

## IMPORTÂNCIA DA COMPREENSÃO PARENTAL ACERCA DOS SINAIS CLÍNICOS, CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Karina Maria Campello de Menezes (1); Carina Scanoni Maia (2); Barbara Gislayne Rodrigues da Silva Ferreira (3); Fernanda das Chagas Angelo Mendes Tenorio (4); Gyl Everson de Souza Maciel (5)

<sup>1,2,3,4,5,6</sup>*Universidade Federal de Pernambuco*; [karinamcmenezes@hotmail.com](mailto:karinamcmenezes@hotmail.com); [carina.scanoni@gmail.com](mailto:carina.scanoni@gmail.com); [babigislayne@gmail.com](mailto:babigislayne@gmail.com); [fcas14@hotmail.com](mailto:fcas14@hotmail.com); [gyl\\_everson@hotmail.com](mailto:gyl_everson@hotmail.com);

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) abarca diferentes síndromes marcadas por perturbações do desenvolvimento neurológico com três características fundamentais, que podem manifestar-se em conjunto ou isoladamente. São elas: dificuldade de comunicação, dificuldade de socialização e padrão de comportamento restritivo e repetitivo. Recebe o nome de espectro (spectrum), porque envolve situações e apresentações muito distintas umas das outras, numa gradação que vai da mais leve à mais grave. Com as alterações que ocorreram nos critérios diagnósticos e o auxílio dos pais, ou cuidadores, e profissionais, torna-se mais fácil observar os sinais clínicos desenvolvidos pela criança. Assim, este trabalho visa reunir os critérios diagnósticos, tratamento e sinais clínicos e mostrar a importância dessas informações para que os genitores possam reconhecer o transtorno precocemente. Portanto, buscas foram realizadas por trabalhos acadêmicos que mostrassem os principais sinais relacionados ao TEA, principalmente aqueles primeiros observados pelos familiares, juntamente com os possíveis tratamentos. O diagnóstico do TEA é baseado na versão mais recente do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, porém, ainda é algo muito complexo de se fazer, principalmente pelo transtorno se assemelhar a outros, como Esquizofrenia. Ainda não existe cura para o TEA, mas os pacientes podem contar com diversos tipos de terapia, como comportamental e farmacoterapia. Para que o tratamento seja eficaz, é preciso que se inicie de forma precoce. Isso auxiliará no aumento da qualidade de vida do indivíduo que possui o transtorno. Para isso, então, é importante que haja essa percepção dos sinais clínicos pelos pais ou cuidadores.

**Palavras-chave:** Transtorno do espectro autista; Diagnóstico; Sinais clínicos; Tratamento; Família.

### Introdução

O Transtorno do Espectro Autista é um transtorno do neurodesenvolvimento que, de modo geral, afeta a capacidade de comunicação, interação e habilidades sociais, além de gerar comportamentos repetitivos. Não se sabe ao certo quais fatores desencadeiam o TEA, e quais os mecanismos envolvidos. As causas deste transtorno podem estar relacionadas tanto com contribuintes ambientais<sup>1</sup> A quanto com fatores genéticos<sup>2</sup>, podendo estar, inclusive, relacionado com outras doenças, como a Síndrome do X Frágil<sup>3</sup>.

O número de indivíduos com o diagnóstico de autismo chegou a 52 milhões no ano de 2010<sup>4</sup>, sendo a incidência maior em indivíduos do sexo masculino do que do sexo feminino<sup>5</sup>. Poucos casos foram registrados na década de 1960<sup>6</sup>, sendo o número de pessoas com autismo elevado ao longo do tempo.

Era comum que se afirmasse que tal transtorno fosse estabelecido quando o indivíduo atingisse os três anos de idade<sup>7</sup>, ou antes disso, dependendo da gravidade do caso, estes sintomas poderiam surgir antes mesmo do que isso<sup>8</sup>. Contudo, a idade em que pode ser estabelecido o TEA não é mais encontrada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).<sup>9</sup>

Os pais ou cuidadores da criança são as pessoas possuem maior contato com a mesma. Isto implica que, ao longo do crescimento delas, eles podem perceber se há algum problema no desenvolvimento de suas habilidades. Desta forma, os pais ou cuidadores são os primeiros que possuem oportunidade de detectar se a criança demonstra sinais de apresentar o TEA. Contudo, a falta de informação e dificuldade de reconhecer os sinais clínicos não só atrasa o diagnóstico como dificulta o tratamento da criança<sup>12</sup>.

Por esta razão, é de grande importância que se conheça mais sobre o TEA, deixando o mais claro possível os sinais clínicos apresentados pela criança, assim como os critérios diagnósticos utilizados atualmente, para que o transtorno seja identificado o quanto antes pelos pais ou cuidadores, visando iniciar os tratamentos o mais breve possível para obtenção de melhores resultados.

## **Metodologia**

Para que este trabalho fosse desenvolvido, no período de novembro de 2017 a abril de 2018, foram realizadas diversas buscas por artigos científicos publicados, preferencialmente a partir de 2012, mas contando com a utilização, também, de alguns periódicos mais antigos e um manual como forma de complementar e dar base ao conteúdo do trabalho. Ainda, foram utilizadas, principalmente, as seguintes plataformas de busca de artigos científicos: Scientific Electronic Library Online (SciELO) (<http://www.scielo.org>), Google Acadêmico (<http://scholar.google.com>) e PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>). As palavras-chave utilizadas na pesquisa, tanto em português quanto em inglês, foram: autismo, transtorno de espectro autista, diagnóstico, sinais clínicos e sintomas. Este trabalho foi baseado em 22 referências.

## Resultados e Discussão

Dos 77 artigos localizados, 22 se enquadraram com os objetivos da pesquisa e, portanto, compuseram essa revisão.

Em 2010, 52 milhões de pessoas se encaixavam nos critérios diagnóstico do autismo estabelecidos pelo DSM-IV<sup>4</sup>. Na década de 1960 foram registrados apenas 0,05% de casos de indivíduos com características relacionadas ao autismo<sup>6</sup>. Já início dos anos 1990, a média de prevalência do autismo nesta época já atingia cerca de 1% em crianças<sup>13</sup>. Hoje, nos Estados Unidos, a proporção de crianças com TEA é de um para 59<sup>14</sup>. O aumento que vem ocorrendo no número de pessoas com TEA não necessariamente está vinculado a sua prevalência. Isto se dá porque, ao longo do tempo, houve uma ampliação nos critérios diagnósticos, na informação oferecida a população e uma melhor percepção dos sinais clínicos<sup>5</sup>.

O diagnóstico do TEA é bastante complexo, e diversos fatores são levados em consideração pelo profissional de saúde responsável. É de extrema importância que, antes de ser feito o diagnóstico, um médico descarte outros transtornos psiquiátricos, como Transtorno do Apego Reativo, Esquizofrenia Infantil, por exemplo, e transtornos de desenvolvimento, como os relacionados à linguagem. Um bom exemplo disso é que, apesar de haver semelhanças entre o TEA e a Esquizofrenia Infantil em relação às interações sociais e determinado padrão de pensamento, estas se diferem pelo fato de que é bastante raro crianças com TEA apresentarem alucinações e delírios, os quais são sintomas frequentes da Esquizofrenia, como parte dos sinais clínicos observados<sup>11</sup>.

Atualmente, DSM-5 abriga as categorias que, anteriormente ao ano de 2013, eram classificadas como “transtorno autístico”, “síndrome de Asperger”, “transtorno desintegrativo da infância” e o “transtorno global do desenvolvimento” no DSM-IV, criado em 1994. Sendo assim, observa-se que o manual mais atual engloba dentro da categoria Transtorno do Espectro Autista transtornos do desenvolvimento cuja intensidade varia de leve à severa<sup>9</sup>.

Ainda não há cura para o transtorno, mas há diversos tratamentos existentes que podem ajudar o indivíduo a desenvolver melhor suas habilidades e ter uma melhor qualidade de vida. Estes tratamentos incluem fisioterapia, terapia comportamental e, inclusive, farmacoterapia, ocorrendo, preferencialmente, concomitantemente<sup>10</sup>.

Apesar de já haver bastantes informações sobre o TEA, diagnosticar uma pessoa com este transtorno ainda é uma tarefa complexa, sendo comum que o TEA seja confundido com outros

transtornos psiquiátricos e neurológicos, exigindo que o profissional de saúde seja bastante treinado para o reconhecimento dos sintomas e da gravidade<sup>11</sup>.

Os critérios utilizados para que seja feito o diagnóstico do TEA são, geralmente, os presentes no quinto volume do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), apresentados a seguir na figura 1.

## Transtorno do Espectro Autista

### Critérios Diagnósticos

299.00 (F84.0)

A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):

1. Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.
2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.
3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.

*Especificar a gravidade atual:*

**A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos** (ver Tabela 2).

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):

1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotípias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).
2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).
3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).
4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).

*Especificar a gravidade atual:*

**A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões restritos ou repetitivos de comportamento** (ver Tabela 2).

- C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).
  - D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.
  - E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento.
- 
- C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).
  - D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.
  - E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento.

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (American Psychiatric Association), 2013.

Apesar de a idade ter sido um dos critérios para que o paciente se encaixasse dentro do TEA no DSM-IV de 1994, esta característica foi removida da versão mais recente, o DSM-5, por ser considerada uma característica arbitrária<sup>9</sup>.

Um dos métodos de intervenção que mais se destaca, o comportamental, vem sendo bastante utilizado ao longo dos anos. Dentro deste método, há o programa de Intervenção Precoce Intensiva Comportamental, o qual visa utilizar o tempo de 40 horas semanais para que habilidades das mais simples às mais complexas possam ser ensinadas e, assim, desenvolvidas pelas crianças que possuem TEA<sup>15</sup>. Além do mais, esta técnica é bastante útil quando comportamentos inadequados afetam a disposição de tratamentos mais amplos. Desta forma, é feita uma análise do perfil e comportamento do paciente para que as técnicas de tratamento comportamental sejam aplicadas, trazendo melhores resultados<sup>11</sup>.

Outra abordagem para o tratamento de indivíduos com TEA é o método educacional. Este método visa ensinar, de forma específica e individual, às crianças com TEA, baseando-se nos pontos fortes e fracos das mesmas, além contar com o apoio dos pais, cujo suporte tem papel importante para que haja eficácia neste tratamento. Ainda nesse método, busca-se melhorar a maneira da criança se comunicar, seja verbal ou não, além de melhorar as capacidades motoras, sociais e comportamentais<sup>11</sup>.

O tratamento desenvolvido por meio da comunicação pode ser uma alternativa, também. Este tratamento envolve o desenvolvimento da linguagem e da comunicação, auxiliando crianças a utilizarem comunicação verbal ou, naquelas que não a possuem, a se comunicarem de maneira não-verbal (linguagem de sinais, comunicação por imagens ou quadros) <sup>11</sup>.

O uso de fármacos para o tratamento é válido em alguns casos e inclui antipsicóticos, como risperidona e aripiprazol, que são eficazes na diminuição da irritabilidade de pacientes com TEA <sup>10</sup>. Vale salientar que o uso destes fármacos pode elevar as chances de melhoras relacionadas às abordagens comportamentais e educacionais <sup>11</sup>.

De maneira geral, os primeiros sinais e sintomas do TEA surgem por volta dos três anos de idade. Porém, antes mesmo desta idade, é possível perceber as alterações no comportamento. Em algumas situações, o TEA pode ser identificado com menos de dois anos de idade, em outros casos, o mesmo pode ser diagnosticado em idades mais tardias <sup>8</sup>.

A observação destes sintomas pode estar relacionada com a gravidade a qual o transtorno se manifesta. No caso de o transtorno afetar de forma mais grave o sistema nervoso central, torna-se mais fácil identificá-lo mesmo em idade inferior aos três anos <sup>16</sup>.

A percepção dos pais em relação aos sintomas de seus filhos é muito importante para que o TEA não seja diagnosticado tardiamente. Os sinais observados mais precocemente pelos genitores foram os de aspecto social, sendo identificadas as dificuldades de interagir socialmente, que incluem medo, ansiedade ou indiferença, por exemplo, nas interações sociais. Estes sinais podem tornar-se visíveis aos pais a partir dos seis primeiros meses de vida da criança <sup>12</sup>.

Apesar de os sintomas relacionados às interações sociais serem os identificados mais cedo ao longo do crescimento da criança, ainda no segundo semestre de vida, os danos no desenvolvimento da linguagem são os comumente percebidos genitores e cuidadores. Assim, tanto o desenvolvimento da linguagem, quanto a observação de comportamentos estereotipados e repetitivos foram os sinais clínicos identificados entre o primeiro e o segundo ano de vida pelos pais <sup>12</sup>. Além disso, pode ocorrer de, logo nos três primeiros anos de vida, cerca de 1/5 das crianças identificadas em um banco de dados possuíam regressão em suas habilidades de linguagem oral <sup>17</sup>.

Existe, também, o fato de que determinadas características encontradas em bebês com TEA sofrem um declínio a partir do final do primeiro semestre de vida. Algumas dessas características incluem a vocalização, o número de vezes em que o bebê olha diretamente para faces

e o chamado sorriso social. Isto foi observado a partir de um estudo realizado pelo autor, fazendo uma comparação entre bebês com desenvolvimento típico e bebês que foram diagnosticados com TEA ao longo do crescimento<sup>18</sup>.

Ainda, apesar de a proporção entre indivíduos do sexo masculino e feminino ser de quatro para um, respectivamente<sup>19</sup>, no geral, as meninas possuem sintomas mais severos e QI menor em relação aos meninos. Porém, caso as crianças do sexo feminino possuam QI mais elevado, elas podem desenvolver comportamento repetitivo menos intenso, além de serem capazes de desenvolver habilidades sociais<sup>20</sup>.

Embora os sinais clínicos apareçam tão cedo, os pais ou cuidadores podem não perceber. Isto se dá pelo fato de que muitos não possuem informações acerca do TEA, ou de como seria o desenvolvimento considerado normal de uma criança. Ainda, pode ocorrer de os pais perceberem um atraso no desenvolvimento social, mas confundirem com aspectos comuns relacionados, por exemplo, à introversão<sup>21</sup>.

## **Conclusões**

Há vários critérios diagnósticos inseridos no DSM-5. Um profissional capaz deve utilizar esses critérios para definir se a criança possui ou não o Transtorno do Espectro Autista. Porém, com o auxílio deste mesmo profissional, os genitores ou cuidadores têm capacidade de observar os primeiros sinais clínicos em seus filhos ao longo do crescimento deles<sup>12</sup>.

Por isso, é importante que os pais estejam atentos às crianças. Quanto mais cedo os sinais clínicos são observados, e mais precocemente o diagnóstico é dado, maior é a probabilidade de a criança com TEA conseguir que as intervenções funcionem, adquirindo, assim, uma melhor qualidade de vida<sup>12</sup>.

Desta forma, após a observação dos sinais clínicos pelos pais ou cuidadores, e por meio do diagnóstico conclusivo feito por de um neuropediatra ou psiquiatra, o tratamento, ou intervenção, deverá ser feito levando em consideração o grau de severidade dos sintomas e como eles são apresentados pelas crianças. Ademais, é recomendado que o tratamento seja feito com diferentes abordagens e terapias ao mesmo tempo, como, por exemplo: Terapias comportamentais, terapia para desenvolver habilidades sociais, fisioterapia dentre outras<sup>10</sup>.

## Referências

1. FRAZIER, Thomas W. et al. A twin study of heritable and shared environmental contributions to autism. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 44, n. 8, p. 2013-2025, 2014.
2. TICK, Beata et al. Heritability of autism spectrum disorders: a meta - analysis of twin studies. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 57, n. 5, p. 585-595, 2016.
3. SCHAEFER, G. Bradley; MENDELSON, Nancy J. Genetics evaluation for the etiologic diagnosis of autism spectrum disorders. **Genetics in Medicine**, v. 10, n. 1, p. 4, 2008.
4. BAXTER, Amanda J. et al. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. **Psychological medicine**, v. 45, n. 3, p. 601-613, 2015.
5. FOMBONNE, Eric. Epidemiology of pervasive developmental disorders. **Pediatric Research**, v. 65, n.6, p. 591-598, 2009
6. LOTTER, Victor. Epidemiology of autistic conditions in young children. **Social psychiatry**, v. 1, n. 3, p. 124-135, 1966.
7. MELLO, Ana Maria S. Autismo: guia prático. 8. ed. São Paulo: AMA; Brasília: CORDE, 2016.
8. SZATMARI, Peter et al. Prospective longitudinal studies of infant siblings of children with autism: lessons learned and future directions. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 55, n. 3, p. 179-187, 2016.
9. LAURITSEN, Marlene Briciet. Autism spectrum disorders. **European child & adolescent psychiatry**. V. 22, n. 1, p.37-42, 2013.
10. STEPANOVA, Ekaterina et al. Pharmacotherapy of emotional and behavioral symptoms associated with autism spectrum disorder in children and adolescents. **Dialogues in clinical neuroscience**, v. 19, n. 4, p. 395, 2017.
11. VOLKMAR, Fred et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 53, n. 2, p. 237-257, 2014.
12. ZANON, Regina Basso; BACKES, Bárbara; BOSA, Cleonice Alves. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 25-33, 2014.
13. BAIRD, Gillian et al. Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). **The lancet**, v. 368, n. 9531, p. 210-215, 2006.
14. BAIO, Jon. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years- Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. **MMWR Surveillance Summaries**. V. 67, 2018.



15. KASARI, Connie. Update on behavioral interventions for autism and developmental disabilities. **Current opinion in neurology**, v. 28, n. 2, p. 124-129, 2015.
16. ZWAIGENBAUM, Lonnie et al. Stability of diagnostic assessment for autism spectrum disorder between 18 and 36 months in a high - risk cohort. **Autism Research**, v. 9, n. 7, p. 790-800, 2016.
17. BACKES, Bárbara; ZANON, Regina Basso; BOSA, Cleonice Alves. Características sintomatológicas de crianças com autismo e regressão da linguagem oral. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 33, n. 1, 2017.
18. OZONOFF, Sally et al. A prospective study of the emergence of early behavioral signs of autism. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 49, n. 3, p. 256-266. e2, 2010.
19. WERLING, Donna M.; GESCHWIND, Daniel H. Sex differences in autism spectrum disorders. **Current opinion in neurology**, v. 26, n. 2, p. 146, 2013.
20. FRAZIER, Thomas W. et al. Behavioral and cognitive characteristics of females and males with autism in the Simons Simplex Collection. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 53, n. 3, p. 329-340. e3, 2014.
21. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)**. American Psychiatric Pub, 2013