



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

JONATAS CARLOS DE LIMA RIBEIRO

**IDENTIFICAÇÃO DOS PRIMEIROS SINAIS DO AUTISMO DETECTADOS PELOS
PAIS**

JOÃO PESSOA

2022

JONATAS CARLOS DE LIMA RIBEIRO

**IDENTIFICAÇÃO DOS PRIMEIROS SINAIS DO AUTISMO DETECTADOS PELOS
PAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba.

Orientador: Prof. Dr. Jacicarlos Lima de Alencar

JOÃO PESSOA

2022

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

R484i Ribeiro, Jonatas Carlos de Lima.
Identificação dos primeiros sinais do autismo
detectados pelos pais / Jonatas Carlos de Lima Ribeiro.
- João Pessoa, 2022.
38 f. : il.

Orientação: JACICARLOS LIMA DE ALENCAR.
TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Medicina. 2. Transtorno do espectro autista. 3.
Diagnóstico precoce. I. ALENCAR, JACICARLOS LIMA DE.
II. Título.

UFPB/CCM CDU 616.896(043.2)

JONATAS CARLOS DE LIMA RIBEIRO

**IDENTIFICAÇÃO DOS PRIMEIROS SINAIS DO AUTISMO DETECTADOS PELOS
PAIS**

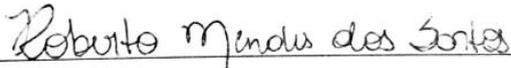
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Medicina pela Universidade
Federal da Paraíba.

Aprovado em: 17/05/2022.

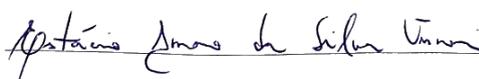
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Jacicarlos Lima de Alencar (Orientador)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)



Prof. Me. Roberto Mendes dos Santos
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)



Prof. Dr. Estácio Amaro da Silva Junior
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. Jacicarlos Lima de Alencar pelas aulas, discussões e orientações ao longo do curso e dessa orientação e pela dedicação.

Ao meu pai e à minha mãe, que são minha base de vida e sempre me incentivaram nos estudos, dando todo suporte necessário.

Aos meus familiares pelo incentivo e compreensão, mesmo diante de minha ausência.

À minha namorada por toda compreensão e ajuda durante esta jornada.

Aos colegas e amigos de classe pelos momentos de amizade, companheirismo e por animar o dia a dia durante o curso

RESUMO

O transtorno do espectro autista, é um transtorno do neurodesenvolvimento que se manifesta na infância através de déficits na comunicação, interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento. O diagnóstico é essencialmente clínico e, quando realizado de forma precoce, contribuirá na obtenção de um melhor prognóstico no tratamento. Diante disso, o objetivo principal de nossa pesquisa foi o de identificar os primeiros sinais do autismo detectados pelos pais, além de identificar a idade de reconhecimento dos primeiros sinais e os sinais que fizeram os pais procurarem assistência à saúde. O desenvolvimento da pesquisa se deu através da distribuição de um formulário online via Google Forms que em sua primeira parte foi composto de perguntas sociodemográficas e de uma pergunta aberta sobre os sinais que fizeram os pais ou responsáveis procurarem assistência à saúde e uma segunda parte com os critérios do DSM-IV para que o pai ou responsável da criança preenchesse os primeiros sinais identificados e a idade da criança no momento da detecção dentre as opções do manual de diagnóstico. Foram colhidos 102 formulários, sendo 8 descartados por ausência de diagnóstico de autismo na criança e 8 descartados por respostas inválidas, sendo 86 questionários aproveitados para análise. Nossa pesquisa identificou que a idade média de diagnóstico de autismo foi de 3,39 anos, com diferença insignificante entre os sexos. Os primeiros sinais identificados que fizeram o responsável procurar ajuda em crianças diagnosticadas com 3 anos ou menos foi o de movimentos repetitivos, sendo o mesmo sinal para crianças diagnosticadas com mais de 3 anos. Quando agrupadas, as alterações do comportamento foi o principal motivo de procura de assistência à saúde em crianças diagnosticadas com 3 anos ou menos, sendo “outros sinais” os principais motivos de procura em crianças diagnosticadas com mais de 3 anos. Ainda, o primeiro sinal de autismo identificado retrospectivamente foi o de diminuição no uso de comportamentos não verbais múltiplos, como contato ocular, expressão facial, postura corporal e gestos, com idade média de identificação de 1,42 ano, seguido de preocupação absorvente por um ou mais padrões estereotipados e restritivos de interesse, com idade média de 1,65 ano. Quando agrupados, o sinal identificado retrospectivamente encontrado de forma mais precoce foi o déficit na interação social, com idade média de 1,67 ano.

Palavras-Chave: Medicina. Transtorno do Espectro Autista. Diagnóstico Precoce.

ABSTRACT

Autism spectrum disorder is a neurodevelopmental disorder that manifests in childhood through deficits in communication, social interaction, and restricted, repetitive patterns of behavior. The diagnosis is essentially clinical and, when performed early, will contribute to obtaining a better prognosis in the treatment. Therefore, the main objective of our research was to identify the first signs of autism detected by the parents, in addition to identifying the age of recognition of the first signs and the signs that made the parents seek health care. The development of the research took place through the distribution of an online form via Google Forms, which in its first part was composed of sociodemographic questions and an open question about the signs that made parents or guardians seek health care and a second part with the DSM-IV criteria for the child's parent or guardian to fulfill the first identified signs and the child's age at detection among the options in the diagnostic manual. A total of 102 forms were collected, 8 of which were discarded due to the absence of a diagnosis of autism in the child and 8 discarded due to invalid answers, with 86 questionnaires used for analysis. Our research identified that the average age of diagnosis of autism was 3.39 years, with an insignificant difference between the genders. The first signs identified that made parents seek help in children diagnosed with 3 years of age or less were repetitive movements, the same sign for children diagnosed with more than 3 years of age. When grouped together, behavioral changes were the main reason for seeking health care in children diagnosed with 3 years of age or less, with "other signs" being the main reasons for seeking health care in children diagnosed with more than 3 years of age. Still, the first sign of autism identified retrospectively was a decrease in the use of multiple non-verbal behaviors, such as eye contact, facial expression, body posture and gestures, with a mean age of identification of 1.42 years, followed by absorbing concern by one or more stereotyped and restrictive patterns of interest, with a mean age of 1.65 years. When grouped together, the earliest retrospectively identified sign was the deficit in social interaction, with a mean age of 1.67 years.

Keywords: Medicine. Autism Spectrum Disorder. Early Diagnosis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Idade dos pais ao nascimento da criança	22
Tabela 2 - Idade da criança ao diagnóstico de autismo com divisão entre sexos	22
Tabela 3 - Idade ao diagnóstico e comorbidades.....	23
Tabela 4 - Sinal que fez o responsável procurar assistência de saúde	23
Tabela 5 - Sinais identificados que fizeram o responsável procurar assistência de saúde agrupados em categorias.....	24
Tabela 6 - Idade de identificação de sinais assinalados em critérios do DSM-IV.....	25
Tabela 7 - Média de idade dos sinais separada em categorias do DSM-IV.....	26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	DELIMITAÇÃO DO TEMA E PROBLEMA DA PESQUISA	9
1.2	JUSTIFICATIVA	10
1.3	OBJETIVOS	10
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1	DESCRIÇÃO CLÍNICA	11
2.2	INTERAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOCIAL	11
2.3	PREJUÍZO DA COMUNICAÇÃO	12
2.4	PADRÕES DE COMPORTAMENTO	13
2.5	EPIDEMIOLOGIA	13
2.6	ETIOLOGIA	13
2.7	CURSO E PROGNÓSTICO	14
2.8	FERRAMENTAS DE TRIAGEM	15
2.9	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA	15
2.10	TRATAMENTO	17
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	18
3.1	LOCAL DA PESQUISA	18
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	18
3.3	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	18
3.4	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	19
3.5	ANÁLISE DE DADOS	19
3.6	PROCEDIMENTO ÉTICO	20
4	RESULTADOS	21
5	DISCUSSÃO	26
6	CONCLUSÃO	29

7 REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE A – Formulário virtual baseado nos critérios de diagnóstico para Pertubação Autística do DSM-IV	33
APÊNDICE B - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	34
ANEXO A – Critérios de Diagnóstico Para Pertubação Autística [F84.0] – DSM-IV.....	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA E PROBLEMA DA PESQUISA

O transtorno do espectro autista (TEA) é um complexo transtorno do neurodesenvolvimento que normalmente se manifesta na infância através de distúrbios na linguagem, na relação com os outros, além de padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses e atividade (MAENNER, 2021). Ainda, segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (American Psychiatric Association - APA, 2013), é classificado como transtorno do neurodesenvolvimento que se manifesta por déficits da comunicação, interação social e por padrões restritos e repetitivos de comportamento. O transtorno pode se manifestar clinicamente através de diversos sinais, sendo os principais achados clínicos a deficiência mental em graus variados, regressão da fala, prejuízo da área pessoal-social e déficits motores finos e grossos (ZAQUEU, 2015).

O diagnóstico é essencialmente clínico baseado no comportamento da criança, da entrevista com os pais e/ou responsáveis e instrumentos para avaliação (GUTHRIE, 2014). Muitos dos sinais do transtorno são notados antes dos 3 anos de idade, possibilitando a identificação precoce dos sinais. Segundo a American Academy of Pediatrics, a criança que apresenta sinais do transtorno pode passar inicialmente por um rastreamento que pode ser realizado entre 18-24 meses por meios de instrumentos padronizados. No Brasil, o Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) é o principal instrumento para rastreamento de sinais precoces, sendo desenvolvido para identificar crianças com risco de autismo já aos 18 meses (SEIZE, 2017). Com a identificação, a criança poderá ser encaminhada para uma avaliação mais detalhada com um especialista para confirmar o diagnóstico.

Nesta condição, o diagnóstico precoce é de extrema importância pois são nos primeiros meses de vida o período de máxima plasticidade cerebral e a intervenção ainda neste período favorece o ganho considerável no coeficiente de inteligência (QI), bem como na linguagem (MAKRYGIANNI, 2010). Considera-se, ainda, que a presença de estímulos ambientes é importante para o desenvolvimento cerebral e o não uso psíquico do aparelho neuronal pode, conseqüentemente, lesá-lo. Assim, a busca pelo diagnóstico mais precoce possível é suportada pela ideia de que haveria meios de colocar em funcionamento estas estruturas em via de constituição (LAZNIK, 2010). Mesmo diante destas características e de tamanha importância,

o início do tratamento de crianças autistas se dá de maneira tardia em consequência da não realização da detecção precoce (VISANI, 2012).

1.2 JUSTIFICATIVA

Como observado, para que haja o diagnóstico do autismo, inicialmente a criança passa por um rastreamento e, em seguida, um profissional específico pode dar o diagnóstico para prosseguir com a intervenção. No entanto, esse processo está sendo feito tardiamente, quando se sabe que bebês de poucos meses já apresentam alguns sinais do transtorno. Assim, este trabalho é justificado pela necessidade de identificar esses primeiros sinais apresentados pelas crianças autistas para que possamos adicionar à literatura vigente novos dados e contribuir para uma tendência ao diagnóstico precoce.

1.3 OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho será identificar os primeiros sinais do autismo detectados pelos pais ou conviventes de crianças diagnosticadas com o transtorno, baseado nos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, texto revisado – 4ª edição (DSM-IV-TR). Ainda, buscou-se identificar os sinais que fizeram os pais e responsáveis procurar assistência à saúde, identificar a idade do reconhecimento dos primeiros sinais (IRPS) do TEA, identificar a idade dos pais ao nascimento da criança e a idade da criança ao diagnóstico de autismo, observando variação de idade ao diagnóstico considerando sexo e comorbidades das crianças.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DESCRIÇÃO CLÍNICA

O autismo foi descrito em 1943 por Kanner, sendo caracterizado por desinteresse no ambiente social e insistência obsessiva na igualdade. Já em 1968, Rutter sugeriu quatro características essenciais presentes em quase todas as crianças com autismo: 1) falta de interesse e responsividade social; 2) linguagem prejudicada; 3) comportamento motor bizarro; e 4) início antes dos 30 meses de idade, critérios utilizados pelo DSM-III em 1980 e considerado um “transtorno global do desenvolvimento”. (CÔRTEZ, 2020; HALES, 2012). Na versão do DSM-IV era classificado como Transtorno Autista, implicando um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação, padrões de comportamento, interesses e atividades repetitivos, restritos e estereotípias motoras. Já no DSM-5 o transtorno passou a englobar transtornos antes definidos em categorias, como o autismo infantil precoce, autismo de Kanner, Asperger, entre outros, passando a ser considerado um grande espectro de doença.

O transtorno pode manifestar-se em qualquer idade, embora com maior frequência nos primeiros anos de vida. A idade média da criança no momento em que os pais se preocuparam é de 19,1 meses e com 24,1 meses eles buscam o conselho de um profissional pela primeira vez. Ainda, cerca de dois terços a três quartos de indivíduos com autismo também têm incapacidade intelectual. (HALES, 2012)

Nos dois primeiros anos de vida, o TEA normalmente se manifesta através de atrasos de fala ou na linguagem. Alguns cuidadores notam falta de contato visual e interesse limitado em socializar. Algumas crianças, no entanto, atingem os marcos iniciais da linguagem, mas regridem ou apresentam um platô de linguagem, comunicação e/ou nas habilidades sociais entre 15 e 24 meses de idade. Em crianças mais velhas ou em pré-escolares, os sintomas incluem falta de interesse em socializar, habilidades de fala e linguagem ausentes ou atrasadas, resistência acentuada à mudança e interesses restritos. Ademais, crianças com um fenótipo menos grave podem apresentar os primeiros sinais após o início das atividades escolares, através de distúrbios de comportamento (LANDA, 2012).

2.2 INTERAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOCIAL

A comunicação social refere-se às habilidades verbais e não verbais necessárias para uma comunicação bem-sucedida entre dois ou mais parceiros de conversação. Atraso e desvios no desenvolvimento da linguagem são algumas das queixas mais comuns apresentadas por cuidadores de crianças com TEA. Esses indivíduos podem não ter interesse em se comunicar ou socializar. Algumas podem ser incapazes de registrar, reconhecer e/ou entender os comportamentos de comunicação social dos outros.

Os indivíduos com TEA podem apresentar alteração na atenção social, que é a quantidade de atenção dedicada aos fenômenos sociais, como observar e imitar os outros, compartilhar emoções, fazer contato visual, sorrir ou ficar perto de alguém para mostrar interesse social ou interagir atipicamente, como aproximar-se demais do parceiro social e não perceber que isso incomoda o outro (SALLEY, 2015; LORD, 2015). As crianças com TEA também podem apresentar atraso ou ausência no desenvolvimento de atenção conjunta, apresentando dificuldade para mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse comum para outras pessoas. Tais sinais podem passar não percebidos, pois muitas vezes essas crianças são consideradas como "boas" por se contentarem em brincar passivamente sozinhas e exigirem pouca atenção (JOHNSON, 2008).

2.3 PREJUÍZO DA COMUNICAÇÃO

Alterações no padrão de comunicação é uma das grandes características da criança autista, sendo o principal sinal que chama atenção dos pais (CHAKRABARITI, 2009). Apesar de muito comumente encontrada, a ausência do comprometimento da linguagem não exclui o diagnóstico de TEA. A apresentação desse comprometimento apresenta grande variabilidade de gravidade e qualidade, incluindo desde comunicação inexistente, passando por desenvolvimento de linguagem atrasado ou falando apenas palavras ou frases isoladas, a dificuldades de aprendizagem baseadas em linguagem. Crianças sem deficiência de linguagem podem apresentar linguagem pragmática atípica, com dificuldade em alterar o discurso diante de situações e públicos diversos. Além disso, podem apresentar comunicação não verbal limitada, apresentando dificuldades no olhar compartilhado, expressão facial, entonação, gestos, postura corporal e orientação da cabeça e corpo (APA, 2013).

2.4 PADRÕES DE COMPORTAMENTO

O segundo sintoma central do espectro é um padrão de comportamentos, atividades e interesses restritos e repetitivos e hiper ou hipossensibilidade a estímulos sensoriais. Esses sintomas podem persistir ao longo da vida e são notados quando persistem na idade escolar. (APA, 2013).

Maneirismos motores podem aparecer durante os anos pré-escolares, as suas apresentações podem ser autoestimulantes e auto lesivas, significando, muitas vezes, sensações ou uma intenção comunicativa (ansiedade, frustração, atenção, fuga, dor, etc.). Essas crianças também podem se apresentar com insistência na mesmice e/ou resistência à mudança, além de interesses restritos e respostas atípicas a estímulos sensoriais (FILIPEK, 2000; APA, 2013).

2.5 EPIDEMIOLOGIA

A prevalência do autismo é altamente variável para cada estudo, tendo uma estimativa mundial de prevalência do TEA estimada em 0,42% (42 indivíduos a cada 10.000), com aumento da prevalência ao longo das últimas décadas e predominância masculina de aproximadamente 5 para 1 (NORTE, 2017). Um estudo brasileiro realizado em Santa Catarina demonstrou uma prevalência de 1,31 por 10.000 pessoas para o estado no ano de 2006 (FERREIRA, 2008). Um outro estudo realizado nos Estados Unidos em 2018 com crianças com 8 anos identificou prevalência de 23 por 1.000 crianças, sendo 1 em 27 homens e 1 em 133 mulheres (MAENNER, 2021). Também é possível notar uma maior prevalência estimada de TEA em irmãos de uma criança com TEA. O irmão mais novo ser do sexo masculino é um maior preditor, quando comparado com irmãos mais novos do sexo feminino. No entanto, quando o paciente índice é do sexo feminino, o risco de recorrência parece ser maior (OZONNOF, 2015).

2.6 ETIOLOGIA

A etiologia do TEA ainda é bastante incerta, devido a seus complexos graus de expressão e seus fatores desencadeantes ainda não muito bem elucidados. Algumas teorias

procuram explicar o autismo a partir de fatores neurobiológicos, algumas sustentadas por uma associação do transtorno com níveis aumentados de serotonina. No entanto, esse aumento não é exclusivo de indivíduos que convivem com o autismo e não é um marcador encontrado em todos os casos do transtorno. Ainda, nenhum fator biológico foi identificado como marcador do autismo, sendo encarado, atualmente, como uma doença de etiologias multifatoriais (NORTE, 2017).

Assim, não existe uma etiologia estabelecida para o autismo. No entanto, alguns estudos concluem que existe uma relação positiva entre aumento do risco do TEA e exposição pré e pós-natal a poluentes atmosféricos (TALBOTT et al., 2015). Para complementar, sabe-se, na parte genética, que alguns indivíduos com o TEA apresentam deleções e mutações gênicas, padrões do DNA alterados, função proteica alterada, entre outros fatores (DEVLIN, 2012). Também é descrita uma pré-disposição genética associada à exposição ambiental. Para corroborar essa ideia, sabe-se de inúmeras condições genéticas que estão associadas ao autismo: síndrome do X frágil, esclerose tuberosa, rubéola materna, hipertireoidismo congênito, síndrome de Down, neurofibromatose etc. (NEWSCHAFFER et al., 2007; HALES, 2012).

Além desses, existe divergência na literatura quanto a idade dos pais como possível patogênese do autismo, com alguns estudos mostrando evidência insuficientes para implicar que algum fator pré-natal (entre eles a idade paternal) possa ser uma etiologia do autismo (GARDENER, 2009). No entanto, outros estudos encontram associação positiva entre idade paternal aumentada e o autismo, podendo estar relacionado a mutações “de novo” – o que reforça uma ideia de envolvimento da epigenética (DURKIN, 2008; KONG, 2012)

2.7 CURSO E PROGNÓSTICO

O autismo é uma condição crônica em que a maioria dos indivíduos apresenta melhora com o amadurecimento e conseqüentemente entendimento das alterações do comportamento. Uma melhora significativa é notada quando o diagnóstico é precoce e quando essas pessoas recebem o apoio e educação adequada. O prognóstico está estritamente relacionado ao grau do autismo, capacidade cognitiva e de linguagem. (APA, 2013).

2.8 FERRAMENTAS DE TRIAGEM

A triagem para TEA é indicada para crianças que apresentam atrasos nos marcos de desenvolvimento de linguagem ou comunicação, em crianças com regressão nas habilidades sociais e em crianças cujos cuidadores levantam suspeitas do TEA. É válido notar que a triagem não é um meio diagnóstico, mas pode ser uma ferramenta utilizada pela atenção primária para identificar crianças com risco de receber o diagnóstico de TEA e orientar um encaminhamento para profissionais especializados (HYMAN, 2020).

Um dos mecanismos de triagem mais utilizados é o Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), com uso possível em crianças entre os 18 e 30 meses. Já para crianças acima de 30 meses de idade, não existe ferramenta de triagem validada para uso (HYMAN, 2020). Caso a criança apresente risco médio ou alto no questionário M-CHAT, ela deve ser reavaliada objetivando-se obter respostas adicionais sobre as respostas de risco ou ser diretamente encaminhada para avaliação diagnóstica e intervenção precoce com um profissional mais habilitado nesta área.

2.9 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

O diagnóstico é essencialmente clínico, baseando-se em uma avaliação médica e psiquiátrica completa. Devido à associação, mesmo que rara, com outras condições médicas, uma atenção redobrada na anamnese para a história materna e pré-natal é essencial. Devido aos questionamentos em relação a audição e acuidade visual, exames de audição e testes visuais muitas vezes são necessários. A consulta neurológica é indispensável por conta da associação entre autismo e convulsões, sendo o eletroencefalograma um exame frequentemente requisitado (HALES, 2012).

Um dos principais critérios diagnósticos do TEA é o baseado nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua quinta edição (DSM-5), observado a seguir:

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.

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 preservativos).

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).

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.

O DSM-5 ainda fornece uma avaliação de gravidade do TEA. A gravidade deve ser avaliada separadamente para cada domínio, sendo mensurada de acordo com o grau de necessidade de apoio, com separação da gravidade de comunicação/interação social e comportamento repetitivo/restrito.

2.10 TRATAMENTO

O tratamento é multidisciplinar e pode envolver a ação de um amplo grupo de profissionais, como fonoaudiólogos, médicos, psicólogos, psicopedagogos e profissionais de educação física, que pode envolver diversos métodos terapêuticos. Há evidências que indicam que o tratamento é mais eficaz quando iniciada o mais cedo possível. É importante notar que indivíduos que geralmente receberam intervenção mais precoce e intensa tendem a alcançar resultados ideais a ponto de nem mais preencherem diagnóstico para o autismo, o que reforça a necessidade de um diagnóstico precoce e uma intervenção eficaz (ORISTEIN, 2014)

Não há farmacoterapia para o transtorno autista e não há uma possibilidade de cura do transtorno. Diante disso, o clínico ao lidar com crianças e seus responsáveis devem coordenar uma avaliação multidisciplinar para a criança, orientação aos pais quanto a intervenções no comportamento da criança, papel ativo no tratamento a longo prazo através do planejamento e apoio familiar e apoio do indivíduo e ofertarem a possibilidade de tratamentos alternativos e complementares. Há também a possibilidade de farmacoterapia alvo para as comorbidades, como ansiedade, depressão e outras características, como agressividade, autolesão, hiperatividade, desatenção e distúrbios do sono. Os antipsicóticos risperidona e aripiprazol podem ser usados para minimizar o autoferimento e agressividade. Além desse, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina, como a fluoxetina, sertralina e citalopram parecem ser úteis para a redução de comportamentos compulsivos e repetitivos, rigidez comportamental e agressividade (HALES, 2012; VOLKMAR, 2014).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa apresenta um cunho retrospectivo, quantitativo e descritivo, sendo desenvolvida de forma virtual através de questionários aplicados de maneira remota através da ferramenta Google Forms para pais ou responsáveis de crianças autistas.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo consta de pais e/ou responsáveis de crianças diagnosticadas com o transtorno de espectro autista, convidados através de busca ativa nos perfis da rede social Instagram e Facebook por meio de grupos e páginas que estejam associadas ao tema do autismo.

Os critérios de inclusão são pais e/ou responsável de crianças já diagnosticadas com TEA com necessidade de que todos sejam alfabetizados e que detenham o mínimo conhecimento para o preenchimento de formulários online e sem limitação de idade, sexo, localização ou quaisquer outros critérios. Os critérios de exclusão são pais e/ou responsáveis de crianças em que o diagnóstico não foi firmado e pais e/ou responsáveis analfabetos ou com alterações que impossibilite a leitura e interpretação do questionário.

Pela reduzida possibilidade de contato com crianças que preencham os critérios de seleção, a amostra será por conveniência, alcançando todas as crianças que satisfaçam os critérios.

3.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os resultados deste estudo serão obtidos através da distribuição de um questionário virtual disponibilizado via Google Forms. A segunda seção do formulário foi composta de um questionário sociodemográfico e de perguntas relacionadas a patologias dos pais, idade dos pais ao nascimento da criança, o responsável por identificar os primeiros sinais de autismo na criança, idade da criança ao ser diagnosticada com autismo e os primeiros sinais que fizeram o responsável procurar assistência de saúde.

Na terceira seção, foi apresentado um formulário modificado baseado nos quesitos do DSM-IV (anexo A), instrumento anteriormente utilizado para diagnóstico do transtorno, sendo a parte “A” do critério diagnóstico empregada para elaboração do questionário (Apêndice A). Os quesitos encontrados no DSM-IV para o diagnóstico elencam critérios diversos nas seguintes áreas: (1) comprometimento qualitativo da interação social; (2) comprometimento qualitativo da comunicação; (3) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. Houve a preferência pela quarta versão em detrimento da quinta pelo maior detalhamento e linguagem mais acessível da versão anterior, fatores importantes para um questionário aplicado virtualmente para a população geral. O DSM-IV foi utilizado, apesar da existência mais recente do DSM-5, pois a sua quarta versão apresenta uma maior divisão entre os critérios e uma linguagem mais acessível, o que facilita o entendimento dos entrevistados, que foram abordados virtualmente.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de forma virtual em decorrência da pandemia da COVID-19, com liberação do questionário online para que o responsável pela criança leia e o preencha de forma remota, com suporte para retirada de dúvidas a qualquer momento durante o preenchimento do questionário. O questionário foi hospedado no Google Forms e pôde ser acessado através do link “<https://forms.gle/NwHK6kRh1d3ovSnG8>”.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta, todos os dados foram armazenados na ferramenta do Google Forms e em seguida organizados e tratados, através de análise descritiva, no programa Microsoft Excel® (versão 2016). Os dados numéricos foram apresentados em tabelas, em valores absolutos e percentuais, quando cabível, considerando duas casas decimais, sendo organizados em número, média, mediana, desvio padrão amostral e margem de erro para o intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

3.6 PROCEDIMENTO ÉTICO

Fizeram parte da amostra os pais das crianças que concordaram em participar mediante informação e esclarecimento. A autorização foi dada através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) na admissão ao estudo (Apêndice B).

Por se tratar de uma pesquisa realizada através de um questionário, foi informado aos participantes que este estudo pode apresentar riscos, citando alguns: constrangimento ao responder os itens do questionário, desconforto, estresse, quebra de sigilo, cansaço ao responder às perguntas e quebra do anonimato. No entanto, também foi informado o caráter confidencial da pesquisa, garantia do sigilo das informações prestadas e a possibilidade de interrupção da entrevista a qualquer momento, esclarecendo que os pesquisadores responsáveis estão disponíveis para prestar suporte e também o benefício da participação.

Como se trata de uma pesquisa com seres humanos, o projeto foi submetido anteriormente à análise do Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos do Centro de Ciências Médicas da UFPB, de acordo com o que normatiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Apresentou o seguinte Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) na plataforma Brasil: 39915220.3.0000.8069. O número do parecer do Conselho de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba foi o 4.561.070.

4 RESULTADOS

Um total de 102 respostas foram coletadas, sendo excluídos 8 questionários por ausência de diagnóstico fechado e 8 por respostas perceptivelmente erradas (formulário incompleto, datas erradas, informações repetidas ou trocas, etc.), totalizando 86 questionários analisados.

A idade média dos pais ao nascimento da criança diagnosticada com o transtorno foi de 30,46 anos ($\pm 1,51$ – IC 95%, n= 85). A idade média das mães ao nascimento da criança diagnosticada com o transtorno foi de 28,16 anos ($\pm 1,42$ – IC 95%, n=85). Vide tabela 1.

Tabela 1 - Idade dos pais ao nascimento da criança

	Número	Média	Mediana	Desvio padrão	IC (95%)
Idade do pai ao nascimento	85	30,46	30,00	7,12	1,51
Idade mãe ao nascimento	85	28,16	28,00	6,69	1,42

Fonte: elaboração própria

Em relação aos dados das crianças, 75 (87%) são do sexo masculino e 11 (13%) do sexo feminino (6,8:1). No momento da pesquisa, a idade média das crianças era de 5,98 anos. A idade média de diagnóstico de autismo das crianças que participaram da pesquisa foi de 3,39 anos ($\pm 0,43$ – IC 95 %, n= 86). A idade de diagnóstico do autismo das crianças do sexo masculino foi de 3,45 anos ($\pm 0,57$ – IC 95%, n=75) e das crianças do sexo feminino foi de 2,99 anos ($\pm 1,19$ – IC 95%, n=11). Vide tabela 2.

Tabela 2 - Idade da criança ao diagnóstico de autismo com divisão entre sexos

	Número	Média	Mediana	Desvio padrão	IC (95%)
Idade ao diagnóstico	86,00	3,39	2,66	2,05	0,43
Masculino	75 (87%)	3,45	2,66	2,52	0,57
Feminino	11 (13%)	2,99	2,00	2,02	1,19

Fonte: elaboração própria

As comorbidades assinaladas apresentadas pelas crianças foram o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (13,98%, n= 13), alergias (88,60%, n= 8), transtorno desafiador opositor (6,45%, n=6), epilepsia (5,38%, n= 5), ansiedade (4,30%, n= 4), retardo mental (4,30%, n= 4), refluxo (2,15%, n= 2), insônia (2,15%, n= 2) e as seguintes patologias foram assinaladas apenas uma vez (1,08%): asma, alteração da calota craniana, hemiparesia, estrabismo, esquizofrenia e síndrome do X frágil, sendo que 43 (46,24%) entrevistados não responderam ou não indicaram qualquer patologia. A média de idade no momento do

diagnóstico de autismo em crianças que apresentam comorbidades foi de 3,13 ($\pm 0,79$ – IC 95%, n=43) e média de idade em crianças que não apresentam comorbidade foi de 3,66 ($\pm 0,67$ – IC 95%, n=43). Vide tabela 3.

Tabela 3 - Idade ao diagnóstico e comorbidades

	Média	Mediana	Número	Desvio padrão	IC (95%)
Crianças com comorbidades	3,13	2,00	43,00	2,65	0,79
Crianças sem comorbidades	3,66	3,00	43,00	2,24	0,67

Fonte: elaboração própria

Também se questionou com perguntas abertas quais foram os primeiros sinais que fizeram o pai ou responsável procurar assistência à saúde para as crianças. As respostas foram subdivididas entre questionários de crianças que receberam diagnóstico de autismo com menos de 3 anos e aquelas que foram diagnosticadas com 3 anos ou mais. Os sinais que mais fizeram os responsáveis buscar assistência de saúde para crianças que foram diagnosticadas antes dos três anos foi o de movimentos repetitivos (16,07%, n= 8), ausência ou diminuição de contato visual (10,71%, n= 12) e atraso na fala (8,93%, n= 10). Entre as crianças que foram diagnosticadas com três anos ou mais, os sinais que primeiro fizeram os responsáveis buscar a assistência à saúde foram os movimentos repetitivos (14,02%, n= 15), ausência ou diminuição da fala (10,28%, n= 11), choro excessivo (6,54%, n= 7) e insônia (6,54%, n= 7), vide tabela 4.

Tabela 4 - Sinal que fez o responsável procurar assistência de saúde (continua)

Diagnóstico com menos de 3 anos	n	(%)	Diagnóstico com 3 anos ou mais	n	(%)
Movimentos repetitivos	1	16,0	Movimentos repetitivos	1	14,0
	8	7		5	2
Ausência/ diminuição de contato visual	1	10,7	Ausência/diminuição de fala	1	10,2
	2	1		1	8
Atraso na fala	1	8,93	Choro excessivo	7	6,54
	0				
Andar na ponta dos pés	9	8,04	Insônia	7	6,54
Não respondia ao ser chamado	9	8,04	Isolamento social / falta de interação	6	5,61
Não se interessar por outras crianças/não socialização	9	8,04	Agitação / hiperativo	6	5,61
Estereotípias	6	5,36	Alteração no olhar/pouco contato visual	6	5,61
Hiperfoco - letras e números, ventilador, carrinhos	4	3,57	Parou de falar	4	3,74
Não utilizar os brinquedos corretamente	4	3,57	Seletividade alimentar	4	3,74
Agitação / hiperativo	3	2,68	Andar na ponta dos pés	4	3,74
Falta de apetite/seletividade alimentar	3	2,68	Atraso na fala	4	3,74
Enfileirava os brinquedos	3	2,68	Não brincava corretamente com os brinquedos	4	3,74
Atraso em andar	3	2,68	Agressividade	3	2,80

Tabela 4 - Sinal que fez o responsável procurar assistência de saúde (conclusão)

Diagnóstico com menos de 3 anos	n	(%)	Diagnóstico com 3 anos ou mais	n	(%)
Choro/gemência excessiva	3	2,68	Atraso no desenvolvimento	3	2,80
Ausência de comunicação não verbal	3	2,68	Hiperfoco - letras, carros...	3	2,80
Não atendia a comandos	2	1,79	Alteração na fala / ecolalia	3	2,80
Insônia	2	1,79	Autolesão	2	1,87
Autolesão	2	1,79	Alteração de aprendizado	2	1,87
Não imitava	1	0,89	Sem medo	2	1,87
Hipersensibilidade aos sons	1	0,89	Não atendia ao ser chamado	2	1,87
Hipotonia	1	0,89	Estereotipias	1	0,93
Ausência de medo	1	0,89	Comportamentos disruptivos	1	0,93
Falta de equilíbrio	1	0,89	Comportamentos ritualísticos	1	0,93
Hipossensibilidade a dor	1	0,89	Ausência de linguagem não verbal	1	0,93
Irritabilidade	1	0,89	Irritabilidade	1	0,93
			Passividade	1	0,93
			Sensibilidade aos sons	1	0,93
			Hipotonia	1	0,93
			Incoordenação motora	1	0,93

Fonte: elaboração própria

As respostas também foram organizadas em 4 segmentos, orientados pelos critérios do DSM-IV: déficit na interação social, déficit na comunicação, alteração do comportamento e outros, quando os sinais não fazem parte de nenhuma subdivisão procurada. Entre as crianças diagnosticadas com menos de 3 anos, a alteração no comportamento foi o sinal que mais fez o responsável procurar assistência à saúde (19,64%, n= 44), seguido de déficit na interação social (31,25%, n= 35), de outros (agitação, seletividade alimentar, choro excessivo, insônia, entre outros) (19,64%, n= 22) e déficit na comunicação (9,82%, n= 11). Entre as crianças diagnosticadas com 3 anos ou mais, outros sinais, que não fazem partes dos critérios do DSM-IV, foram os principais sinais que fizeram o responsável procurar assistência à saúde (38,32%, n= 41), seguido de alteração do comportamento (27,10%, n= 29), de déficit na comunicação (20,56%, n= 22) e déficit na interação social (14,02%, n= 15). Vide tabela 5.

Tabela 5 - Sinais identificados que fizeram o responsável procurar assistência à saúde agrupados em categorias

Sinais em crianças com menos de 3 anos	n	(%)	Sinais em crianças com 3 anos ou mais	n	(%)
Déficit na interação social	35	31,25	Déficit na interação social	15	14,02
Déficit na comunicação	11	9,82	Déficit na comunicação	22	20,56
Alteração do comportamento	44	39,29	Alteração do comportamento	29	27,10
Outros	22	19,64	Outros:	41	38,32

Fonte: elaboração própria

Na terceira seção da pesquisa foi solicitado aos entrevistados indicar, entre os critérios do DSM-IV, os sinais que primeiro identificaram na criança e a idade de identificação. Dentre os critérios apresentados, aqueles que obtiveram menor média de idade, no momento da identificação, foram a destacada diminuição no uso de comportamentos não verbais (1,42 ano \pm 0,44 – IC 95%), seguido de preocupação absorvente por um ou mais padrões estereotipados e restritivos de interesse (1,65 ano \pm 0,49 – IC 95%) e falta de procura espontânea em dividir satisfações, interesses ou realizações com outras pessoas (1,68 ano \pm 0,39 – IC 95%), vide tabela 6. A idade média de detecção dos primeiros sinais foi de 1,98 ano (\pm 0,18 – IC 95%, n=221).

Tabela 6 - Idade de identificação de sinais assinalados em critérios do DSM-IV

Crítérios do DSM-IV	Número	Média	Media na	Desvio padrão	IC 95%
Destacada diminuição no uso de comportamentos não-verbais múltiplos, tais como contato ocular, expressão facial, postura corporal e gestos para lidar com a interação social.	23	1,42	1,00	1,07	0,44
Preocupação absorvente por um ou mais padrões estereotipados e restritivos de interesse que sejam anormais, quer na intensidade quer no seu objetivo.	13	1,65	1,83	0,91	0,49
Falta de procura espontânea em dividir satisfações, interesses ou realizações com outras pessoas, por exemplo: não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse.	21	1,68	1,50	0,91	0,39
Falta de reciprocidade (resposta) social ou emocional.	21	1,72	1,50	0,97	0,42
Incapacidade em desenvolver relações de companheirismo apropriadas para o nível de comportamento.	24	1,85	1,75	1,09	0,44
Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral, sem ocorrência de tentativas de compensação através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímicas.	17	1,92	1,75	1,02	0,48
Uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática (singular, própria)	20	2,04	2,00	0,96	0,42
Hábitos motores estereotipados e repetitivos, por exemplo: agitação ou torção das mãos ou dedos, ou movimentos corporais complexos.	19	2,06	1,41	1,98	0,89
Preocupação persistente por partes de objetos.	16	2,11	2,00	2,23	1,09
Adesão, aparentemente inflexível, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais.	17	2,15	2,00	1,56	0,74
Ausência de ações variadas, espontâneas e imaginárias ou ações de imitação social apropriadas para o nível de desenvolvimento.	16	2,40	2,00	1,28	0,63
Se desenvolveu discurso (fala) adequada, apresentava destacada diminuição da habilidade de iniciar ou manter uma conversa com outras pessoas.	14	3,24	2,21	1,87	0,98

Fonte: elaboração própria

Foi possível também agrupar os sinais assinalados dentre os critérios do DSM-IV em 3 subgrupos, como o faz o próprio manual, a saber: déficit na interação social, déficit na

comunicação e alteração no comportamento/interesse. A média de idade de identificação do déficit na interação social foi a menor (1,67 ano \pm 0,21 – IC 95%), seguido de alteração do comportamento ou interesse (2,02 anos \pm 0,43 – IC 95%) e, por último, déficit na comunicação (2,35 \pm 0,32 – IC 95%), vide tabela 7.

Tabela 7 - Média de idade dos sinais separada em categorias do DSM-IV

	Número	Média	Mediana	Desvio padrão	IC (95%)
Déficit na interação social	89	1,67	1,50	1,01	0,21
Alteração do comportamento/interesse	65	2,02	1,50	1,75	0,43
Déficit na comunicação	67	2,35	2,00	1,35	0,32

Fonte: elaboração própria

5 DISCUSSÃO

A idade paterna média ao nascimento da criança diagnosticada com o transtorno foi de 30,46 anos e a idade materna média 28,16 anos. Mesmo diante da divergência na literatura, os dados deste trabalho demonstram uma idade média parenteral jovem, considerando que há estudos que demonstram aumento de risco de autismo com o aumento da idade paterna com uma associação quando esses apresentam 35 anos ou mais (GARDNER, 2009; LAURITSEN, 2005).

A maior proporção de meninos em relação a meninas com diagnóstico de autismo concorda com uma maior prevalência no sexo encontrada na literatura (6,8:1). A idade média de diagnóstico das crianças do sexo masculino foi de 3,45 anos e das crianças do sexo feminino de 2,99 anos, virtualmente a mesma idade, considerando o intervalo de confiança, dado divergente da literatura que identifica sinais mais precoces em crianças do sexo masculino (MAENNER, 2021; ROS-DEMARIZE, 2020).

Observou-se, também, que a idade média ao diagnóstico de autismo entre crianças com comorbidades e crianças sem comorbidades foi o mesmo, considerando o intervalo de confiança. A literatura relata que condições concomitantes podem aumentar ou diminuir a idade em que as crianças foram avaliadas para o autismo, uma vez que sintomas, por exemplo, como regressão no desenvolvimento e TDAH, podem acelerar e retardar, respectivamente, a identificação do transtorno (SOKE, 2010). Além disso, 50% (n=43) dos entrevistados desta pesquisa indicaram comorbidades concomitantes nas crianças e a literatura indica números ainda maiores. Apesar de os dados desta pesquisa não diferenciarem as comorbidades, o reconhecimento destas associações é importante para o manejo desses pacientes, reforçando a necessidade de uma intervenção multidisciplinar e a possibilidade de rastreio de comorbidades ou do próprio autismo nessa população.

Em nosso estudo, os sinais identificados que fizeram o responsável procurar assistência de saúde em crianças diagnosticadas aos 3 anos ou menos foram os de alteração do comportamento, seguido por déficit na interação social e déficit na comunicação. Entre as crianças com mais de 3 anos, outros sinais (choro excessivo, insônia, agitação) foram os principais sinais que fizeram os responsáveis procurarem assistência à saúde, seguido de alteração do comportamento, déficit na comunicação e déficit na interação social. É interessante notar que os déficits na interação social não foram os sinais que fizeram os pais procurarem a assistência à saúde, apesar de esse ser o primeiro sinal a aparecer. Mais do que isso, entre as

crianças com diagnóstico de autismo após os 3 anos, a alteração na interação social não só foi o sinal que menos fez os responsáveis procurarem ajuda, como também sinais outros, que não fazem parte de critérios diagnósticos do então DSM-IV (e do DSM-5), foram os principais sinais que fizeram os responsáveis procurarem assistência. Isso reforça a necessidade da busca ativa desses sinais por profissionais da saúde e triagem dessas crianças quando pais ou responsáveis procurarem ajuda com queixas de alteração do neurodesenvolvimento e persistência imotivada de queixas aparentemente inespecíficas, como choro excessivo, insônia e agitação.

A idade média de identificação dos primeiros sinais do autismo encontrada em nosso estudo foi de 1,98 ano, corroborando outros estudos. Observa-se, ainda, na literatura, quanto aos primeiros sinais observados, que há uma maior referência ao desenvolvimento da linguagem, especialmente ao desenvolvimento da fala, seguido de problemas no comportamento social e comportamentos repetitivos e estereotipados (ZANON, 2014). Neste estudo, porém, houve uma maior referência aos déficits na interação social, seguido de déficit na comunicação (comparável ao desenvolvimento da linguagem) e de alteração no comportamento. Inúmeras explicações cabem para explicar esta diferença, dentre elas as diferentes populações e diferentes métodos de desenvolvimento do trabalho. Ressalta-se, nesse ponto, que, em nossa pesquisa, foi solicitado que o entrevistado indicasse quais foram os primeiros sinais identificados, o que pode justificar o maior aparecimento do déficit na interação social – sinal mais precocemente identificado.

Quanto à idade média do aparecimento desse grupo de sinais, a literatura relata que o déficit na interação social é o achado encontrado de forma mais precoce. Em nossa pesquisa, o déficit na interação social também foi o achado mais precocemente identificado, com idade média de identificação de 1,67 ano, sendo a destacada diminuição no uso de comportamentos não-verbais múltiplos, critério do déficit na interação social, o critério com menor média de idade de identificação, com 1,42 ano. Estudos citam que algumas dificuldades na interação social foram identificadas pelos pais um pouco depois dos 9 meses de idade da criança (ADRIEN, 1992; ZANON, 2014). Ressalta-se que, em nossas entrevistas, algumas identificações ocorreram ainda no primeiro mês de vida da criança, como alterações no contato ocular durante a amamentação, por exemplo.

Há uma visível mudança entre os sinais que primeiro fizeram procurar a assistência à saúde e os primeiros sinais identificados retrospectivamente. Em um estudo baseado em vídeos caseiros (ADRIEN, 1992), demonstrou que os déficits sociais estão presentes na criança em uma idade anterior àquela que primeiro preocupou os pais. Sendo a falta de interação social o

sinal mais precocemente visto e o menos citado como fonte de procura de auxílio, é possível inferir que muitos pais associam aspectos da personalidade do filho, como timidez, quietude, gosto, entre outros, como a um processo fisiológico, o que pode tardar a busca de um profissional e conseqüentemente o diagnóstico. Essa ideia é reforçada quando comparada a diferença de idade média entre a identificação dos primeiros sinais, sendo 1,42 ano em alguns critérios, e a idade média ao diagnóstico (3,39 anos), sugerindo que os próprios pais notaram sinais de autismo vários meses antes do diagnóstico. Isso também reforça que o médico ou outro profissional que está em contato mais próximo com tais indivíduos devem realizar uma busca ativa desses sinais relacionados à interação social, não só aguardando sinais mais evidentes, como alterações no movimento ou atraso na fala, que tendem a aparecerem mais tardiamente.

A presente pesquisa também apresentou algumas limitações, entre elas podemos citar o formato online de pesquisa, que prejudica a coleta de dados, uma vez que cabe ao entrevistado interpretar e responder ao questionário, composto muitas vezes de perguntas específicas e complexas, que pode servir de viés. Ainda, pelo modelo, não é possível afirmar com certeza se todos os entrevistados realmente responderam sobre crianças realmente diagnosticadas com autismo e por quem e por qual método elas foram diagnosticadas, uma vez que foi solicitado apenas uma simples declaração de diagnóstico de autismo pelo entrevistado, prejudicando uma delimitação da população. Além disso, a pesquisa teve um cunho retrospectivo, o que gera influência do efeito da memória dos entrevistados.

6 CONCLUSÃO

Os déficits na interação social não foram os principais motivos que fizeram os pais procurarem a assistência à saúde, apesar de esse ser o primeiro sinal a aparecer. Entre as crianças com diagnóstico de autismo após os 3 anos sinais outros, que não fazem parte de critérios diagnósticos do então DSM-IV (e do DSM-5), foram os principais sinais que fizeram os responsáveis procurarem assistência. O déficit na interação social foi o achado mais precocemente identificado, com idade média de identificação de 1,67 ano, sendo a destacada diminuição no uso de comportamentos não-verbais múltiplos o critério com menor média de idade de identificação, com 1,42 ano. Sendo a falta de interação social o sinal mais precocemente visto e o menos citado como fonte de procura de auxílio, é possível inferir que muitos pais associam aspectos da personalidade do filho, o que pode tardar a busca de um profissional e consequentemente o diagnóstico.

Ainda, os dados obtidos nesta pesquisa alertam para a necessidade de os profissionais de saúde buscarem ativamente sinais e sintomas de autismo durante consultas de rotina, mesmo quando os critérios do diagnóstico ou os sinais clássicos do autismo não forem as queixas principais das mães e acompanhantes dessas crianças. Ainda, sinaliza da melhor estruturação da rede de saúde, especialmente da rede pública, para um melhor direcionamento e regulação de crianças encaminhadas pelos profissionais para que o hiato entre a detecção dos primeiros sinais e o início do tratamento seja reduzido. Por fim, desperta a necessidade de uma educação em saúde para a população como um todo, mas principalmente de pais, professores e profissionais que entram em contato com crianças diariamente para que estes possam detectar os primeiros sinais e ativamente procurarem assistência de forma precoce.

7 REFERÊNCIAS

- ADRIEN, J. L. et al. Early symptoms in autism from family home movies: evaluation and comparison between 1st and 2nd year of life using IBSE scale. **Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 55, n. 2, p. 71-75, 1992.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. DSM 5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: ARTMED, 2002, 4a. ed.
- CHAKRABARITI, S. Early identification of Autism. **Indian Pediatrics**, v.46, n.17, p. 412-414, 2009.
- CÔRTEZ, Maria do Socorro; ALBUQUERQUE, Alessandra Rocha. CONTRIBUIÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: DE KANNER AO DSM-5. **Revista JRG De Estudos Acadêmicos**, v.3, n.7, p. 864–880, 2020.
- DEVLIN, B.; SCHERER, S. W. Genetic architecture in autism spectrum disorder. **Current Opinion in Genetics Development**, v. 22, p. 229-237, 2012.
- DURKIN, Maureen S.; MAENNER, Matthew J.; NEWSCHAFFER, Craig J.; et al. Advanced Parental Age and the Risk of Autism Spectrum Disorder. **American Journal of Epidemiology**, v. 168, n. 11, p. 1268 - 1276, 2008.
- FERREIRA, Evelise Cristina Vieira et al. **Prevalência de autismo em Santa Catarina: uma visão epidemiológica contribuindo para a inclusão social**. 2008. 102. Dissertação (Mestrado). Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/92166/257278.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 mar. 2022.
- FILIPEK, P. A.; ACCARDO; ASHWAL S.; et al. PRACTICE PARAMETER: SCREENING AND DIAGNOSIS OF AUTISM. **Neurology**, n. 55, v. 4, p. 468-479, 2000.
- GARDENER, Hannah; SPIEGELMAN, Donna; BUKA, Stephen L. Prenatal Risk Factors for Autism: A Comprehensive Meta-analysis. **Br J Psychiatry**, v. 195, n. 1, p. 7-14, 2009
- GUTHRIE, Whitney; SWINEFORD, Lauren B; NOTTKE, Charly; et al. Early diagnosis of autism spectrum disorder: Stability and change in clinical diagnosis and symptom presentation. **Journal of Child Psychol Psychiatry**. v. 54, n. 5, p. 582–590, 2014.
- HALES, E. R.; YUDOFKY, S. C.; GABBARD, G. O. **Tratado de psiquiatria clínica**. 5ª edição. Porto alegre: artmed, 2012.
- HYMAN, S. L.; LEVY, S. E.; MYERS, S. M. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. **PEDIATRICS**, v. 145, n. 1, 2020.
- JOHNSON, Chris Plauché. Recognition of Autism Before Age 2 Years. **Pediatrics in Review**. v 28, n. 3, 2008.
- KONG, Augustine; FRIGGE, Michael L.; MASSON, Gisli; et al. Rate of de novo mutations, father's age, and disease risk. **Nature**, v. 488, n. 7412, p. 471-475, 2012.

- LANDA, Rebecca J.; GROSS, Alden L.; STUART, Elizabeth A.; et al. Developmental Trajectories in Children With and Without Autism Spectrum Disorders: The First 3 Years. **Child Development**, v. 84, n. 2, p 429-442, 2012.
- LAURITSEN, M. B.; PEDERSEN, C. B.; MORTENSEN, P. B. Effects of familial risk factors and place of birth on the risk of autism: a nationwide register-based study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 46, n. 9, p. 963-971, 2005.
- LAZNIK, M-C. Poderia a teoria lacaniana da pulsão fazer avançar a pesquisa sobre o autismo? **Psicanálise e clínica de bebês**. Curitiba, n. 4, p. 76-90, 2000.
- LORD, Catherine; BISHOP, Somer L.. Recent Advances in Autism Research as Reflected in DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder. **Annual Review of clinical psychology**, v. 11, n. 1, p 53-70, 2015.
- MAENNER, M. J.; SHAW, K. A; BAKIAN, A. V; et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. **MMWR Surveillance Summaries**, v. 70, n. 11, 2021.
- MAKRYGIANNI, M. K.; REED, P. A meta-analytic review of the effectiveness of behavioural early intervention programs for children with autistic spectrum disorders. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v.4, n.4, p. 577-593, 2010.
- NEWSCHAFFER C. J. et al. The epidemiology of autism spectrum disorders. **Annual Review of Public Health**, v. 28, p. 235-258, 2007.
- NORTE, Douglas Mollerke. **Prevalência mundial do transtorno do espectro do autismo: revisão sistemática e metanálise**. 2017. 90. Dissertação (Mestrado). Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/178988>. Acesso em: 18 mar. 2022.
- ORISTEIN, A. J.; HELT, M.; TROYB, E.; TYSON, K. E.; et al. Intervention for Optimal Outcome in Children and Adolescents with a History of Autism. **Journal of Development & Behavioral Pediatrics**, v. 35, n. 4, p. 247-256, 2014.
- OZONOFF, S.; YOUNG, G. S.; CARTER, A.; et al. Recurrence Risk for Autism Spectrum Disorders: A Baby Siblings Research Consortium Study. **PEDIATRICS**, v. 128, n. 3, 2011.
- ROS-DEMARIZE, Rosmary et al. ASD symptoms in toddlers and preschoolers: An examination of sex differences. *Autism Research*, v. 13, n. 1, p. 157-166, 2020.
- SALLEY, Brenda. COLOMBO, John. Conceptualizing Social Attention in Developmental Research. **Social Development**, v. 25, n. 4, p. 687-703, 2015.
- SEIZE, Mariana de Miranda; BORSA, Juliane Callegaro. Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. **Psico-USF**, v. 22, n. 1, p. 161–176, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712017000100161&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 28 jan. 2020
- SOKE, G. N. et al. Prevalence of co-occurring medical and behavioral conditions/symptoms among 4-and 8-year-old children with autism spectrum disorder in selected areas of the United States in 2010. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 48, n. 8, p. 2663-2676, 2018.
- TALBOTT, E. O. et al. Fine particulate matter and the risk of autism spectrum disorder. **Environmental Research**, v. 140, p. 414-420, 2015.

VISANI, P.; RABELLO, S. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 293-308, 2012.

VOLKMAR, F.; SIEGEL, M.; WOODBURY-SMITH, M; 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.

ZAQUEU, Livia da Conceição Costa; TEIXEIRA, Maria Cristina Triguero Veloz; ALCKMIN-CARVALHO, Felipe; *et al.* Associações entre Sinais Precoces de Autismo, Atenção Compartilhada e Atrasos no Desenvolvimento Infantil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 293–302, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722015000300293&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 28 jan. 2020.

APÊNDICE A – Formulário virtual baseado nos critérios de diagnóstico para Perturbação Autística do DSM-IV

1. Destacada diminuição no uso de comportamentos não-verbais múltiplos, tais como contato ocular, expressão facial, postura corporal e gestos para lidar com a interação social.
Resposta: _____
2. Incapacidade em desenvolver relações de companheirismo apropriadas para o nível de comportamento.
Resposta: _____
3. Falta de procura espontânea em dividir satisfações, interesses ou realizações com outras pessoas, por exemplo: não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse.
Resposta: _____
4. Falta de reciprocidade social ou emocional.
Resposta: _____
5. Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral, sem ocorrência de tentativas de compensação através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímicas.
Resposta: _____
6. Se desenvolveu discurso (fala) adequada, apresentava destacada diminuição da habilidade de iniciar ou manter uma conversa com outras pessoas.
Resposta: _____
7. Uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática (singular, própria)
Resposta: _____
8. Ausência de ações variadas, espontâneas e imaginárias ou ações de imitação social apropriadas para o nível de desenvolvimento.
Resposta: _____
9. Preocupação absorvente por um ou mais padrões estereotipados e restritivos de interesse que sejam anormais, quer na intensidade quer no seu objetivo.
Resposta: _____
10. Adesão, aparentemente inflexível, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais.
Resposta: _____
11. Hábitos motores estereotipados e repetitivos, por exemplo: agitação ou torção das mãos ou dedos, ou movimentos corporais complexos.
Resposta: _____
12. Preocupação persistente por partes de objetos.
Resposta: _____

APÊNDICE B - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Prezado(a), o (a) Senhor (a), está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa "IDENTIFICAÇÃO DOS PRIMEIROS SINAIS DO AUTISMO DETECTADOS PELOS PAIS" coordenada pelo Prof. Dr. Jacicarlos Lima de Alencar. O objetivo geral deste estudo é identificar os primeiros sinais do autismo detectados pelos pais.

Caso você aceite participar, você terá que preencher um questionário, apresentado a seguir, com perguntas objetivas relacionadas aos sinais do autismo apresentados pelo seu filho, o que deve dispende cerca de 10 minutos.

Por se tratar de uma pesquisa realizada através de um questionário, informamos que este estudo pode apresentar riscos, entre eles: constrangimento ao responder os itens do questionário, desconforto, estresse, quebra de sigilo, cansaço ao responder às perguntas e quebra do anonimato. Diante disto, é importante salientar que as respostas serão confidenciais, com garantia do sigilo das informações prestadas e, caso necessário for, a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, estando os pesquisadores responsáveis disponíveis para qualquer suporte. Esta pesquisa tem como benefício a contribuição, ao campo científico, maiores conhecimentos sobre os primeiros sinais do Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Convidamos a sua colaboração para coleta de dados, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome e o nome do seu filho serão mantidos em sigilo absoluto.

Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição individualizada dos dados da pesquisa. Sua participação é voluntária e você terá a liberdade de se recusar a responder quaisquer questões que lhe ocasionem constrangimento de alguma natureza.

O (a) senhor (a) também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que a recusa ou a desistência lhe acarrete qualquer prejuízo. É assegurada a assistência durante toda a pesquisa, e garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Se com a sua participação na pesquisa for detectado que você apresenta alguma condição que precise de tratamento, você receberá orientação da equipe de pesquisa, de forma a receber um atendimento especializado. Você também poderá entrar em

contato com os pesquisadores, em qualquer etapa da pesquisa, por e-mail ou telefone, a partir dos contatos dos pesquisadores que constam no final do documento.

Os resultados da pesquisa poderão ser solicitados a partir do mês de junho do ano 2022 através do e-mail do pesquisador. Ressalta-se que os dados coletados nesta pesquisa somente poderão ser utilizados para as finalidades da presente pesquisa, sendo que para novos objetivos um novo TCLE deve ser aplicado.

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa. De igual forma, a participação na pesquisa não implica em gastos a você. No entanto, caso você tenha alguma despesa decorrente da sua participação, tais como transporte, alimentação, entre outros, você será ressarcido do valor gasto. Se ocorrer algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, você será indenizado, conforme determina a Resolução CNS N°466/12.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas através do contato dos pesquisadores, disponível na parte inferior desta página.

Após ser esclarecido sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte do estudo, você deve salvar uma cópia deste TCLE através da impressão desta página ou Print Screen da tela ou ainda guardar o link de acesso para este documento, que permanecerá disponível para leitura.

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações).

() Li e concordo em participar da pesquisa

Pesquisador responsável (orientador): Jacicarlos Lima de Alencar

E-mail para contato: jacicarlos@gmail.com

Telefone para contato: (83) 98873-5501

Outros pesquisadores:

Nome: Jonatas Carlos de Lima Ribeiro

E-mail para contato: jonatascarlo@hotmail.com

Telefone para contato: (83) 98601-7980

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante sejam respeitados, sempre se pautando pelas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O CEP tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Caso você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Contato do pesquisador responsável ou com o Comitê de Ética do Centro de Ciências Médicas.

Endereço:- Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14, Campus I - Cidade Universitária - Bairro Castelo Branco CEP: 58059-900 - João Pessoa-PB.

Telefone: (083) 3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

ANEXO A – Critérios de Diagnóstico Para Perturbação Autística [F84.0] – DSM-IV

- A. Um total de seis (ou mais) itens de (1) (2) e (3), com pelo menos dois de (1), e um de (2) e de (3).
- (1) défice qualitativo na interacção social, manifestado pelo menos por duas das seguintes características:
- (a) acentuado défice no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tais como contacto ocular, expressão facial, postura corporal e gestos reguladores da interacção social;
 - (b) incapacidade para desenvolver relações com os companheiros, adequadas ao nível de desenvolvimento;
 - (c) ausência da tendência espontânea para partilhar com os outros prazeres, interesses ou objectivos (por exemplo, não mostrar, trazer ou indicar objectos de interesse);
 - (d) falta de reciprocidade social ou emocional.
- (2) défices qualitativos na comunicação, manifestados pelo menos por uma das seguintes características:
- (a) atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral (não acompanhada de tentativas para compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica);
 - (b) nos sujeitos com um discurso adequado, uma acentuada incapacidade na competência para iniciar ou manter uma conversação com os outros;
 - (c) uso estereotipado ou repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;
 - (d) ausência de jogo realista espontâneo, variado, ou de jogo social imitativo adequado ao nível de desenvolvimento;
- (3) padrões de comportamento, interesses e actividades restritos, repetitivos e estereotipados, que se manifestam pelo menos por uma das seguintes características:
- (a) preocupação absorvente por um ou mais padrões estereotipados e restritivos de interesses que resultam anormais, quer na intensidade quer no seu objectivo;
 - (b) adesão, aparentemente inflexível, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais;
 - (c) maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por exemplo, sacudir ou rodar as mãos ou dedos ou movimentos complexos de todo o corpo);
 - (d) preocupação persistente com partes de objectos.
- B. Atraso ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos três anos de idade: (1) interacção social, (2) linguagem usada na comunicação social (3), jogo simbólico ou imaginativo.
- C. A perturbação não é melhor explicada pela presença de uma Perturbação de Rett ou Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância.