, prevents the incidence of errors of incorrect diagnoses and treatments that can result in harm to the individual.

Key words: Autism Spectrum Disorder, Characteristics of diagnosis, Profile of patients.

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa¹,
Luciana Gomes Ferraz²,
Zenaide Rodrigues da Costa Melo França³

¹ Tutor do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde, Psicólogo do IMIP, Recife, PE, Brasil.

E-mail: leopoldopsi@gmail.com

² Estudante do 5º período do Curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, PE, Brasil. E-mail: lucianagomesferraz@gmail.com

³ Estudante do 5º período do Curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, PE, Brasil. Email: z_francisco16@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Caracterizar a partir de dados secundários de prontuários, o perfil clínico e sócio demográfico de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista atendidas em um hospital escola.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, tipo corte transversal baseado em dados secundários de prontuário. A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Saúde Mental do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira(IMIP). Foram coletados dados secundários disponibilizados de prontuários de indivíduos com o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) atendidos pelos profissionais do Serviço de Saúde Mental do IMIP.

Resultados: Mediante a disponibilidade dos profissionais do Serviço de Saúde Mental do IMIP e sua demanda, conseguimos coletar dados de 6 pacientes com diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista. Os resultados da pesquisa apontaram uma prevalência de diagnóstico do TEA para o sexo masculino, verbais, assim como também para presença de irmãos e idade do diagnóstico entre 0 a 5 anos de idade e verificou-se a presença de características associadas que apoiam o diagnóstico.

Conclusão: Além dos critérios de diagnósticos do DSM-5 é de extrema importância e necessidade uma investigação mais completa e interdisciplinar por meio dos profissionais diante dos sintomas apresentados pelos pacientes. Tal postura, é de fundamental relevância, pois além de produzir benefícios para o acompanhamento do paciente, evita a incidência de erros de diagnósticos e tratamentos inadequados que possam acarretar em prejuízo ao indivíduo.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista, Características do diagnóstico, Perfil dos paciente.

Introdução

A palavra autismo deriva do grego "autos", que significa "eu". *Eugen Bleuler* (1857-1939) cunhou ambos os termos esquizofrenia e autismo na Suíça. Assim, ele descreveu a retirada ativa de pacientes com esquizofrenia dentro de sua própria vida de fantasia em um esforço para lidar com as percepções e experiências externas intoleráveis. O uso do termo "autismo" no seu sentido atual teve início 30 anos depois, quando o pediatra austríaco *Hans Asperger* adotou a terminologia de *Bleuler* "autistic psychopaths" em uma carta que ele entregou no Hospital da Universidade de Vienna. *Asperger* posteriormente publicou a segunda tese de PhD em 1943, aonde ele descreve um grupo de crianças e adolescentes com déficits na comunicação, na interação social e também com padrões restritos e repetitivos de comportamentos¹⁸.

Ao mesmo tempo, em 1943, separados pela distância da Segunda Guerra Mundial e aparentemente sem ter consciência do trabalho um do outro, *Leo Kanner*, do Hospital da Universidade de Johns Hopkins nos Estados Unidos, descreveu "autistic disturbances of affective contact", para 11 crianças com comportamentos similares descritos por *Asperger*. A publicação de *Asperger* permaneceu desconhecida por muitos, até *Uta Frith* traduzi-la para o inglês. Posteriormente, surgiu um conhecimento gradual de que o autismo constitui um espectro, culminando na adoção desse termo no DSM-5¹⁸.

O significado do termo original de *Bleuler* e sua teoria associada com a esquizofrenia, combinada com teorias dominantes da psicanálise no meio do século XX, misturou o TEA no grupo de

transtornos psicóticos e infelizmente algumas dessas ideias sem crédito estão ainda sendo sustentadas.

Segundo o DSM-5, o transtorno do espectro autista é um transtorno não degenerativo, portanto, a aprendizagem e a compensação continuam ao longo da vida. Atualmente, está classificado como um transtorno do neurodesenvolvimento que é causado pelas diferenças de como o cérebro funciona e tem como características fundamentais alterações na comunicação e comportamento, as quais implicam nas interações sociais do indivíduo, cujos sintomas podem ser identificados já a partir do segundo ano de vida. Os sintomas podem prejudicar seriamente o funcionamento diário das pessoas com o TEA e impedir suas realizações educacionais e sociais de maneira independente. Porém, existem graus de gravidade que exigem suportes distintos ao longo da vida².

Mundialmente, as pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outros transtornos do neurodesenvolvimento representam um grupo vulnerável, frequentemente sujeitos a estigma e discriminação, incluindo privação injusta dos serviços de saúde e educação, e oportunidades de se envolver e participar em suas comunidades. O acesso a serviços e apoio às pessoas com transtornos do neurodesenvolvimento, muitas vezes ainda é inadequado, e as famílias dos afetados constantemente carregam cargas emocionais, econômicas e de cuidados².

Os transtornos do neurodesenvolvimento envolvem um grupo de condições com início na infância ou adolescência que se caracteriza pelo prejuízo ou atraso nas funções relacionadas com a maturação do sistema nervoso central³. Tais prejuízos podem afetar uma única área de desenvolvimento (por exemplo, transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem,

das habilidades escolares e/ou motora) ou várias (por exemplo, distúrbios do desenvolvimento difusos e deficiência intelectual). O transtorno do espectro autista está entre os transtornos citados pelo DSM-5, todavia existem outros, a saber: o transtorno do desenvolvimento intelectual; transtorno da linguagem; transtorno da fala; transtorno da fluência com início na infância; transtorno da comunicação social; transtorno da comunicação não especificado; transtorno de atenção/hiperatividade; outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado; transtorno específico de aprendizagem, transtornos motores; transtorno do movimento estereotipado; transtorno de tique; outros transtornos do neurodesenvolvimento (especificado/ não especificado)².

Especificamente em relação ao TEA, alguns fatores pré e perinatais específicos e fatores de riscos ambientais, como a elevada idade materna e paterna e

mutações genéticas específicas, foram identificados como associados ao transtorno. Não está claro o quanto esses fatores de risco podem desempenhar no aumento relatado da prevalência. Além disso, o guia do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica do Reino Unido publicado em 2011, aborda mais fatores de risco para o TEA, atentando para a presença de irmãos autistas; histórico parental de esquizofrenia; histórico parental de transtorno afetivo; histórico parental de outros transtornos mentais e comportamentais; idade maternal acima dos 40 anos; idade paternal acima dos 40 anos; peso médio no nascimento menor que 2500g; prematuridade abaixo de 35 semanas; ameaça de aborto menos que 20 semanas; residir em uma capital; residir no subúrbio da capital; e a passagem para cuidado intensivo neonatal¹³.

Entre as diversas mudanças e avanços científicos na compreensão do TEA, foi somente nos anos 80 que foi

reconhecido e diferenciado em relação a outras doenças. Essa grande mudança trouxe transformações a partir da criação da Classificação Internacional de Doenças (CID) ou The International Classification of Diseases (ICD), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde em 1893; e da criação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais ou Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), desenvolvida pela American Psychiatric Association (APA) em 1952 ¹⁴.

Todavia, foi a partir da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais que foi introduzida a expressão "transtorno global do desenvolvimento" para se referir ao grupo de transtornos do desenvolvimento definidos pelo comportamento que compartilham a sintomatologia do autismo clássico, descrito por Kanner, classificado como transtorno autista, tanto no DSM quanto no CID 10 (CID-10; WHO, 1992) ¹⁴.

Atualmente, essas duas fontes são os principais instrumentos que guiam os profissionais na detecção do TEA. Em Maio de 2013, o DSM-V foi lançado alterando o grupo de classificação do TEA e seus critérios de diagnósticos. De acordo com o relatório do secretariado da Organização Mundial de Saúde EB139/7 publicado em Abril de 2016, a elaboração da atualização da 11ª revisão do CID começou em 2007, ainda está em processo de desenvolvimento sendo construído por uma plataforma eletrônica. Os principais objetivos dessa atualização estão pautados em revisar os progressos atuais; descrever as questões sobre os aspectos da prática de classificação; e identificar questões ou problemas remanescentes⁵.

Considerando mais especificamente o avanço de políticas públicas, o TEA foi trazido para a atenção dos Estados-Membros e da Assembleia Geral das Nações Unidas, em Janeiro de 2008, quando a Assembleia Geral adotou a

resolução A/RES/62/139 que designa 2 de Abril de cada ano como o Dia Mundial de Consciência do Autismo, aumentando substancialmente a consciência internacional sobre o TEA a cada ano⁵.

Em dezembro de 2012, a Assembleia Geral aprovou por unanimidade uma resolução intitulada por responder às necessidades socioeconômicas de indivíduos, famílias e sociedades afetadas pelo TEA, distúrbios do desenvolvimento (DD) e incapacidades associadas (A/RES/67/82), que chama maior atenção dos Estados-Membros e das agências da ONU para o problema e reconhece a necessidade de abordagens inovadoras e integradas para a implementação de estudos, programas de intervenção viáveis, eficazes e sustentáveis⁵.

Em maio de 2013, a Diretoria Executiva 133 OMS adotou uma resolução intitulada como: Compreensivos e

Coordenados Esforços para a Gestão do Transtorno do Espectro Autista (TEA), que foi apoiada por mais de 60 países. A resolução EB133/4 impulsiona a Secretaria da OMS para colaborar com os Estados-Membros e agências parceiras na melhoria da vida das pessoas afetadas. Assim, tornou-se essencial para o alcance desse objetivo, o diálogo e os esforços coordenados por governos, especialistas, agências das Nações Unidas, a sociedade civil, incluindo as organizações não-governamentais, para identificar estratégias sustentáveis à prestação de serviços abrangentes e integradas de apoio, e sobretudo, à disseminação de informação em torno do espectro⁵.

No Brasil, em 8 de Agosto de 1983 foi fundada por três mães, a primeira organização brasileira, chamada Associação do Amigo Autista, a qual permanece em atividade até os dias atuais, criada no intuito de acolher, informar e capacitar famílias e profissionais com o

papel social e de pesquisa no estado e no país. Em 27 de Dezembro de 2012, o Congresso Nacional publicou a lei Nº 12.764, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Já mais especificamente no estado de Pernambuco, em 27 de Abril de 2015 foi publicada a lei Nº 15.487, que dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa com Transtorno do Espectro Autista no Estado de Pernambuco e dá outras providências.

O DSM-5, altera sua classificação anterior de Transtornos Globais do Desenvolvimento, aderindo a uma nova classificação para Transtornos do Neurodesenvolvimento, incluindo uma nova descrição e formato de apresentação dos critérios do diagnóstico considerados em itens A; B; C; D; E. Os critérios acerca da comunicação unem-se aos da interação social em um mesmo item (A). Já o que se refere aos padrões restritos e repetitivos de comportamento está inserido em outro item

(B). O item C condiz com os critérios acerca do período dos sintomas; o item D aborda brevemente o prejuízo dos sintomas; e o item E fala a respeito da deficiência intelectual conforme a nova classificação. O DSM-5 também eliminou a distinção no DSM-IV entre autismo, Síndrome de Rett, Síndrome de Asperger, Transtorno Desintegrativo da Infância, e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outra especificação, criando uma categoria única do TEA, caracterizada nas especificações já citadas acima.

Alguns dos sintomas do Transtorno do Espectro Autista, seguindo uma escala de sintomas leves a severos, se manifestam por meio de déficits na comunicação verbal e não verbal, como por exemplo, responder de maneira inapropriada em uma conversação, fazer leitura errada nas interações não verbais, ou apresentar dificuldade em construir relacionamentos apropriados para sua idade. Além disso, alguns sinais se apresentam nas habilidades

de aprendizagem, em comportamentos repetitivos e atividades de interesses comumente limitados. Os indivíduos incluídos no diagnóstico são dependentes de rotinas, altamente sensíveis a mudanças de seu ambiente, ou intensivamente focados em itens inadequados. Sendo assim, o espectro permite aos clínicos e especialistas uma avaliação pelas variações nos sintomas de comportamento de pessoa para pessoa¹.

Com o propósito que o diagnóstico seja realizado com êxito, é fundamental que o profissional tenha experiência no assunto e que seja um estudioso sobre comportamentos infantis de forma geral. Além dessas competências, ele precisa estar muito atento a história de vida do paciente que deve começar antes mesmo do nascimento. Para isso, deve-se, pesquisar como foi o período de gestação da mãe do autista, como foi realizado o pré-natal, se as ultrassons apresentaram anormalidades, como foi o desenvolvimento do feto, como foi a saúde materna durante a gestação e se

houve o uso de qualquer medicamento ou outra substância durante esse período. Pequenas alterações na fase de desenvolvimento do feto podem ocasionar consequências futuras no desenvolvimento da criança, por exemplo, o autismo⁷.

Crianças acometidas do TEA apresentam grandes dificuldades para ser diagnosticadas, uma vez que engloba várias doenças com quadros clínicos diferentes. Cerca de 70% das pessoas com o espectro autista podem ter um transtorno mental comórbido e 40% podem ter dois ou mais transtornos comórbidos²⁻⁴.

Crianças com TEA ainda podem apresentar comportamentos de automutilação (quando o transtorno é acompanhado do retardo mental), TDAH (desatenção, hiperatividade, impulsividade), transtorno opositor desafiante (agressividade), transtorno de ansiedade, transtorno depressivo, distúrbio

do sono, epilepsia, deficiência auditiva dentre outras patologias ⁶.

Vale salientar a necessidade de mais estudos para a compreensão das comorbidades existentes no TEA e a importância do trabalho interdisciplinar no diagnóstico e tratamento do transtorno, visando construir intervenções mais adequadas.

Recentes estimativas identificam uma prevalência média global de 62/10.000: uma criança em cada 160, é diagnosticada com TEA e incapacidade subsequente. É importante registrar, sobretudo, que esta estimativa representa um valor médio e a prevalência varia substancialmente entre os estudos. Alguns estudos bem controlados têm, no entanto, relatado taxas que são substancialmente mais elevadas ⁵.

Com base em estudos epidemiológicos realizados ao longo dos últimos 50 anos, a prevalência do TEA

demonstra um aumento em todo o mundo. Há muitas explicações possíveis para este aparente aumento na prevalência, incluindo a melhoria da consciência, a expansão dos critérios de diagnóstico, melhores ferramentas de diagnóstico, o intercâmbio da informação e até mesmo um aumento de diagnósticos precipitados⁹⁻²⁶.

O plano de ação de saúde mental, Comprehensive 2013-2020, que foi desenvolvido pela OMS, em consulta com os Estados-Membros e aprovada pela Assembleia Mundial de Saúde em Maio de 2013, articula a necessidade urgente de reforçar os esforços para resolver a lacuna de tratamento para transtornos mentais e neurológicos, além de traçar estratégias e metas para ações em vários países ⁵.

A partir da necessidade de tratamentos que visam a melhoria de vida das pessoas afetadas pelo TEA, o objetivo deste estudo é caracterizar uma demanda de atendimentos e encaminhamentos de

pacientes do Serviço de Saúde Mental do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, com o diagnóstico de TEA para conhecer melhor essa população e identificar as principais demandas clínicas e psicológicas com o propósito em

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, tipo corte transversal baseado em dados secundários de prontuário. A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Saúde Mental do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), situado na cidade do Recife do estado de Pernambuco. O estudo transcorreu do mês de Agosto de 2015 ao mês de Setembro de 2016 e o período da coleta de março a abril de 2016. A pesquisa de campo foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa vide número do CAAE: 51082015.8.0000.5569, a qual teve duração de 5 meses e foi realizada de março de 2016 a julho de 2016.

aprofundar o conhecimento acerca dessa população, incentivar o acesso as informações e melhorias futuras nas intervenções da equipe para melhor atender a essa população.

Assim, foram coletados dados secundários disponibilizados de prontuário de crianças e adolescentes com o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) atendidas pelos profissionais do Serviço de Saúde Mental do IMIP (Psicólogos e Psiquiatras) que disponibilizaram os dados e participaram colaborando com a pesquisa no período da coleta de dados. Portanto, os profissionais do Serviço de Saúde Mental do IMIP foram contatados individualmente para preencher a ficha de coleta de dados de pacientes em atendimento.

Após a ficha ter sido elaborada, os prontuários solicitados foram lidos em sala

do próprio serviço de saúde mental. Assim, a ficha de coleta teve a função de *checklist* para a busca de informações nos prontuários. As informações foram detalhadamente classificadas e catalogadas para a elaboração de um banco de dados no Excel, digitado com dupla entrada para comparação e análise de dados.

A ficha de coleta foi composta por 23 perguntas explorando informações que concernem o histórico do paciente, sobre a família, tratamento e diagnóstico. Sendo assim, as informações verificadas sobre o paciente foram: sexo, idade atual, escolaridade, principal cuidador, e se o paciente é verbal ou não verbal. Quanto ao diagnóstico as informações verificadas foram: idade do diagnóstico; se a criança ou adolescente apresenta alguma alteração sensorial; antes do diagnóstico quais sintomas foram observados (ausência do contato visual, não ouvir quando é chamado (a), ausência de interação com os demais, movimentos repetitivos e estereotipados,

intolerância à ordens e regras, intolerância ao toque, ausência do desenvolvimento da linguagem, auto agressão, apresentação de interesse específico em algo, dificuldade na associação de imagens e objetos, déficit intelectual, habilidades excepcionais ou inteligência acima da sua idade média, presença de olhar vago e desconectado, e por fim, dificuldade para atender um comando) e quais as alterações comportamentais descritas no momento do diagnóstico. Quanto ao tratamento, as questões verificadas foram: se o paciente recebe cuidados de uma equipe multidisciplinar em seu tratamento, se há tratamento psiquiátrico, se há tratamento psicológico, com que frequência o acompanhado ocorre no IMIP, se há uso de medicação e se é de conhecimento que o paciente tenha apresentado alguma alteração neurológica. Quanto a família, as informações verificadas foram: se o paciente têm irmãos, se há outro caso de autismo na família, se há presença de

transtornos mentais na família, se a mãe do paciente apresenta algum transtorno mental, se a mãe apresentou alterações hormonais anterior ou durante a gestação, se a mãe fez uso de medicação referente as alterações hormonais e qual medicação e se a mãe do paciente enfrentou algum tratamento de câncer anterior ou posterior a gestação.

Resultados e Discussão

Os resultados do estudo foram compostos pela junção da aquisição de informações fundamentadas por reconhecidas instituições nacionais e internacionais acerca do tema, pela disponibilidade e participação dos profissionais acompanhantes do paciente e pela obtenção e análise das informações secundárias emitidas pelos profissionais na ficha de coleta conforme o prontuário do paciente. Assim sendo, mediante a disponibilidade dos profissionais do Serviço de Saúde Mental do IMIP e sua demanda, ambos, conseguimos coletar

Contudo, o benefício esperado da pesquisa incide em colaborar para as pesquisas futuras acerca do tema e a partir dos resultados discutir a respeito da necessidade de um diagnóstico assertivo, cauteloso e sobre a implantação de serviços especializados e efetivos para o tratamento de crianças e adolescentes com o TEA.

dados de 6 pacientes com diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista.

Os resultados do paciente 1 consistem em sexo masculino, sendo ele não verbal, com 7 anos de idade e diagnosticado no Transtorno do Espectro Autista entre 0 a 5 anos de idade. Frequenta o ensino fundamental em uma escola regular e privada, possui 1 irmão (a) gêmeo (a), com a mãe sendo sua principal cuidadora e tendo sido ela diagnosticada com depressão materna, mas não havendo nenhum outro caso de autismo na família. Antes do diagnóstico os sintomas

observados foram: ausência de contato visual; não ouvir quando era chamado; ausência de interação com os demais; movimentos repetitivos e estereotipados; intolerância ao toque; ausência do desenvolvimento da linguagem; dificuldade na associação de imagens e objetos; olhar vago e desconectado para o que acontece ao seu redor; e dificuldade para atender um comando. O paciente 1 é acompanhado por uma equipe multidisciplinar envolvendo profissionais de neurologia, fonoaudiologia, endocrinologia e psicologia. O acompanhamento com o psicólogo é realizado pela psicoterapia de orientação psicanalítica, semanalmente. O paciente não tem tratamento psiquiátrico, porém por indicação do neurologista faz uso de Fluoxetina e Risperidona. Ainda, não é de conhecimento dos profissionais envolvidos, informações se houve algum tratamento de câncer anterior ou posterior a gestação, se a mãe apresentou alguma alteração hormonal durante e anterior a

gestação e se o paciente apresenta alguma alteração no funcionamento cerebral.

Os resultados do paciente 2 consistem em sexo masculino, sendo ele verbal, com 10 anos de idade e diagnosticado no Transtorno do Espectro Autista entre 0 a 5 anos de idade. Frequenta o ensino fundamental em uma escola (ausência de informação sobre o tipo de escola), possui 1 irmão (a), sendo a mãe sua principal cuidadora. Não consta a presença de diagnóstico de transtorno mental na mãe e na família. Os sintomas observados antes do diagnóstico não foram disponibilizados. O paciente 2 recebe acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, porém não foi disponibilizado as informações dos profissionais que compõe essa equipe. O paciente 2 é verbal, possui um acompanhamento mensal no Serviço de Saúde Mental do IMIP de psiquiatras e psicólogos. Todavia, as informações sobre o tipo de tratamento psicológico e a medicação não foram disponibilizados,

portanto, nada consta nos resultados. Ainda, não é de conhecimento dos profissionais envolvidos, informações se houve algum tratamento de câncer anterior ou posterior a gestação, se a mãe apresentou alguma alteração hormonal durante e anterior a gestação e se o paciente apresenta alguma alteração no funcionamento cerebral.

Os resultados do paciente 3 consistem em sexo masculino, sendo ele não verbal, com 18 anos de idade e diagnosticado no Transtorno do Espectro Autista entre 6 a 10 anos de idade. Frequenta o ensino fundamental em uma escola especial, possui 2 irmãos (a), com sua mãe sendo sua principal cuidadora, a qual não apresenta qualquer transtorno mental. Não há outro diagnóstico de autismo na família, porém há a presença de déficit intelectual e esquizofrenia. Antes do diagnóstico os sintomas observados foram: ausência do contato visual; ausência de interação com os demais; movimentos repetitivos e estereotipados; ausência do

desenvolvimento da linguagem; interesse específico por algo; dificuldade na associação de imagens e objetos; déficit intelectual; olhar vago, desconectado para o que acontece ao seu redor; dificuldade para atender um comando; e apresenta alterações sensoriais. O paciente 3 não possui uma equipe multidisciplinar, não possui um acompanhamento psicológico. Há mensalmente tratamento psiquiátrico por distúrbio comportamental e acentuada agitação psicomotora. O paciente 3 faz uso de Risperidona e Biferideno. Ainda, não é de conhecimento dos profissionais envolvidos, informações se houve algum tratamento de câncer anterior ou posterior a gestação e se a mãe apresentou alguma alteração hormonal durante e anterior a gestação. É de conhecimento alteração no funcionamento cerebral do paciente 3, que consiste em maior relação córtico-subcortical e alargamento discreto de ventrículos.

Os resultados do paciente 4 consistem em sexo feminino, sendo ela verbal, com 10 anos de idade e diagnosticada no Transtorno do Espectro Autista entre 0 a 5 anos. Foi adotada, frequenta o ensino fundamental em escola pública, não possui irmãos (a), não sendo nem sua mãe e nem seu pai seus principais cuidadores. Não é de conhecimento se há outro diagnóstico de autismo na família até mesmo de transtornos mentais. Os sintomas observados antes do diagnóstico foram: movimentos repetitivos e estereotipados; intolerância a ordens e regras; ausência do desenvolvimento da linguagem; auto agressão; déficit intelectual; e dificuldade no controle de seus impulsos. O paciente 4 possui um tratamento com uma equipe multidisciplinar, porém nos resultados não constaram informações por quais profissionais essa equipe é composta. Há semanalmente tratamento psiquiátrico e psicológico pelo CAPSI e também há uso de medicação, todavia o nome da

medicação não foi informado. Ainda, não é de conhecimento dos profissionais envolvidos, informações se houve algum tratamento de câncer anterior ou posterior a gestação, se a mãe apresentou alguma alteração hormonal durante e anterior a gestação e se o paciente apresenta alguma alteração no funcionamento cerebral.

Os resultados do paciente 5 consistem em sexo feminino, sendo ela verbal, com 28 anos de idade, diagnosticada no Transtorno do Espectro Autista entre 11 e 20 anos de idade. Frequenta ensino fundamental em uma escola (ausência de informação sobre o tipo de escola), possui 2 irmãos (a), com sua mãe e seu pai sendo seus principais cuidadores. Não há outro caso de autismo na família, a mãe não apresenta qualquer transtorno mental, porém não é de conhecimento se há algum outro transtorno mental na família. Os sintomas observados antes do diagnóstico foram: ausência do contato visual; ausência de interação com os demais; intolerância a

ordens e regras; interesse específico por algo; dificuldade na associação de imagens e objetos; dificuldade no controle de seus impulsos; e dificuldade para atender a um comando. O paciente 5 recebe cuidados de uma equipe multidisciplinar, porém nos resultados não constaram informações por quais profissionais essa equipe é composta. Não há tratamento psicológico. Há semanalmente ou mensalmente tratamento psiquiátrico por distúrbio comportamental. Há uso de medicação, as quais são Risperidona e Biferideno. Ainda, não é de conhecimento dos profissionais envolvidos, informações se houve algum tratamento de câncer anterior ou posterior a gestação, se a mãe apresentou alguma alteração hormonal durante e anterior a gestação e se o paciente apresenta alguma alteração no funcionamento cerebral.

Os resultados do paciente 6 consistem em sexo masculino, sendo ele verbal, com 11 anos de idade e diagnosticado no Transtorno do Espectro

Autista entre 0 a 5 anos de idade. Frequenta o ensino fundamental em escola pública, possui 1 irmão (a), sendo a mãe sua principal cuidadora. Não consta a presença de diagnóstico de transtorno mental na mãe e na família, assim como também não consta a presença de outro diagnóstico de autismo na família. Os sintomas observados antes do diagnóstico foram: ausência do contato visual; ausência de interação com os demais; interesse específico por algo; olhar vago, desconectado para o que acontece ao seu redor; dificuldade para atender um comando; agressividade; e acentuada agitação psicomotora. O paciente 6 possui acompanhamento com uma equipe multidisciplinar, porém nos resultados não constaram informações por quais profissionais essa equipe é composta. Há tratamento psicológico de abordagem clínica. Há tratamento psiquiátrico por distúrbio comportamental e o acompanhamento é realizado mensalmente. Há uso de medicação, as quais são

Aripiprazol e Memantina. Ainda, não é de conhecimento dos profissionais envolvidos, informações se houve algum tratamento de câncer anterior ou posterior a gestação, se a mãe apresentou alguma alteração hormonal durante e anterior a gestação e se o paciente apresenta alguma alteração no funcionamento cerebral.

Os resultados da pesquisa apontaram uma prevalência de diagnóstico do TEA para o sexo masculino, verbais, assim como também para presença de irmãos e idade do diagnóstico entre 0 a 5 anos. Em relação a escolaridade, observou-se uma prevalência positiva com variação entre escola pública, privada e especial, assim também observou-se prevalência em relação ao principal cuidador com uma variação entre mãe, pai ou outros.

No que se refere a existência de outro caso de autismo na família, a prevalência foi negativa, todavia, já em relação a presença de transtornos mentais na

família, foram computados apenas dois casos, ambos de pacientes não verbais.

Não foi identificada uma prevalência de transtorno mental na mãe e não houveram casos de tratamento de câncer anterior ou posterior a gestação. Em relação a presença de alteração hormonal anterior ou durante a gestação, os profissionais envolvidos na coleta de dados não souberam informar.

Observou-se prevalência quanto ao tratamento psiquiátrico por distúrbio comportamental e também houve prevalência de tratamento psicológico com uma variação entre psicologia clínica e psicoterapia de orientação psicanalítica, todavia, observou-se a ausência de atendimento psicológico baseado no Applied Behavior Analysis (ABA)¹⁰.

As medicações presentes nos resultados foram a Risperidona, Biperideno, Memantina, Aripiprazol e Fluoxetina, sempre uma medicação

acompanhada de outra com prevalência para Risperidona, medicamento antipsicótico, utilizado frequentemente nos atendimentos, constatou-se uma variação entre semanalmente ou mensalmente.

Ainda no presente estudo observou-se uma associação entre déficit intelectual, ausência do desenvolvimento da linguagem, alterações sensoriais, agitação psicomotora, maior relação cortico-subcortical e alargamento discreto de ventrículos.

Identificou-se também, uma associação entre déficit intelectual, agressividade, dificuldade no controle dos impulsos, movimentos repetitivos e estereotipados, intolerância a ordens e regras e auto agressão.

Quanto a prevalência de sintomas nos pacientes, observou-se a ausência do contato visual, ausência de interação com os demais, a presença de movimentos repetitivos e estereotipados, o atraso no

tratamentos de psicoses delirantes e esquizofrenia. Em relação a frequência do desenvolvimento da linguagem, interesse específico em algo, dificuldade na associação de imagens e objetos e também dificuldade para atender um comando.

Observou-se também que os resultados do presente estudo demonstraram concordância com as informações contidas na Tabela 1, a qual consiste em uma reprodução da tabela 2 do DSM-5 referente aos especificadores de gravidade para o TEA.

Neste estudo, verificou-se a presença de características associadas que apoiam o diagnóstico como aborda o DSM-5, comprovando assim a relevância de que muitos indivíduos com Transtorno do Espectro Autista também apresentam comprometimento intelectual e /ou da linguagem, sabendo que a discrepância entre habilidades intelectuais e funcionais

adaptativas costuma ser grande, capacidade, independentemente do perfil apresentando um perfil irregular de intelectual.

Tabela 1 – Reprodução da tabela 2 do DSM-5 sobre os níveis de gravidade do TEA

Níveis de gravidade para transtorno do espectro autista		
Nível de gravidade	Comunicação Social	Comportamentos restritos e repetitivos
Nível 3 Exigindo apoio muito substancial	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma resposta com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos /repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento /dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 2 Exigindo apoio substancial	Déficits graves nas habilidades de comunicação verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade de comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos /repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e /ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
Nível 1 Exigindo apoio	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

O indivíduo com TEA também pode apresentar déficits motores anormais, incluindo marcha atípica, falta de coordenação e outros sintomas motores anormais²⁻²⁶. Assim como descreve o DSM-5, foi possível identificar em alguns indivíduos, a associação entre auto agressão e comportamentos disruptivos.

Considerações Finais

Em anos recentes, a prevalência relatada do Transtorno do Espectro Autista nos Estados Unidos e em outros países atingiu 1% da população². Entretanto, ainda não está claro a causa da expansão dessa taxa, abrindo um leque para as possibilidades, por exemplo, maior conscientização, diferenças na metodologia dos estudos, aumento real na frequência do diagnóstico ou uma “superdiagnósticação” sem parâmetros rigorosos de diagnósticos¹¹.

Além disso, outras condições comórbidas do neurodesenvolvimento,

mentais ou comportamentais também devem ser observadas criteriosamente, essas podem ser: transtorno de déficit de atenção /hiperatividade; transtorno do desenvolvimento da coordenação; transtorno do comportamento disruptivo; do controle do impulso ou da conduta; transtorno de ansiedade; depressivo ou bipolar; transtorno de Tourette; autolesão; alimentação; e do sono. Ademais, é sempre importante observar associado ao TEA alguma condição genética e história de exposição ambiental²³.

Considerando os resultados obtidos neste estudo, os últimos estudos aqui citados nas referências e que cerca de 70% das pessoas com Transtorno do Espectro Autista podem ter um transtorno mental comórbido, e 40% podem ter dois ou mais transtornos mentais comórbidos, constata-se que além dos critérios de diagnósticos do DSM-5 é de extrema importância e necessidade uma investigação mais

completa e interdisciplinar por meio dos profissionais diante dos sintomas apresentados pelos pacientes². Tal postura, é de fundamental relevância, pois evita a incidência de erros de diagnósticos e tratamentos inadequados que possam acarretar em prejuízo ao indivíduo.

É importante destacar a necessidade de mais aprofundamento sobre o assunto e maior conscientização por parte dos profissionais envolvidos que o tratamento para o Transtorno do Espectro Autista consiste na união da formação dos profissionais¹¹.

O paciente suspeito ou diagnosticado com TEA não pode ter um acompanhamento que não seja composto pelo entrelaçar da atuação de tais profissionais no que concerne a investigação de todos os sintomas que o paciente possa apresentar e assim também como seu histórico tanto clínico quanto ambiental. Portanto, podemos afirmar que

do diagnóstico ao tratamento do TEA, é essencial, além do atendimento especializado, a atuação interdisciplinar, sem grau de hierarquia, dos profissionais especialistas em: neurologia, psicologia, pediatria, endocrinologia, fisioterapia, psiquiatria, fonoaudiologia, pedagogia e terapia ocupacional.

O estudo também verificou a ausência de um setor direcionado, ou seja, especializado em atendimento para esse grupo. Tendo como relevância o aumento significativo da prevalência em escala global, o incentivo de pesquisas acerca do tema e as descobertas no campo da neurociência, assim como as diversas características que englobam o diagnóstico completo do TEA, é fundamental pontuar neste estudo a necessidade de uma equipe interdisciplinar no tratamento desse grupo, considerando a importância de um espaço físico especial e atendimento especializado, no qual se possibilite aplicação de

tratamentos com comprovação científica de sua eficácia, além de terapias alternativas visando o bem-estar do paciente.

Como já citado, há uma gama de profissionais necessários no tratamento do TEA que envolve psicólogo, fonoaudiólogo, psiquiatra, fisioterapeuta, neurologista, endocrinologista, pediatra, terapeuta ocupacional e pedagogo. Entretanto, o estudo apontou a falta de interdisciplinar e a ausência de comunicação com alguns profissionais que deveriam estar presentes na construção do tratamento e no intercâmbio da comunicação.

Compreende-se que o diagnóstico quando bem feito e completo de informações serão mais fidedignos e possibilitarão um tratamento de melhor qualidade. Portanto, a implementação de um tratamento em espaço especializado com uma comunicação dinâmica, interdisciplinar, entre os profissionais,

torna-se uma ferramenta necessária, fundamental, indispensável e produtiva tanto para o tratamento adequado do paciente, quanto para a sociedade, instituição e seus profissionais.

Referências

1. American Psychiatric Publishing. Autism Spectrum Disorder. [Periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2014 nov 12]; [aproximadamente 2p.]. Disponível em: <http://www.dsm5.org/Documents/Autism%20Spectrum%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-V. 5th ed. Washington DC: APA; 2013.
3. Bear FM, Connors WB, Paradiso AM. Neuroscience Exploring the Brain. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
4. Belardinelli C, Raza M, Taneli T. Comorbid Behavioral Problems and Psychiatric Disorders in Autism Spectrum Disorders; 2016.
5. World Health Organization. Autism spectrum disorders & other developmental disorders: from raising awareness to building capacity. Met Rep. [periódico na Internet]. 2013 Sep. [acesso em 2014 Oct 20]; [aproximadamente 40 p.]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/1066>

[5/103312/1/9789241506618_eng.pdf?ua=1](http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6103.pdf)

6. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of Autism Spectrum Disorders: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008. MMWR. [periódico na Internet]. 2012 Mar 30 [acesso em 2014 Oct 20]; 61 (3): 1-24. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6103.pdf>
7. Paula CS, Fombonne E, Gadia C, Tuchman R, Rosanoff M. Autism in Brazil: Perspectives from Science and Society. Rev Assoc Med Bras.[periódico na Internet]. 2011. [acesso em 2014 Aug 17]; 57 (1): 2-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n1/v57n1a02.pdf>
8. Mello AMSR, Andrade MA, Ho HC, Souza ID. Retratos do Autismo no Brasil. AMA. [periódico na Internet]. 2013 Oct. [acesso em 2014 Oct 20]; 1st ed: 1-106. Disponível em: <http://www.autismo.org.br/site/images/Downloads/RetratoDoAutismo-20131001.pdf>.
9. Maenner JM, Rice EC, Arneson LC, Christopher C, Schieve AL, Carpenter AL, Braun NVK, Kirby SR, Bakian VA, Durkin SM. Potential Impact of DSM-5 Criteria on Autism Spectrum Disorder Prevalence Estimates. NIH [periódico na Internet]. Mar 2014. [acesso em 2015 Feb 24]; 71 (3): [aproximadamente 18 p.]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4041577/pdf/nihms576691.pdf>
10. Behavior Analyst Certification Board. Applied Behavior Analysis Treatment of Autism Spectrum Disorder: Practice Guidelines for Healthcare Funders and Managers. 2nd ed. Littleton: BACB; 2014.
11. Canadian Alliance of Autism Spectrum Disorders Alliance. Autism in Canada: National Needs Assessment Survey For Families, Adults with ASD and Professionals Report. [periódico na Internet]. Aug 2014.[acesso em 2015 Mar 17]. Disponível em: <http://www.asdalliance.org/English/pdf/NationalNeedsAssessmentSurveyJan30.pdf>
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. 4th ed. Washington DC: APA; 1994.
13. Tuchman R, Rapin I. Autismo: abordagem neurobiológica. Porto Alegre: Artmed; 2009.
14. Silva ABB, Gaiato MB, Reveles LT. Mundo Singular: entenda o autismo. Rio de Janeiro: Fontanar; 2012.
15. World Health Organization. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th rev. Geneva: WHO Press; 2010.
16. Dumas JE. Psicopatologia da Infância e da Adolescência: Transtornos Invasivos de Desenvolvimento. Porto Alegre: Artmed; 2011.

17. Kolb B, Whishaw QI. Neurociência do Comportamento. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2002.
18. Frith U. Autism: Explaining the Enigma. 2ª ed. United Kingdom: Blackwell Publishing; 2003.
19. Tager-Flusberg H. Risk Factors Associated With Language in Autism Spectrum Disorder: Clues to Underlying Mechanisms. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*; 2015.
20. Robinson C, Neale B, Hyman S, Robinson E. Genetic research in autism spectrum disorders. *Current Opinion in Pediatrics*; 2015.
21. Oberman, Lindsay M., Peter G. Enticott, Manuel F. Casanova, Alexander Rotenberg, Alvaro Pascual-Leone, James T. McCracken. Transcranial magnetic stimulation (TMS) therapy for autism: an international consensus conference held in conjunction with the international meeting for autism research on May 13th and 14th, 2014. *Frontiers in Human Neuroscience*; 2015.
22. Sandin S, Lichtenstein P, Kuja-Halkola R, Larsson H, Hultman C, Reichenberg A. The Familial Risk of Autism. *JAMA: the journal of the American Medical Association*; 2014.
23. Bears K, Johnson C, Smith T, Lecavalier L, Swiezy N, Aman M, Mcadam D, Butter E, Stillitano Charmaine, Minshawi Noha, Sukhodolsky Denis G, Mruzek Daniel W, Turner Kylan, Neal Tiffany, Hallett Victoria, Mulick James, Green Bryson, Handen Benjamin, Deng Yanhong, Dziura James, Scahill Lawrence. Effect of Parent Training vs Parent Education on Behavioral Problems in Children with Autism Spectrum Disorder. *JAMA: the journal of the American Medical Association*; 2015.
24. Robins D, Fein D, Barton M. Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up. 2009.
25. World Health Organization. Autism spectrum disorders & other developmental disorders; Geneva, Switzerland; 2013.
26. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Community Report on Autism. From the Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network; 2016.