



O PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS

DOI: 10.22289/2446-922X.V8N1A17

Raphaela Montalvão **Morais**¹
Giovanna Furini **Lazaretti**
Sandra Sayuri Nakamura de **Vasconcelos**
Constanza **Pujals**

RESUMO

As características multifatoriais que envolvem o TEA fazem desse um transtorno muito complexo e, em função disso, é necessário que as equipes interdisciplinares, compostas por diversos profissionais de várias áreas junto aos responsáveis das crianças com TEA, estejam coordenados para que a detecção, o diagnóstico e a intervenção sejam realizados prontamente. Deste modo, o estudo teve como objetivo analisar o processo que os profissionais (médicos, psicólogos, terapeutas, dentre outros) e a família percorrem para realizar o rastreamento, detecção e diagnóstico do TEA. O estudo foi feito por meio de análise qualitativa de dados, a partir de entrevistas previamente estruturadas, efetuadas junto aos profissionais. A partir dos resultados, observou-se que muitos participantes ainda carecem de informações acerca do quadro clínico e terapêutico do TEA. Dentro dos próprios núcleos familiares, foi comum a divergência de opinião sobre o TEA. Além disso, percebeu-se que o luto que muitos pais apresentam frente ao diagnóstico está fortemente ligado ao medo do desconhecido e do julgamento de seus familiares e amigos, além da ideia de frustração acerca das expectativas projetadas no filho. Outrossim, a falta de um protocolo bem estabelecido no processo de investigação diagnóstica ainda é uma importante causa de diagnóstico tardio, gerando atraso nos estímulos multidisciplinares e no desenvolvimento dos pacientes. Por esta razão, é imprescindível que haja uma padronização neste processo, haja vista ainda haver muitas divergências em relação aos fatores analisados, como os sinais de alarme, idade ideal para fechar o diagnóstico, exames e testes a serem solicitados.

291

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Diagnóstico; Detecção.

THE PROCESS OF DIAGNOSING AUTISM SPECTRUM DISORDER FROM DIFFERENT PERSPECTIVES

ABSTRACT

The multifactorial characteristics that involve ASD make this disorder very complex, therefore it is necessary that interdisciplinary teams composed of different professionals from different areas, together with those responsible for children with ASD, are coordinated so that detection, diagnosis and intervention are carried out promptly. Thus, the study aims to analyze the diagnostic process that professionals (doctors, psychologists, therapists, among others) and the family go through to

¹ Endereço eletrônico de contato: raphaela_morais@hotmail.com

Recebido em 24/10/2021. Aprovado pelo conselho editorial para publicação em 30/03/2022.



perform the screening, detection and diagnosis of ASD. It was performed by qualitative data analysis from previously structured interviews carried out with professionals. Based on the results, we observed that many participants still lack information about the clinical and therapeutic status of ASD. Within the family, the divergence of opinion about the ASD is common. In addition, it is clear that the grief that many parents experience in the face of the diagnosis is strongly linked to the fear of the unknown and the judgment of their family and friends, in addition to the idea of frustrating the expectations projected on the child. Furthermore, the lack of a well-established protocol in the diagnostic investigation process is still an important cause of late diagnosis with delay in multidisciplinary stimuli, causing delay in the development of patients. For this reason, it is essential that there is a standardization in this process, given that there is still a lot of divergence in relation to the factors analyzed, such as alarm signs, ideal age to complete the diagnosis, exams and tests to be requested.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Diagnostic; Detection.

EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA SEGÚN VERTIENTES DIFERENTES

RESUMEN

Las características multifactoriales que implican los TEA hacen que este trastorno sea muy complejo, por lo que es necesario que equipos interdisciplinarios compuestos por diferentes profesionales de diferentes áreas, junto con los responsables de niños con TEA, se coordinen para que la detección, el diagnóstico y la intervención se lleven a cabo con prontitud. Así, el estudio tiene como objetivo analizar el proceso diagnóstico que atraviesan los profesionales (médicos, psicólogos, terapeutas, entre otros) y la familia para realizar el cribado, detección y diagnóstico de TEA. Se realizó mediante análisis de datos cualitativos a partir de entrevistas previamente estructuradas realizadas con profesionales. Con base en los resultados, observamos que muchos participantes aún carecen de información sobre el estado clínico y terapéutico de los TEA. Dentro de los núcleos familiares, la divergencia de opiniones sobre los TEA es común. Además, es claro que el dolor que experimentan muchos padres ante el diagnóstico está fuertemente ligado al miedo a lo desconocido y al juicio de sus familiares y amigos, además de la idea de frustrar las expectativas proyectadas sobre el niño. Además, la falta de un protocolo bien establecido en el proceso de investigación diagnóstica sigue siendo una causa importante de diagnóstico tardío con retraso en los estímulos multidisciplinarios, lo que provoca retraso en el desarrollo de los pacientes. Por tal motivo, es fundamental que exista una estandarización en este proceso, dado que aún existe mucha divergencia en relación a los factores analizados, tales como signos de alarma, edad ideal para completar el diagnóstico, exámenes y pruebas a solicitar.

292

Palabras clave: Trastorno del espectro autista; Diagnóstico; Detección.

1 INTRODUÇÃO

No ano de 2013, foi atualizada e publicada pela American Psychiatric Association (APA) a 5ª versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Com isso, várias classificações de transtornos mentais foram revisadas, entre elas o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Essa atual classificação do TEA, segundo Reis, Neder, Moraes e Oliveira (2019), abrange



algumas categorias que antes, pelo DSM-IV, eram classificadas como transtornos invasivos do desenvolvimento (TID) e a modificação se deu a partir disso, ou seja, o que antes era TID agora tornou-se um único diagnóstico denominado TEA.

Os TEAs compreendem uma ampla gama de complexos transtornos do neurodesenvolvimento que se iniciam na infância e duram toda a vida, apresentando como sintoma comum a falta de afeição na reciprocidade social, o déficit na comunicação verbal e não verbal, a presença de padrões repetitivos e restritivos do comportamento, entre outros (Christensen et al., 2016). No entanto, no que se refere a sintomas e gravidade, considera-se que o TEA pode variar amplamente.

A nível mundial, segundo a Organização Mundial da Saúde, estima-se que uma em cada 160 crianças apresenta TEA (Júnior, 2017). De acordo com Reis *et al.* (2019), diversos estudos apresentam dados que mostram que, nas últimas décadas, a prevalência desse transtorno vem aumentando, atingindo 1-2% das crianças (Baio et al., 2014; Graf, Miller, Epstein, & Rapin, 2017). Por muito tempo, o termo “autismo” foi utilizado para descrever diferentes sintomas referentes a outros transtornos mentais, gerando um problema de definição, o que colaborou para a dificuldade de realizar diagnósticos precisos e, conseqüentemente, para o subdiagnóstico (Jendrieck, 2014).

Apesar de serem identificados alguns sintomas deste transtorno, não existe nenhuma avaliação biológica que diagnostique o TEA, e o procedimento aceito é a realização do diagnóstico clínico baseado em critérios consensuais no âmbito científico internacional (Martínez & Montero, 2013). Às vezes, é possível detectar sinais de TEA aos 18 meses de idade ou ainda antes. Na idade de 2 anos, o diagnóstico realizado por um profissional com experiência pode ser considerado muito fiável. Contudo, muitas crianças não recebem um diagnóstico final ou recebem a confirmação desse diagnóstico somente em idades avançadas (Graf et al., 2017). Esse atraso significa que é possível que crianças com TEA podem estar sendo negligenciadas quanto ao diagnóstico, tratamento e condutas de desenvolvimento adequados. Segundo Mendizábal (2001) e Graf *et al.* (2017), um dos fatores centrais que interferem na dificuldade de detecção das pessoas com TEA é o desconhecimento que existe sobre estes transtornos, assim como a falta de consenso entre os profissionais a respeito do espectro autista que perdurou por um longo período, além do comum atraso na busca de avaliação pelos responsáveis na investigação (Jendrieck, 2014).

O TEA, segundo Rivera (2007), se refere a transtornos de base orgânica que ainda estão sendo determinados, além de apresentarem diversas causas biológicas as quais alteram conjuntamente o desenvolvimento de vários processos psicológicos e de características individuais. Por esta razão, essas alterações manifestam-se de formas muito heterogêneas (Harris, 2016). Assim, a ausência atual de marcadores biológicos claros no TEA obriga a definir comportamentalmente (pela descrição e observação dos comportamentos da criança) um transtorno muito heterogêneo, o que dificulta não somente o diagnóstico, mas também a verdadeira



compreensão do transtorno e dos processos psicológicos alterados de base (Reis et al., 2019). Algumas dessas dificuldades podem prejudicar a detecção precoce, uma vez que os profissionais envolvidos na prevenção podem não estar qualificados para essa tarefa e/ou não proceder ao encaminhamento das famílias aos especialistas no momento de sinais de alerta. Outros exemplos a serem considerados são a utilização de diversas metodologias pelos profissionais, dificultando a comunicação entre as áreas, a existência de poucos instrumentos específicos de detecção em idades precoces, ou seja, inferior a 18 meses ou, ainda, as diferentes formas de manifestação do TEA, que podem levar a confusões (Graf et al., 2017; Mendizábal, 2001).

No processo de avaliação, entre os instrumentos mais utilizados para o diagnóstico com o fim de uma melhor detecção do TEA podem ser citados, segundo Fuentes, Malloy-Diniz, Camargo e Cosenza (2014), o *Children Autism Rating Scale* (CARS) e *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS), que avaliam crianças de 16 a 35 meses; o *Checklist of Autism in Toddlers* (CHAT); o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT); o *Autism Diagnostic Interview* (ADI); o *Autism Behavior Checklist* (ABC); e o *Autism Screening Questionnaire* (ASQ).

A necessidade de uma detecção precoce do TEA é uma vantagem para se iniciar um programa de tratamento em todos os ambientes nos quais a criança está inserida, visto que esta ação traz melhores resultados referentes ao prognóstico dos sintomas autísticos, das habilidades cognitivas e da adaptação funcional ao seu entorno (Volkmar et al., 2014; Zwaigenbaum et al., 2015). O diagnóstico precoce possibilita alcançar resultados mais promissores com o início das intervenções terapêuticas, visto que o período de maior desenvolvimento cerebral se encontra nos primeiros anos de vida (De Castro Vieira, 2020). Por isso, detectar o TEA na criança de forma precoce envolve uma série de aspectos a serem considerados, como por exemplo a experiência e a qualificação do profissional no diagnóstico do transtorno, que são imprescindíveis em virtude da necessidade de discriminação das várias formas como o TEA pode se manifestar. A criança utiliza a linguagem, a comunicação simbólica e a atividade imaginativa já nos seus primeiros três anos de vida.

Geralmente, os pais começam a se preocupar com esse diagnóstico nos dois primeiros anos de vida da criança, à medida que a linguagem apresenta atraso ou inadequação (Martínez & Montero, 2013).

As características multifatoriais que envolvem o TEA fazem desse um transtorno muito complexo e, conseqüentemente, há a necessidade de que as equipes interdisciplinares, compostas por diversos profissionais de várias áreas, estejam coordenadas para que a detecção, o diagnóstico e a intervenção sejam realizados prontamente (Fuentes et al., 2014; Graf et al., 2017).

Diante desse panorama, este estudo propõe analisar o processo que os profissionais (médicos, psicólogos, terapeutas, dentre outros) e a família percorrem para realizar o rastreio, a detecção e o diagnóstico do TEA.



2 MATERIAIS E MÉTODOS

O delineamento desta pesquisa é do tipo observacional, descritivo e transversal. A amostra da pesquisa foi composta por três grupos de participantes, todos maiores de 18 anos e formados por 12 responsáveis pelas crianças (denominados R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11 e R12), 14 médicos que realizam o diagnóstico (denominados M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M11, M12, M13 e M14) e 6 profissionais multidisciplinares que realizam o acompanhamento e tratamento (denominados P1, P2, P3, P4, P5 e P6).

Para a coleta de dados, os protocolos utilizados foram um questionário sociodemográfico (*ad hoc*) de estrutura fechada e outro questionário semiestruturado sobre os dados referentes ao processo de encaminhamento, rastreamento e diagnóstico. Para os responsáveis pelas crianças, foram realizadas 18 perguntas abrangendo idade e sexo da criança, informações a respeito do processo de investigação, diagnóstico e opções terapêuticas do TEA, além do impacto gerado após a confirmação diagnóstica. Para a equipe multiprofissional, foram realizadas 12 perguntas e, para os profissionais médicos, 14 perguntas, sendo que, em ambas as categorias, as perguntas foram relacionadas à experiência do profissional e aos procedimentos de encaminhamento, avaliação e diagnóstico do TEA.

Primeiramente, foi realizado contato com clínicas particulares que atendem a população com TEA na região norte-nordeste do estado do Paraná. Nessa primeira conversa, foram apresentados os detalhes e, assim, realizado o convite à instituição para participar do projeto. Posteriormente, foram agendadas as entrevistas com os profissionais das clínicas que aceitaram fazer parte da pesquisa. Essas foram realizadas em uma sala disponibilizada e apropriada, junto a um profissional. A partir das perguntas, a duração da entrevista foi de aproximadamente 30 minutos.

Após essa etapa, em quarto lugar, foi realizada a tabulação e adequação dos dados para proceder a sua análise. A análise de dados utilizada foi a Análise de Conteúdo, de acordo com a proposta por Bardin (1977), ao qual se deu por meios de categorização e subcategorização.

Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Instituição pelo CAAE 40664720.8.0000.5220, bem como o parecer 4.442.528/2020.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com os dados, foram entrevistados três grupos de participantes com envolvimento diferente com o TEA (12 responsáveis, 14 médicos e 6 profissionais da equipe multidisciplinar). A partir dessa disposição, foi realizada a apresentação dos resultados.



Para melhor compreensão, os resultados foram divididos em três principais categorias (responsáveis pelas crianças; profissionais médicos; equipe multiprofissional) e, quando necessário, subdivididas em subcategorias.

3.1. Responsáveis pelas crianças

O primeiro grupo de análise foi composto pelas entrevistas de 12 responsáveis pelas crianças conforme tabela 1. A média de idade do grupo é 37.0 e o desvio-padrão é 6.23. Em relação ao sexo quatro são homens e oito mulheres.

Tabela 1. Dados Sócio-Demográficos dos responsáveis das crianças

Participantes	Idade(anos)	Estado Civil	Profissão
R1	34	SOLTEIRO	PROFESSOR
R2	31	CASADO	ARQUITETO
R3	28	CASADO	DO LAR
R4	39	CASADO	CONTADOR
R5	45	DIVORCIADO	FARMACEUTICO
R6	33	CASADO	DO LAR
R7	27	SOLTEIRO	VENDEDOR
R8	53	VIUVO	PSICOLOGO
R9	32	CASADO	CAIXA
R10	36	CASADO	PROFESSOR
R11	42	SOLTEIRO	MONTADOR
R12	43	CASADO	DO LAR

296

A primeira categoria refere-se aos responsáveis pelas crianças, na qual foram analisadas as subcategorias: “acesso à informação referente ao TEA”; “motivação da busca profissional para acompanhamento e posterior diagnóstico”; “processo diagnóstico”; “aceitação familiar do diagnóstico”; e, por fim, “expectativas em relação ao tratamento”.

Na subcategoria “acesso à informação referente ao TEA”, todos os entrevistados afirmaram que gostariam de obter mais informações quanto à condição apresentada pela criança, bem como maneiras mais adequadas de lidar, abordar, educar e brincar com a criança. Muitos responsáveis asseveraram que não obtiveram sequer orientação ou mínimo esclarecimento sobre a condição da criança pelo médico no momento do diagnóstico, ou que as informações passadas foram muito vagas, sendo esclarecidas posteriormente por outro profissional: “não obtive esclarecimento no momento do diagnóstico, só após o início do acompanhamento na clínica com as terapeutas” (P4). Verificamos então que a falta de informação sobre a doença, junto aos profissionais de saúde, foi uma das grandes dificuldades manifestadas na entrevista. Segundo Cervera, Parreira e Goulart (2011) a educação em saúde funciona como um relevante instrumento para a promoção da saúde. Dessa forma, é importante que profissionais da saúde e usuários do sistema de saúde estabeleçam



uma relação dialógica baseada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências dos envolvidos.

Na subcategoria “motivação da busca profissional para acompanhamento e posterior diagnóstico”, seis responsáveis afirmaram que as crianças foram diagnosticadas por volta dos 2 a 3 anos e os outros seis afirmaram que o diagnóstico ocorreu entre 5 e 10 anos. Além disso, os responsáveis relataram que as principais motivações para a busca de ajuda profissional foram, como apontado em todas as respostas, a ausência de fala e o atraso na comunicação, além de não responderem a comandos, ou, ainda, apresentarem atitudes estereotipadas, como fixação em objetos, atitudes perfeccionistas, hiperfoco, andar pelas pontas dos pés e movimentação da cabeça. Muitos responsáveis relataram ter suspeitado de que a criança possuísse perda auditiva por não atenderem a comandos simples ou chamados. Diante disto, segundo Siegel (2008, p.164), “os pais sentem a necessidade de agir de imediato, fazer algo, e obter respostas o mais rapidamente possível”.

Ao analisar a subcategoria “processo diagnóstico”, as especialidades responsáveis para tal, segundo os responsáveis, foram neuropediatria ou pediatria. No Brasil, em vigência da lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017, tornou-se obrigatória a adoção, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças, sendo, portanto:

‘obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico’.

Para tanto, sem um protocolo pré-determinado especificamente, podem ser utilizadas a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), e a 10ª versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (1993).

Na entrevista, os responsáveis também relataram que os diagnósticos, na maioria dos casos, eram feitos na primeira consulta. Há casos em que houve dúvida diagnóstica, sendo solicitado acompanhamento de profissional da psicologia ou da fonoaudiologia para avaliações e posterior diagnóstico definitivo, o que acarretou, em média, 1 a 2 anos de buscas e consultas consecutivas. Muitas vezes, os pais acabavam levando as crianças para um profissional que fazia o encaminhamento para outro -como, por exemplo, o caso de uma fonoaudióloga que, ao atender a criança, solicitou encaminhamento ao neuropediatra. Segundo Siegel (2008), essa atitude, à procura de diferentes profissionais, é uma estratégia que vários responsáveis adotam, uns porque não querem aceitar o diagnóstico, outros porque reconhecem que o diagnóstico de autismo é difícil. Observou-se, então, que o diagnóstico do TEA é exclusivamente clínico, podendo ser considerado



subjetivo, visto que não há um exame específico e padronizado entre os médicos e profissionais que identifique o espectro. Conforme Costa e Nunesmaia (1998, p. 25), “o diagnóstico do autismo infantil é baseado principalmente no quadro clínico do paciente, não havendo ainda um marcador biológico que o caracterize”. Como exposto, o TEA está inserido no Código Internacional de Doenças (CID-10), o que permite que o diagnóstico seja realizado por qualquer médico capacitado. No entanto, compreende-se que é imprescindível uma equipe multiprofissional para avaliar o paciente antes de o diagnóstico ser divulgado, pois faz-se necessário evidenciar as características da criança, de um modo geral, ressaltando as suas habilidades para ampliar o seu desenvolvimento global. Ressalta-se que, apesar do incentivo ao diagnóstico precoce, em crianças muito pequenas com alterações de linguagem esse pode ser um processo difícil.

Na subcategoria “aceitação familiar do diagnóstico”, notou-se que os responsáveis apresentaram principalmente duas atitudes antagonistas: de consolo e de luto. Houve muitos casos em que um dos responsáveis passou a não aceitar: ‘acha que é frescura, coisa da cabeça, que a condição se resolve na cinta’, como relatado por uma mãe entrevistada. De acordo com Siegel (2008, p. 168), após o diagnóstico de autismo, “para muitas famílias, a aceitação da perturbação da criança é um processo gradual, nunca concluído”. Quando o diagnóstico passou a ser aceito, os responsáveis relataram melhora da relação com a criança: “tudo passou a fazer sentido, hoje é uma nova criança” (R4), “me sinto aliviada, pois agora podemos fazer uma intervenção precoce” (R8). Nesse processo, ainda foi comentado que, no momento do diagnóstico de uma das crianças, o pai também fora diagnosticado, e, em outros casos, foram comentados que parentes também apresentavam características similares ou também já foram diagnosticados com TEA.

298

Por fim, em relação a essa categoria, ao se analisar a subcategoria “expectativas em relação ao tratamento”, os responsáveis afirmaram que buscaram como objetivo principal uma tentativa de ajudar a criança a viver em sociedade, a desenvolver boa interação social, fala e comunicação, um desenvolvimento esperado para a idade. Todos os doze responsáveis, sem exceção, afirmaram que com a estimulação da criança, realizada por uma equipe multidisciplinar após o diagnóstico, passaram a observar melhora no quadro geral de desenvolvimento e se apresentaram surpresos e felizes com tamanha evolução e diferença: “hoje ela consegue sair, ir em festas, cantar parabéns” (R7), “houve melhora significativa da fala, ele fala o nome de todos os animais e cores” (R2).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), as descobertas da Neurociência e as terapias de intervenção precoce podem apresentar resultados significativos no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) das crianças. Quanto mais precoce a detecção das alterações no DNPM, maior a capacidade de organização neural através da neuroplasticidade e potencial de mielinização cerebral, uma vez que é nos primeiros anos de vida que a formação sináptica apresenta maior velocidade e resultados satisfatórios.

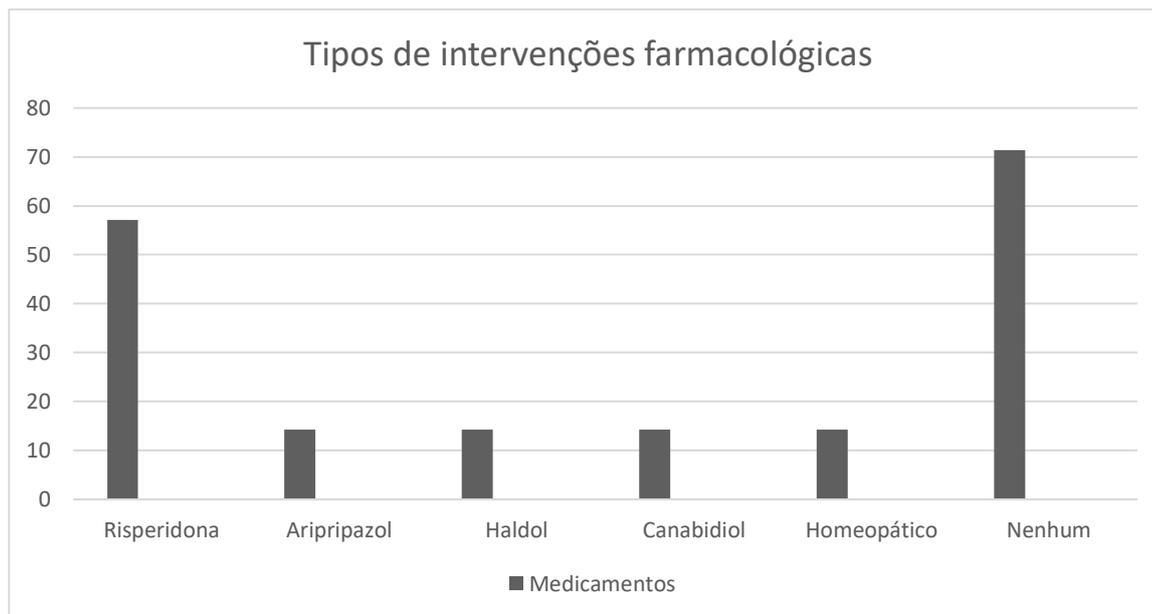


Figura 1. Tipos de intervenções farmacológicas.

Fonte: as autoras.

Ainda na categoria “expectativas ao tratamento”, foram acrescentados os tipos de intervenções farmacológicas que as crianças fazem para tratamento de sintomas associados ao TEA, bem como se não o fazem, apresentados conforme a figura 1.

299

3.2. Profissionais médicos

A segunda categoria refere-se aos profissionais médicos responsáveis pelo diagnóstico definitivo da criança. A média de idade do grupo é 41.21 e o desvio-padrão é 6.50. Em relação ao sexo quatro são homens e dez mulheres.

Tabela 2. Dados Sócio-Demográficos dos médicos

Participantes	Idade(anos)	Estado Civil	Profissão
M1	42	CASADO	PSIQUIATRA
M2	44	CASADO	PEDIATRA
M3	39	CASADO	PEDIATRA
M4	34	CASADO	NEUROLOGISTA
M5	37	CASADO	MÉDICO CLÍNICO
M6	43	CASADO	PEDIATRA
M7	55	CASADO	NEUROLOGISTA
M8	62	CASADO	NEUROLOGISTA
M9	31	SOLTEIRO	MÉDICO CLINICO
M10	40	CASADO	PEDIATRA
M11	46	CASADO	PEDIATRA
M12	29	SOLTEIRO	MÉDICO CLÍNICO
M13	42	DIVORCIADO	PEDIATRA
M14	33	SOLTEIRO	PEDIATRA



As subcategorias analisadas foram: “a importância e necessidade do médico para o cuidado de pacientes com TEA”; “você foi o primeiro profissional procurado pelos pais em relação ao TEA?”; “primeiro procedimento realizado na suspeita de TEA”; “idade média dos pacientes quando os pais procuram atendimento”; “sinais de alerta para o TEA”; “principais queixas relatadas pelos pais”; “processo diagnóstico do TEA”; “opções terapêuticas para o TEA”; “aceitação familiar frente ao diagnóstico de TEA” e, por fim, “conduta frente a casos em que não é possível fechar o diagnóstico de TEA”.

Em relação à subcategoria “importância e necessidade do médico para o cuidado de pacientes com TEA”, dez médicos relataram ser essencial a suspeita e, se confirmado, o diagnóstico o mais precocemente possível, a fim de oferecer o quanto antes as terapias ao paciente. Segundo Pessim, Fonseca e Rodrigues (2015), a importância da detecção precoce do autismo se justifica pelos ganhos que essa criança pode ter ao iniciar o quanto antes a intervenção terapêutica e intensiva, evitando que diversos comprometimentos inerentes ao transtorno se desenvolvam.

A identificação precoce do diagnóstico e o início das intervenções no TEA podem estar fortemente ligados ao prognóstico do paciente, bem como à maior rapidez no desenvolvimento da linguagem e da interação social. Além disso, a importância legal do médico neste processo é “fornecer laudos e atestados para trâmites legais que garantam à criança o direito de pleno acesso ao tratamento e assistência” (Schwartzman & Araújo, 2011, p.37).

Na subcategoria “você foi o primeiro profissional procurado pelos pais em relação ao TEA?”, nove entrevistados responderam positivamente, porém foi ressaltado que, nos últimos 10 anos, houve mudança na forma com que os pacientes chegam até o atendimento médico: “nos dias atuais, a maior parte dos pacientes vem encaminhada por colegas pediatras, fonoaudiólogos e professores, que percebem as características e encaminham as crianças para avaliação” (M8). Segundo Silva e Mulick (2009), enormes avanços ocorreram nos últimos anos em relação ao processo diagnóstico de autismo, no entanto, muitas crianças ainda continuam, por muitos anos, sem um diagnóstico adequado, seja pela demora em buscar um profissional ou mesmo pela própria conduta sugerida pelos profissionais procurados. Para o CID-10 (OMS, 1993) e o DSM-V (APA, 2014), o diagnóstico de autismo deve ser realizado até os 36 meses de idade, podendo, porém, ser realizado a partir dos 24 meses com segurança.

Na subcategoria “primeiro procedimento realizado na suspeita de TEA”, destacou-se a realização de uma anamnese detalhada, focando em discrepâncias em relação ao desenvolvimento normal que a criança pode estabelecer, além da análise de relatórios que algumas escolas realizaram a partir da observação da criança nesse ambiente, os quais puderam servir de apoio para o médico durante o processo diagnóstico. Também foi apontado que a principal preocupação é estabelecer o diagnóstico: “a integração da equipe multidisciplinar no esforço diagnóstico é fundamental para a segurança do diagnóstico” (M8).



Na subcategoria “idade média dos pacientes quando os pais procuram atendimento”, a resposta variou entre 5 meses e 12 anos, no entanto, a maioria (dez respostas) concentrou-se na faixa do primeiro ao quinto ano de vida do paciente. Segundo a pesquisa de Rocha *et al.* (2019), a idade média de crianças atendidas com suspeita de autismo foi de 5,47 anos, sendo 83,8% do sexo masculino.

Na subcategoria “sinais de alerta para o TEA”, o mais citado foi o atraso de fala, porém também foram mencionados diversas vezes a baixa interação social, o comportamento estereotipado, a falta de reciprocidade, a seletividade alimentar e o hiperfoco. Segundo Correia (2013), o autismo está ligado a um atraso global do desenvolvimento, podendo ser identificados vários sintomas, tais como interesses repetitivos e estereotipados, ausência de linguagem falada, dificuldade em expressar suas necessidades, presença de choro ou riso sem causa aparente e associação inadequada e excessiva a objetos.

Na subcategoria “principais queixas relatadas pelos pais”, também se destaca, mais uma vez, o atraso de fala e a baixa interação social. Na subcategoria “processo diagnóstico do TEA”, foi abordado que este processo consiste em uma anamnese e exame físico cuidadosos, aliados à observação da criança, além de uma avaliação multiprofissional. Muitos profissionais relataram aplicar alguns questionários, como o M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers* - é uma escala de rastreamento cujo objetivo é identificar traços de autismo em crianças com idade precoce), SCQ (Questionário de Comunicação Social - ferramenta com foco na avaliação de crianças com elevado risco de problemas de desenvolvimento e que prevê um diagnóstico baseado na pontuação de comportamentos organizados em três áreas de funcionamento: interação social recíproca, linguagem e comunicação; além de padrões repetitivos e estereotipados de comportamento) e o CARS (Escala de Avaliação do Autismo na Infância - é uma escala com 15 itens que auxiliam o diagnóstico e identificação de crianças com autismo, além de ser sensível na distinção entre o autismo e outros atrasos no desenvolvimento). Além disso, em alguns casos podem ser utilizados outros recursos: “eventualmente lança-se mão de exames complementares quando se quer descartar alguma coisa como BERA (exame que avalia todo o sistema auditivo, verificando a presença de perda auditiva), audiometria, triagem de erros inatos ou exames de imagem” (M8). Neste sentido, percebe-se que os instrumentos utilizados na investigação diagnóstica do autismo são muito diversificados, havendo várias opções disponíveis.

Na subcategoria “opções terapêuticas para o TEA”, todos os médicos apontaram a terapia multidisciplinar como a principal conduta, podendo ser composta, por exemplo, por médicos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos e psicopedagogos. Ainda assim, existem diferentes terapias que podem ser utilizadas a depender de alguns fatores do paciente, como a idade e tempo diagnóstico, sendo elas: ABA (Análise do Comportamento Aplicada - consiste no ensino intensivo das habilidades necessárias para que o indivíduo diagnosticado com autismo se



torne independente, por meio do reforço positivo), método Denver (consiste em um modo de intervenção precoce de forma intensiva, baseada em quatro eixos: orientação social; linguagem social e contextual; jogo simbólico e redução de deficiências iniciais - motoras, sociais, de linguagem, adaptabilidade a regras e rotina), TEACCH (Tratamento e educação de crianças com autismo e problemas relacionados à comunicação - utiliza a avaliação PEP-R -Perfil Psicoeducacional Revisado- para delinear o perfil da criança e determinar seus pontos fortes e de maior interesse, além de suas dificuldades, a fim de montar um programa individualizado. Tal programa é baseado na adaptação do ambiente para facilitar a compreensão da criança em relação ao que se espera dela, entre outras. Segundo Kwee, Sampaio e Atherino (2009), as bases epistemológicas do TEACCH são a teoria comportamental e a psicolinguística, as quais convergem para uma prática funcional e pragmática, valorizando as descrições das condutas e do passo a passo, além do uso de reforçadores, evidenciando as características comportamentais.)

Na subcategoria “aceitação familiar frente ao diagnóstico de TEA”, todos relataram que há um choque inicial por parte dos pais, passando por um momento de negação: “em geral, se sentem perdidos e muito tristes com o prognóstico que ainda desconhecem” (M6). Porém, foi relatado que, atualmente, este processo de aceitação tem sido mais fácil:

“costumava dizer que o médico que fazia o diagnóstico perdia o paciente. Hoje a grande maioria dos pais já vem com uma suspeita muito grande. Nos casos em que há resistência ao diagnóstico, eu explico sobre a importância da estimulação precoce, quase todos concordam em começar a estimulação” (M5).

302

Segundo Martínez e Bilbao (2008), muitos pais geralmente não acreditam no diagnóstico apresentado pelo profissional, e não aceitam a possibilidade de seu filho ser portador do espectro autista, pois encaram como um grave distúrbio, atualmente incurável, o qual requer início do tratamento o mais breve possível, sabendo que algumas intervenções deverão ser mantidas durante toda a vida do paciente.

Já na subcategoria “conduta frente a casos em que não são possíveis de fechar o diagnóstico de TEA”, todos afirmaram que é necessário continuar acompanhando a criança e, mesmo sem o diagnóstico, iniciar a estimulação da criança por meio das terapias: “se o diagnóstico não se confirmar, não vai trazer nenhum problema à criança, mas, se confirmar no futuro, e não fizermos nada, pode ser a diferença entre a saída ou não do espectro” (M7).

3.3. Equipe multiprofissional

A terceira categoria entrevistada refere-se à equipe multiprofissional de apoio aos pacientes com TEA. A média de idade do grupo é 29.33 e o desvio-padrão é 3.33. Em relação ao sexo são dois homens e quatro mulheres.



Tabela 3. Dados Sócio-Demográficos dos profissionais

Participantes	Idade(anos)	Estado Civil	Profissão
P1	22	SOLTEIRO	PSICOLOGO
P2	27	SOLTEIRO	TERAPEUTA OCUPACIONAL
P3	31	CASADO	FONOAUDIOLOGO
P4	34	CASADO	TERAPEUTA OCUPACIONAL
P5	33	CASADO	PSICOLOGO
P6	29	CASADO	PSICOLOGO

As subcategorias analisadas forma: “autoanálise de relevância profissional ao processo diagnóstico, rastreo e evolução dos pacientes com TEA pela abordagem multiprofissional”; “análise sobre o encaminhamento do paciente proveniente de outro profissional”; e, por fim, “a relação estabelecida com o paciente para o processo de avaliação”.

Na subcategoria “autoanálise de relevância profissional ao processo diagnóstico, rastreo e evolução dos pacientes com TEA pela abordagem multiprofissional”, os profissionais relatam que se veem extremamente necessários para ajudar os pacientes a superarem suas limitações, realizarem atividades e desenvolverem autonomia cotidiana, além de oferecer subsídios para regulação de comportamentos e promover regulação e autorregulação do indivíduo. Segundo Schwartzman (2000), o tratamento da criança e do adulto autista deve procurar não a sua normalização, mas sim a atenuação, no que seja possível, dos prejuízos apresentados. *Frye et al.* (2013) expõe que ainda não existem medicamentos psiquiátricos específicos para comportamento autista, e que o tratamento se baseia no controle dos sintomas que são frequentemente encontrados nos autistas: agressão, automutilação, ansiedade, depressão, irritabilidade, transtornos obsessivo-compulsivos, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e convulsões. Entre os medicamentos mais utilizados estão os antipsicóticos, antidepressivos, anticonvulsivantes e o metilfenidato, que controla a hiperatividade.

Já na subcategoria “análise sobre o encaminhamento do paciente proveniente de outro profissional”, os profissionais afirmam que o médico encaminha a criança para acompanhamento, o que na maioria dos casos é feito pelo neuropediatra devido a buscas dos pais por terem notado alguma atitude que chamou a atenção pela idade ou terem sido avisados pela equipe escolar: “a procura de ajuda profissional se provém mais pela percepção e preocupação dos pais, que sentem o atraso na fala dos filhos, procurando por ajuda o mais rápido possível” (P4), “ao serem alertados por profissionais de saúde ou da educação, os pais tendem a buscar auxílios de centros e institutos de desenvolvimento especializados” (P3).

Por fim, na subcategoria “relação estabelecida com o paciente para o processo de avaliação”, os profissionais muitas vezes passaram a utilizar métodos lúdicos para a criação de vínculo, para que assim pudesse ser feito um rastreo de habilidades das crianças em déficit, para planejamento da abordagem. Todos os profissionais na pesquisa, sem exceção, relataram ser



extremamente importante a criação do vínculo para o desenvolvimento da criança. Segundo Zink e Pinho (2008), um interessante método usado no atendimento do paciente autista é o emprego de uma abordagem relacional, na qual a relação entre as pessoas é valorizada com o objetivo de conferir maior ludicidade ao atendimento, tornando esse momento mais prazeroso e inovador. As sessões de atendimento são preparadas para facilitar a interação profissional-paciente e subsequente aprendizagem do momento.

Observou-se que, ao abordar as categorias e subcategorias citadas e trabalhadas no texto, todos os objetivos iniciais apresentados na pesquisa foram cumpridos e será finalizada a discussão a seguir, nas considerações finais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa, verifica-se que muitos participantes ainda carecem de informações acerca do quadro clínico e terapêutica do TEA, sendo que a desinformação é tida como um dos maiores pilares da perpetuação do preconceito em relação aos pacientes portadores do espectro autista. Dentro dos próprios núcleos familiares, é comum a divergência de opinião sobre o TEA, não sendo rara a geração de conflitos a partir do diagnóstico do filho quando um dos familiares não acredita no diagnóstico e, por vezes, quando não concorda com a terapêutica, o que torna ainda mais difícil este processo para o paciente e para seu responsável. Além disso, percebe-se que o luto de muitos pais, frente ao diagnóstico de TEA, está fortemente ligado ao medo do desconhecido e do julgamento de seus familiares e amigos, além da ideia de frustração das expectativas projetadas no filho, como, por exemplo, o medo de não ser capaz de concluir os estudos, de ter uma profissão, de se casar e de construir uma família. Em geral, esse luto é desfeito quando o responsável entende que o autista pode ter uma vida “normal”, a depender de vários fatores, como o início precoce das estimulações e, assim, grande parte dos pais acaba concordando com o início da terapêutica. Outrossim, a falta de um protocolo bem estabelecido no processo de investigação diagnóstica ainda é uma importante causa de diagnóstico tardio, com atraso nos estímulos multidisciplinares, gerando diversas perdas e prejuízos ao desenvolvimento dos pacientes. É imprescindível que haja uma padronização nesse processo, haja vista ainda haver muita divergência em relação aos fatores analisados, como os sinais de alarme, idade ideal para fechar o diagnóstico, exames e testes a serem solicitados, além da necessidade ou não de avaliação por profissionais de outras áreas. Dessa forma, acredita-se que a disseminação de informação e o estabelecimento de um protocolo na investigação do processo diagnóstico são as principais ferramentas a serem utilizadas no combate a mitos e preconceitos ainda relacionados ao TEA, além do uso adequado da chamada janela de oportunidade terapêutica. Somente com a desmistificação do espectro será possível diagnosticar, cada vez mais cedo, esses pacientes, gerando a



oportunidade de oferecer o melhor tratamento, com o início da terapêutica multidisciplinar o mais precocemente possível.

5 REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z. et al. (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years. Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *MMWR Surveill Summ*. 63(2), 1-21.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Editora 70.

Carvalho-Filha, F. S. S., Moraes-Filho, I. M. D., Santos, J. C. D., Silva, M. V. D. R. S.D., Pereira, N. D. (2018). Entendimento do espectro autista por pais/cuidadores—estudo descritivo. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, 7(2), 105-116.

Christensen, D., Baio, J., Braun, K. V. N., Bilder, D., Charles, J., Constantino, J. N. et al. (2016). 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*, 65(3), 1-23.

Correia, A. M. (2013). O Autismo e Atraso Global de Desenvolvimento. *Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti*. Recuperado em 18 de abril de 2020, em <http://repositorio.esepf.pt/handle/20.500.11796/1258>.

305

Costa, M. I. F. D., Nunesmaia, H. G. D. S. (1998). Diagnóstico genético e clínico do autismo infantil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 56, 24-31.

Organização Mundial da Saúde. (1994). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1*. Edusp.

De Castro Vieira, A. (2020). Autismo: As características e a importância do diagnóstico precoce. *Repositório de Trabalhos de Conclusão de Curso*. Centro Universitário Unifacig.

Fuentes, D., Malloy-Diniz, L. F., de Camargo, C. H. P., Cosenza, R. M. (2014). *Neuropsicologia: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Frye, R. E., Melnyk, S., Fuchs, G., Reid, T., Jernigan, S., Pavliv, O., Hubanks, A., Gaylor, D. W., Walters, L., James, S. J. (2013). Effectiveness of methylcobalamin and folic acid treatment on adaptive behavior in children with autistic disorder is related to glutathione redox status. *Autism research and treatment*.

Graf, W. D., Miller, G., Epstein, L. G., Rapin, I. (2017). The autism “epidemic”: Ethical, legal and social issues in a developmental spectrum disorder. *Neurology*, 88 (14), 1371-1380.

Cervera, D. P. P., Parreira, B. D. M. Goulart, B. F. (2011). Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 16(supl. 1), 1.547- 1.554.



- Harris, J. C. (2016). The origin and natural history of autism spectrum disorders. *Nature neuroscience*, 19 (11), 1390-1391.
- Jendrieck, C. O. (2014). Dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde ao realizar diagnóstico precoce de autismo. *Psicologia argumento*, 32(77): 153-154.
- Júnior, E. (2017, 02 de abril). OMS afirma que autismo afeta uma em cada 160 crianças no mundo. *ONU News*. Recuperado em 30 de agosto de 2020, em <https://news.un.org/pt/story/2017/04/1581881-oms-afirma-que-autismo-afeta-uma-em-cada-160-criancas-no-mundo>
- Kwee, C. S., Sampaio, T. M. M., Atherino, C. C. T. (2009). Autismo: uma avaliação transdisciplinar baseada no programa TEACCH. *Revista Cefac*, 11, 217-226.
- Martínez M. M., Bilbao L.M. C. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 215-230.
- Martínez, P. V. T., Montero, A. O. A. (2013). Necesidades de aprendizaje de los especialistas de Medicina General Integral sobre los trastornos del espectro autista. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(3), 267-280.
- Mendizábal, F.J. (2001). Cuanto antes mejor: detección y atención temprana en de los trastornos del espectro autista. Em: *El Autismo y su Proyección de Futuro. V Encuentro sobre Autismo*. Jornadas Internacionales. Burgos: Comercial Sagrado, S.A.
- Ministério dos Direitos Humanos e da Justiça e Segurança Pública. (2017, 26 de abril). Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017. *Portal da Legislação – Planalto*. Recuperado em 30 de agosto de 2020, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/Lei/L13438.htm
- Pessim, L. E., Fonseca, B., Rodrigues, M. B. C. (2015). Transtornos do espectro autista: importância e dificuldade do diagnóstico precoce. *Revista FAEF*, 3(14), 7-28.
- Reis, L. D. D., Neder, P. R. B., Moraes, M. da C., Oliveira, N. M. (2019). Perfil epidemiológico dos pacientes com Transtorno do Espectro Autista do Centro Especializado em Reabilitação. *Pará Research Medical Journal*, 3(1), 1-8.
- Rivera, B. F. (2007). Breve revisión histórica del autismo. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 27(2), 61-81.
- Rocha, C. C., Souza, S., Costa, A. F., Portes, J. R. (2019). O perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de transtorno do espectro autista atendida por um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade do Sul do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29.
- Schwartzman, J. S. (2000). Epilepsia e autismo infantil. *Temas desenvolv*, 9(49), 5-8.
- Schwartzman, J. S., & Araujo, C. A. (2011). *Transtorno do espectro do autismo*. São Paulo: Memnon.
- Siegel, B. (2008). *O mundo da criança com autismo: compreender e tratar perturbações do espectro do autismo*. Porto: Porto Editora.
- Silva, M., Mulick, J. A. (2009). Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. *Psicologia: ciência e profissão*, 29(1), 116.
- Sociedade Brasileira de Pediatria (2019) - de Carvalho, A. P. Sociedade brasileira de pediatria.



- Volkmar, F., Siegel, M., Woodbury-Smith, M., King, B., McCracken, J., State, M. (2014). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of the American of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(2), 237-257.
- World Health Organization. (1994). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID 10*. São Paulo (SP): Edusp.
- Zink, A. G., de Pinho, M. D. (2008). Atendimento odontológico do paciente autista—relato de caso. *Rev. ABO Nac*, 16(5).
- Zwaigenbaum, L., Bauman, ML, Choueiri, R., Fein, D., Kasari, C., Pierce, K., & Wetherby, A. (2015). Early identification and intervention for Autism Spectrum Disorder: Executive Summary. *Pediatrics*, 136(1), S1-S9.