

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DO ESPECTRO AUTISTA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO INFANTIL

Laryssa Hitielly de Matos¹, Alice Berticelli Costa², Angélica Caroline dos Santos Ratti³,
Sandra Cristina Catelan Mainardes⁴

¹Acadêmica do Curso de Medicina, Campus Maringá/PR, Universidade Cesumar – UNICESUMAR. larydematos@gmail.com

²Acadêmica do Curso de Medicina, Campus Maringá/PR, Universidade Cesumar - UNICESUMAR. alicberticelli@hotmail.com

³Psicóloga Clínica – angelicaratti@hotmail.com

⁴Orientadora, Mestre, Departamento de Medicina, UNICESUMAR. Pesquisadora do Instituto Cesumar de
Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI. sandra.mainardes@unicesumar.edu.br

RESUMO

Os dados epidemiológicos são fundamentais para uma melhor caracterização dos pacientes diagnosticados com qualquer patologia, no presente estudo, enfatizamos a importância dos dados epidemiológicos convergentes ao Transtorno do Espectro Autista. O estudo foi baseado em um levantamento de dados, em crianças que frequentam o Instituto do Desenvolvimento do Espectro Autista, localizado na cidade de Maringá, Pr. A análise dos resultados foi realizada por meio da estatística descritiva, construindo-se tabelas e medidas descritivas no qual são acrescentadas inferências sobre o conteúdo de acordo com a literatura específica, pertinente e atual sobre o tema. O perfil epidemiológico da amostra consiste em indivíduos com maior prevalência do sexo masculino, faixa etária localizada entre os 2-3 anos, com diagnósticos de TEA confirmado. Em relação a prática de terapia complementar foi prevalente a terapia ocupacional, a fonoterapia e a psicoterapia. As crianças que usavam psicofármacos foram prevalentes o consumo de risperidona para controle das estereotipias. Os dados encontrados em consonância com a literatura especializada. O diagnóstico e a intervenção precoce são fundamentais para o desenvolvimento neuropsicomotor, produzindo ganho na saúde e na qualidade de vida do portador destes pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo. Crianças. Epidemiologia.

1 INTRODUÇÃO

“O autismo infantil precoce” foi descrito por Leo Kanner em 1943, embora, em 1867, o psiquiatra Henry Maudsley tenha observado um grupo de crianças bem jovens com transtornos mentais graves que se caracterizavam por desvio, atraso e distorção acentuados no desenvolvimento. Naquela época, acreditava-se que a perturbação do desenvolvimento mais séria em crianças jovens, se enquadrasse na categoria de psicoses. O trabalho clássico de Kanner, “*Autistic Disturbances of Affective Contact*”, deu origem ao termo autismo infantil e apresentou uma visão clara e detalhada dessa síndrome do início da infância. (SADOCK, 2017).

O autismo é um transtorno neuropsiquiátrico que se desenvolve na infância precoce, pertence ao grupo de condições definidas como transtornos invasivos do desenvolvimento, também referidas como Transtorno do Espectro Autista (TEA).

A etiopatogenia do TEA é muito estudada, no entanto ainda não está totalmente esclarecida, porém acredita-se que seja resultante de uma interação muito complexa entre fatores genéticos e ambientais que levam o indivíduo a possuir o transtorno.

As características essenciais do transtorno do espectro autista são prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Paralelamente a estas características comuns do TEA, outras manifestações aparecem com frequência em pessoas com TEA e podem apresentar repercussões sobre sua saúde e convívio familiar e social, assim como na eficácia da educação e intervenções terapêuticas.

Adicionalmente, em geral 70% dos indivíduos portadores de TEA, também preenchem critério diagnóstico para pelo menos um outro transtorno mental ou de comportamento (frequentemente não reconhecido), e 40% preenchem critério diagnóstico

de pelo menos outros dois transtornos mentais, principalmente ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtorno desafiador de oposição (BRASIL, 2016). Manifestações do TEA também variam muito dependendo da gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica, daí o uso do termo espectro.

O diagnóstico do TEA é clínico, pela observação direta da presença de sintomas comportamentais que caracterizam o transtorno e de entrevistas com os pais ou responsáveis do paciente.

As manifestações clínicas do TEA variam em intensidade, e os planos de tratamento devem ser individualizados. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), o tratamento padrão-ouro para o TEA é a intervenção precoce, que deve ser iniciada tão logo haja suspeita ou imediatamente após o diagnóstico por uma equipe interdisciplinar. Consiste em um conjunto de modalidades terapêuticas que visam aumentar o potencial do desenvolvimento social e de comunicação da criança, proteger o funcionamento intelectual reduzindo danos, melhorar a qualidade de vida e dirigir competências para autonomia, além de diminuir as angústias da família e os gastos com terapias sem bases de evidência científicas.

Os agentes psicofarmacológicos não tratam o autismo em si, no entanto, os indivíduos com TEA podem realizar tratamento para as condições associadas, os chamados de sintomas acessórios, como agressividade, irritabilidade, ansiedade e Transtorno do Déficit de Atenção com hiperatividade (TDAH). As intervenções psicofarmacológicas podem ser um complemento útil para intervenções comportamentais e ou ambientais em crianças com TEA, depois que os apoios comportamentais e educacionais foram maximizados. Os únicos medicamentos psicotrópicos aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pela *Food and Drug Administration* (FDA) especificamente para o tratamento de indivíduos com TEA são a Risperidona e Aripiprazol.

Desta forma, o diagnóstico e o tratamento precoce possuem o potencial de modificar as consequências do TEA, sobretudo, com relação ao comportamento agressivo melhorando, portanto, a qualidade de vida da criança e de seus familiares. Embora não haja cura, os sintomas podem diminuir ao longo do tempo, e em certa parte dos indivíduos, serem reduzidos até não causarem deficiências importantes.

Logo, dentro desse cenário, pretende-se caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados ou em investigação para TEA que frequentam o Instituto do Desenvolvimento do Espectro Autista (IDEA) – Ricardo Filho, localizado na cidade de Maringá, PR.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa realizada é de caráter exploratório e descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa. Segundo Gil (2008), as pesquisas exploratórias objetivam proporcionar maior familiaridade com o problema. Já as pesquisas descritivas têm como objetivo a caracterização de determinada população ou fenômeno, ou ainda, o estabelecimento de relações entre as possíveis variáveis.

Inicialmente, foi realizada uma reunião com a diretora e orientadora da instituição IDEA a fim de explanar sobre a pesquisa, obter autorização do local e esclarecer sobre a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O delineamento amostral ocorreu de modo homogêneo e não aleatório, sendo incluídos na pesquisa crianças com idade até 11 anos e 11 meses em investigação ou com diagnóstico de TEA, matriculados na escola no período da pesquisa. O critério de exclusão amostral, foi a criança que não preencheu os requisitos acima.

A metodologia desenrolou-se em uma única etapa, na qual foi aplicado um questionário de identificação, “questionário sobre o uso de antipsicóticos” direcionado aos pais das crianças que frequentam o IDEA.

Nesse questionário, coletou-se os dados como: nome, idade, presença ou ausência de diagnóstico, uso de psicofármacos, com destaque à antipsicóticos - em caso de uso, verificou-se qual era esse medicamento, terapias complementares, e diagnóstico de transtornos mentais e de comportamentos associados.

Os dados coletados foram tabulados com auxílio do software Microsoft Excel, por meio de planilha, que possibilitem o manejo de dados e integralidade das informações coletadas. A identificação da criança foi cifrada a fim de preservá-la. A análise dos resultados foi realizada por meio da estatística descritiva, construindo-se tabelas e medidas descritivas no qual são acrescentadas inferências específicas sobre o conteúdo de acordo com a literatura específica, pertinente e atual sobre o tema.

O projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente em Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ensino Superior de Maringá (UniCesumar), sob o número do CAEE 38799620.9.0000.5539. Os envolvidos na pesquisa foram esclarecidos quanto ao objetivo do estudo e a seus direitos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, e neste momento assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O resultado da pesquisa foi obtido através de 50 respostas coletadas via questionário preenchido por pais, ou responsáveis dos participantes matriculados no Instituto do Desenvolvimento do Espectro Autista (IDEA) no período da pesquisa.

Os dados mostram que há uma maior frequência em crianças do sexo masculino (76%) em comparação com o sexo feminino (12%) (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição da amostra dos pacientes com TEA atendidos no IDEA quanto ao sexo.

Sexo	Frequência	Porcentagem (%)
Masculino	38	76%
Feminino	12	24%
Total	50	100%

Fonte: dados da pesquisa.

Ao analisar a faixa etária evidencia-se predomínio de crianças com 2 anos (24%), seguido por 3 anos (22%), já em terceiro lugar, percebe-se uma redução drástica na incidência, caindo para 12%, tanto em crianças com 4, quanto com 7 anos (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição da amostra dos pacientes com TEA atendidos no IDEA quanto a idade.

Idade	Frequência	Porcentagem (%)
1 ano	1	2%
2 anos	12	24%
3 anos	11	22%
4 anos	6	12%
5 anos	5	10%
6 anos	2	4%
7 anos	6	12%
8 anos	2	4%
9 anos	3	6%
10 anos	1	2%
13 anos	1	2%

Total	50	100
-------	----	-----

Fonte: dados da pesquisa.

Ademais, nem todas as crianças que frequentam o IDEA possuem diagnóstico confirmado de TEA, a maioria dos pacientes já tem a confirmação (72%), entretanto 28% deles ainda permanecem em avaliação (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição da amostra dos pacientes com TEA atendidos no IDEA quanto a investigação ou confirmação do TEA.

Diagnóstico	Frequência	Porcentagem (%)
Em investigação para TEA	14	28%
TEA confirmado	36	72%
Total	50	100%

Fonte: dados da pesquisa.

Analisando a realização de terapias complementares, dentre as 50 crianças, 40 delas realizam terapia ocupacional (26,85%), seguido da fonoaudiologia (24,83%) e psicologia (22,15%). Em menor porcentagens, há a realização de psicopedagogia, natação, terapia cognitivo comportamental, fisioterapia, integração sensorial e equoterapia (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição da amostra dos pacientes com TEA atendidos no IDEA quanto a realização de terapias complementares.

Terapia complementar	Frequência	Porcentagem (%)
Terapia ocupacional	40	26,85%
Fonoaudiologia	37	24,83%
Psicologia	33	22,15%
Psicopedagogia	11	7,38%
Natação	10	6,71%
Terapia cognitivo comportamental	6	4,03%
Fisioterapia	4	2,68%
Integração sensorial	4	2,68%
Equoterapia	4	2,68%
Total	149*	100%

Nota explicativa: *Alguns participantes realizam 2 ou mais terapias, por isso a frequência total é maior que 50.

Fonte: dados da pesquisa.

Observando o uso de medicamentos, das 50 crianças estudadas, metade não utiliza nenhum psicofármaco (50%) e a outra metade utiliza (50%) (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição da amostra dos pacientes com TEA atendidos no IDEA quanto ao uso ou não de psicofármacos.

Uso de psicofármacos	Frequência	Porcentagem (%)
Não utiliza	25	50%
Utiliza	25	50%
Total	50	100%

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação as crianças que utilizam psicofármacos, a maioria delas utiliza Risperidona (33,33%), seguido por Aristab (12,12%), Ritalina e Depakene (ambos com

9,09%). Além disso, é importante ressaltar que dentre as crianças em uso de psicofármacos 9,09% utilizam *Cannabidiol* como forma de tratamento. (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição da amostra dos pacientes com TEA atendidos no IDEA quanto a escolha do psicofármaco.

Psicofármaco de escolha	Frequência	Porcentagem (%)
Risperidona	11	33,33%
Aripiprazol	6	18,18%
Ritalina	3	9,09%
Depakene	3	9,09%
Cannabidiol	3	9,09%
Haloperidol	2	6,06%
Neuleptil	2	6,06%
Citalopram	1	3,03%
Trileptal	1	3,03%
Lamotrigina	1	3,03%
Total	33*	100%

Nota explicativa: *alguns pacientes utilizam 2 medicamentos ou mais, por isso o total é maior que 25.

Fonte: dados da pesquisa.

Outra variável analisada, foi a presença ou não de comorbidades. Das 50 crianças analisadas a maioria não possuía comorbidades, ou este dado não foi mencionado no texto (84%), enquanto as comorbidades mais prevalentes foram deficiência intelectual e Síndrome de *Asperger*, cada uma com frequência de 4%. Outras comorbidades somaram 8% e compreendem Síndrome de *Down*, TDAH, paralisia cerebral e epilepsia (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição da amostra dos pacientes com TEA atendidos no IDEA quanto a comorbidades.

Comorbidade	Frequência	Porcentagem (%)
Não possui/não mencionou	42	84%
Deficiência intelectual	2	4%
Síndrome de <i>Asperger</i>	2	4%
Síndrome de <i>Down</i>	1	2%
TDAH	1	2%
Paralisia cerebral	1	2%
Epilepsia	1	2%
Total	50	100%

Fonte: dados da pesquisa.

Os dados encontrados evidenciam que há maior frequência em crianças do sexo masculino (76%) em comparação com o sexo feminino (12%), o que revela a proporção de 3,16 meninos acometidos para 1 menina acometida. Tal proporção é compatível com os dados internacionais mais recentes, como o da CDC (*Centers for Disease Control and Preventions*) 2020, que traz 4,3 meninos para 1 menina.

A comparação com os dados nacionais é inviável, devido a inexistência de dados oficiais sobre as pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) no Brasil. Essa inexistência de dados fez com que o atual presidente da República, Jair Bolsonaro, sancionasse a Lei 13.861/19 que obriga o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a inserir no Censo 2020 perguntas sobre o autismo.

A patogênese do TEA não está completamente elucidada, por isso, inúmeros estudos buscam explicações para essa variação na proporção meninos/meninas. Acredita-se fortemente que existe uma influência genética. A testosterona circulante se liga a receptores cerebrais aumentando a excitação cerebral, principalmente na região da amígdala, tornando, portanto, os meninos mais vulneráveis ao stress e ao TEA. (MORAES,2014). Ademais, de acordo com Schaafsma (2014), algumas regiões do cromossomo Y possuem genes específicos que podem explicar a maior prevalência de meninos com o diagnóstico. Como por exemplo, o gene SRY que promove crescimento testicular e atua como modulador da função catecolaminérgica no SNC por meio da ação da enzima monoaminoxidase A, responsável por quebrar catecolaminas e monoaminas. Descobriu-se que o nível de catecolaminas e metabólitos estão alterados em pacientes com TEA, logo supõem-se que os meninos, por apresentarem os genes que controlam a regulação da síntese de catecolaminas, estariam mais susceptíveis ao TEA.

A avaliação precoce tem se mostrado importante, levando em consideração que quanto antes o diagnóstico, melhor o prognóstico das crianças com TEA. Os dados mostram que a procura pelo serviço dos usuários que se encontram nos quatro primeiros anos de idade foi predominante, compondo 58% da amostra coletada.

Além disso, uma avaliação e diagnóstico precoce é importante tanto para melhor intervenção e manejo dos sintomas, mas também no que tange ao fortalecimento da rede de apoio, que é composta pela família (ELDEVIK *et al.*, 2009). Dos participantes envolvidos na pesquisa, 72% possuem diagnóstico de TEA confirmado, enquanto, apenas 28% segue em avaliação.

A primeira infância é a fase do desenvolvimento em que a neuroplasticidade ou a plasticidade neural é maior, já que o cérebro é mais flexível neste período inicial do que em qualquer outra época da vida. É neste período, que a capacidade que o sistema nervoso tem para modificar sua estrutura através das vivências e aprendizagem, adapta-se a novas mudanças. Ressalta-se, então, a relevância do diagnóstico precoce e o quanto esta fase pode ser promissora para a criança com autismo. Silva e Mulick (2009, p.127) comentam que:

Quando a criança é diagnosticada em idade precoce e recebe intervenções adequadas, ela pode eventualmente atingir níveis de desenvolvimento e aprendizado mais apropriados para a sua faixa etária [...], ou seja, a implementação de intervenções pode, em alguns casos, acelerar a velocidade de aprendizado e desenvolvimento da criança a tal ponto que ela venha a atingir níveis apropriados para a sua faixa etária.

Quanto mais precoce for o diagnóstico de TEA, mais cedo se adentrará ao tratamento, que poderá ser realizado por profissionais que constituem o caráter interdisciplinar. O tratamento pode ocasionar a diminuição dos sintomas, proporcionando o desenvolvimento de potencialidades e aprendizagens. Portanto, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a partir dos 18 meses de idade, quando os traços do autismo se tornam mais evidentes, o pediatra deve investigar qualquer alteração no comportamento, linguagem verbal e não-verbal, interesses e estereotípias. Ademais, a Academia Americana de Pediatria recomenda, que todas as crianças entre 18 e 24 meses passem por uma triagem para TEA, mesmo aquelas crianças que não apresentam nenhuma suspeita de TEA, desvios e atrasos do desenvolvimento. Para avaliação eles utilizam a escala *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), a qual já foi traduzida e validada no Brasil. (SBP, 2017).

A pesquisa, também, indica que todos os participantes realizam algum tipo de terapia complementar, sendo a terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia as mais relatadas. De acordo com Sillos (2020), durante a primeira infância, a prioridade terapêutica deve estar na habilidade da fala – fonoaudiologia, interação social/linguagem – terapia ocupacional e

educação especial associado ao suporte familiar – psicologia. Somadas, as três modalidades representam aproximadamente 74% da amostra coletada.

A Terapia Ocupacional favorece no processo de inclusão e participação social da criança utilizando diferentes métodos teóricos, como a intervenção contextual, que considera o ambiente em que o indivíduo vive no planejamento dos atendimentos (GONÇALVES, 2018). As intervenções com o público infantil utilizam o brincar como forma de desenvolver o pensamento, a linguagem, o treino de habilidades sociais e atividades de vida diária (JOAQUIM *et al.*, 2018). Como evidenciado por Alvarenga (2017), o terapeuta ocupacional pode possibilitar avanços no funcionamento coletivo da criança, prevenindo comorbidades futuras como transtornos ansiosos e depressivos, em razão da não aceitação em seus ciclos de convivência. Os benefícios supracitados justificam a alta adesão por parte dos pacientes, dos 50 participantes avaliados, 40 deles possuem a terapia ocupacional inclusa em seu arsenal terapêutico, representando aproximadamente 27% da amostra.

O diálogo é um quesito significativamente acometido no autismo, e frequentemente está severamente prejudicado. Nas crianças autistas, o desenvolvimento atrasado da fala geralmente, é o principal sintoma que incita a procura por ajuda clínica pelos pais. De acordo com Sousa (2010), é na linguagem e na comunicação que se concentra o maior obstáculo no autismo, o que leva conseqüentemente a uma fraca socialização, uma vez que, é por meio da linguagem que o indivíduo realiza sua interação social e cultural, reciprocamente, na sua estrutura interna e externa, avançando no seu envolvimento social e definindo sua própria identidade por meio da construção dos valores emitidos e recepcionados. A fonoterapia trabalha a linguagem em toda a sua extensão, ou seja, tanto no que se refere aos aspectos receptivos, como aos expressivos, justificando, portanto, a aderência dos participantes envolvidos na pesquisa, 37 pacientes dos 50 avaliados dispõem de fonoterapia, representando aproximadamente 27% da amostra.

A psicoterapia é fundamental no tratamento e acompanhamento da criança com TEA. O psicólogo, com sua formação específica e bem definida, deve estar inserido nesse contexto, sendo também um conhecedor do desenvolvimento humano normal para ter condições de detectar as áreas defasadas e comprometidas. Ele precisa estar muito sensível às observações e relatos da família (SOUZA *et al.*, 2004). As informações citadas anteriormente corroboram com os resultados encontrados na da pesquisa, sendo que 33 participantes, realizam psicoterapia, compondo aproximadamente 23% da amostra.

No que tange a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), nas organizações é uma subárea da psicologia que trata das relações entre cognição e comportamento, possuindo um aparato técnico-teórico, direto, breve e específico direcionados a situação presente, com as demandas atuais (Assunção; Silva, 2019). Com relação ao autismo, a TCC apresenta resultados efetivos para o TEA, porém, adaptações são indissociáveis, somada a necessidade de maior compreensão da população sujeita à terapia. A TCC, portanto, é conexas a colaboração e participação ativa do paciente no processo. Dos participantes englobados na pesquisa aproximadamente 60% possui idade ≤ 4 anos, idade que marca o início do processo de alfabetização. Além de que, entre os participantes, há uma alta prevalência de problemas na linguagem e comunicação. As informações supracitadas corroboram com os dados coletados na pesquisa, justificando, portanto, a baixa adesão ao TCC, apenas 4% dos participantes incluíram a modalidade em seu espectro terapêutico.

A natação é a modalidade esportiva mais tradicional ao relacionar esportes para pessoas com deficiência e é altamente recomendada para crianças autistas. Segundo Bruce (2013) às crianças autistas no meio aquático são capazes de executar ações motoras intencionais, havendo melhoria do humor e na motivação dos autistas. No entanto, os resultados indicam a natação como uma forma de ação terapêutica para apenas, 7% da

amostra coletada, ou seja, 10 participantes dos 50 avaliados. A baixa adesão dos pacientes está relacionada, neste momento, ao Covid 19.

De acordo com Bender (2016), apesar da equoterapia ter se consolidado nos últimos anos, ainda não é uma modalidade terapêutica acessível à população como um todo, devido ao custo elevado da prática e a escassez do serviço em alguns locais e regiões do país. Embora o IDEA forneça esta modalidade, apenas 2,68%, pequena parcela, dos usuários utilizam o serviço devido aos custos intrínsecos à prática da atividade.

As crianças com autismo convivem com déficits que comprometem a interação social, comunicação e flexibilidade no raciocínio. Além disso, elas podem apresentar comprometimentos motores que estarão presentes por toda a vida e, que são passíveis de tratamento fisioterapêutico. Assim, a figura do fisioterapeuta é necessária na intervenção precoce, consagrando a plasticidade cerebral, e interferindo positivamente no desenvolvimento e melhora da qualidade de vida, permitindo ao indivíduo com autismo obter uma integração social mais adequada (GONZÁLEZ; CANALS, 2014). A indicação de fisioterapia estava presente em apenas 2,68% da amostra, devido à baixa prevalência de dificuldade motoras entre os participantes da pesquisa.

A terapia de integração sensorial baseia-se na hipótese que várias experiências sensoriais (vestibular, proprioceptiva, gravitacional, tátil, visual e auditiva) ajudam a orientar o desenvolvimento da criança. É sabido que a terapia de integração sensorial melhora as habilidades motoras e sensoriais, promovendo situações para acalmar a criança, reforçar os comportamentos desejados ou, ainda, permitir um melhor controle sobre a percepção sensorial exacerbada ou reduzida. Muitos comportamentos apresentados pelas crianças com TEA estão relacionados a deficiências no sistema sensorial – de hiperresponsividade até hiporresponsividade (POSAR; VISCONTI, 2018). O uso dessa terapia, no entanto, é controverso, uma vez que os estudos sobre essa prática direcionada para o autismo são limitados. Os dados coletados na pesquisa corroboram com as informações supracitadas. Somente 4 participantes (2,68%), dos 50 avaliados realizam a modalidade terapêutica, porquanto, a comprovação de sua eficácia não está sedimentada na literatura disponível.

O estudo reflete, também, a interação entre múltiplas terapias, que se faz necessário para a reabilitação global do paciente. Em média, cada criança participante do estudo está inserida em 3 a 4 tipos de terapias.

Os medicamentos existentes para o autismo, não agem sobre o TEA, são destinados aos sintomas-alvos da patologia, sendo o uso destes ainda de forma incipiente, devendo-se levar em consideração os efeitos adversos em decorrência da droga utilizada (OLIVEIRA et. al., 2015). Os psicofármacos disponíveis não produzem melhoras nas características centrais que incluem as dificuldades de comunicação e sociais, os interesses e limitações, apenas atuam em certos sintomas que prejudicam intensamente a convivência da criança com autismo, agindo nas condutas agressivas, na inquietude, raiva, descontrole e sono (BRASIL, 2015)

Dentre os principais psicofármacos mais utilizados, estão a Risperidona (33,3%) e o Aristab (12,12%) seguidos por Ritalina (9,09%), Depakene (9,09%), Cannabidiol (9,09%), Aripiprazol (6,06%), Haloperidol (6,06%), Neuleptil (6,06%), Citalopram (3,03%), Trileptal (3,03%) e Lamotrigina (3,03%).

Diante dos medicamentos utilizados, Oliveira et. al. (2015) pontua que os psicofármacos são necessários, porém trazem inúmeros efeitos colaterais e podem ocasionar dependência. Dentre as reações adversas, os autores citam: vômito, cefaléia e edema. Também enfatizam que as falhas terapêuticas neste processo se devem principalmente à dosagem inadequada, falta de adesão e duração insuficiente do tratamento. Neste cenário, a ampla farmacoterapia em alguns casos se torna necessária, e o acompanhamento farmacoterapêutico torna-se essencial, pois os pais geralmente são os que administram o medicamento e podem interferir na adesão terapêutica do paciente,

sendo importante ter o acompanhamento pelo farmacêutico, pois é o profissional que conhece os medicamentos e suas interações, bem como é ele que pode sugerir a melhor conduta no manejo terapêutico (FERNANDES et. al., 2017).

Em 70% dos casos de TEA, não há qualquer doença correlacionada, e os exames complementares (radiológicos, metabólicos ou genéticos) são inteiramente normais. (SILVA, 2014). A condição associada pode indicar subgrupos biologicamente distintos da doença e dar pistas sobre as raízes. Estudos destacam 18 condições e características, incluindo condições de um único gene associadas ao autismo - como TDAH, problemas de sono ou problemas gastrointestinais.

É importante ressaltar que as comorbidades alteram diretamente e significativamente o momento de diagnóstico, podendo adiantar ou atrasar o diagnóstico. Crianças que apresentam regressão, se machucam ou têm acessos de raiva frequentes, recebem uma avaliação de autismo 4 a 14 meses antes do que aquelas sem essas condições. Já o TDAH é responsável por atrasar o diagnóstico em 1 ano. Além disso, a ansiedade e o transtorno desafiador de oposição também podem atrasar as determinações de autismo em até 10 meses (KLIN, 2006).

No entanto, analisando as crianças avaliadas, percebemos que o perfil epidemiológico não é o esperado, uma vez que 84% delas ou não possuem comorbidades, ou não mencionaram.

4 CONCLUSÃO

O TEA é um transtorno global do desenvolvimento infantil, onde há grave prejuízo na interação social e na comunicação, além de padrão de comportamento bastante restrito e repetitivo. É irrefutável que o diagnóstico e a intervenção precoce são fundamentais para que a criança desenvolva maiores ganhos no desenvolvimento neuropsicomotor.

O perfil epidemiológico dos pacientes analisados consiste na predominância de indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 2 a 3 anos, sem comorbidades associadas, praticando várias modalidades de terapias complementares, principalmente terapia ocupacional e fonoaudiologia. Em relação a medicação essa pode ou não ser utilizada, quando utilizada a prevalência encontrada foi para Risperidona.

Por fim, é importante ressaltar que o TEA não tem cura, mas a intervenção precoce pode mudar o futuro do paciente, melhorando muito a qualidade de vida. E quanto mais cedo o diagnóstico, melhores são as possibilidades.

REFERÊNCIAS

SADOCK, B. J.; SADOCK, V.A; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº324**. Secretária de Atenção à Saúde, 2016. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0324_31_03_2016.html. Acesso em: 20 jun. 2020.

GOLAN, D. E. *et al.* **Princípios de farmacologia: a base fisiopatológica da farmacologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de orientação: transtorno do espectro autista. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, n. 5, 2019. Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Ped._Desenvolvimento_-_21775b-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. **Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years**: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. Atlanta: Department of Health and Human Services, v. 69, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/ss/pdfs/ss6904a1-H.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. Lei Nº 13.861, de 18 de julho de 2019. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Página 1, Brasília, DF, 19 de jul. 2019. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2019/lei-13861-18-julho-2019-788841-norma-pl.html>. Acesso em: 14 jul. 2021.

REIS, D. *et al.* **Perfil epidemiológico dos pacientes com Transtorno do Espectro Autista do Centro Especializado em Reabilitação**. Belém: Pará Research Medical Journal, 3(1), 15. 2019. Disponível em: <https://prmjournal.org/article/10.4322/prmj.2019.015/pdf/prmjjournal-3-1-e15.pdf>. Acesso em: 21 maio. 2021.

MORAES, T, P. Autismo: entre a alta sistematização e a baixa empatia. Um estudo sobre a hipótese de hiper masculinização do cérebro no espectro autista. **Revista Pilquen. Sección Psicopedagogia**, ano XVI, n, 11, 2014. Disponível em: <http://revele.uncoma.edu.ar/htdoc/revele/index.php/psico/article/view/2094/58605>. Acesso em: 24 jul. 2021.

SCHAAFSMA, S, M; PFAFF, D, W. **Etiologies underlying sex differences in Autism Spectrum Disorders**. *Frontiers in Neuroendocrinology*, v. 35, Issue 3, p. 255-271, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091302214000405?via%3Dihub>. Acesso em: 16 jun. 2021.

ELDEVIK, S. *et al.* Meta-analysis of early intensive behavioral intervention for children with autism. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**. London, v. 3, n. 38, p.439-450, 2009. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374410902851739>. Acesso em: 24 jul. 2021.

FOMBONNE, E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. **Pediatric Research**, Canadá, n. 65, v. 6, p. 591-598, 2009. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/pr2009131>. Acesso em: 16 jun. 2021.

SILVA, M.; MULICK, J. A. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 116- 131, 2009. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/27553/1/v29n1a10.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2021.

SILLOS, I.R. *et al.* A Importância de um diagnóstico precoce do autismo para um tratamento mais eficaz: uma revisão da literatura. **Revista Atenas Higeia**, Passos, v.2,

n.1, 2020. Disponível em: <http://atenas.edu.br/revista/index.php/higeia/article/view/19>. Acesso em: 16 jun. 2021.

GONÇALVES C.A.B.; CASTRO M.S.J. Propostas de intervenção fonoaudiológica no autismo infantil: revisão sistemática da literatura. **Revista Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 25, n.1, p. 15-25, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14920/11128>. Acesso em: 21 maio 2021.

JOAQUIM, R. H; SILVA, F, R; LOURENÇO, G, F. O faz de conta e as brincadeiras como estratégia de intervenção para uma criança com atraso no desenvolvimento infantil. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 26, ed. 1, p. 63-71, 2018. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1957>. Acesso em: 14 jul. 2021.

SOUSA, M. E. M. **A musicoterapia na socialização das crianças com perturbação do espectro do autismo**. Porto: Trabalho de Pós-Graduação em Educação Especial; 2010. Disponível em: http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/792/4/PG-EE_2010_MariaElisabeteSousa.pdf. Acesso em: 01 ago. 2021.

SOUZA, J. C. *et al.* **Atuação do psicólogo frente aos transtornos globais do desenvolvimento infantil**. Psicologia ciência e profissão, Brasília, v. 24, n. 2, p. 24-31, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/xf8W4GBLDwZNNhd86WBzZmh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 ago. 2021.

BRUCE, E. **Medicina interna**: Harrison. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ASSUNÇÃO, W. C.; SILVA, J. B. F. Aplicabilidade das técnicas da terapia cognitivo-comportamental no tratamento de depressão e ansiedade. **Revista Educação Psicologia e Interface**, Cuiabá, v. 3, n.11, p. 77-99, 2019. Disponível em: <https://educacaoepsicologia.emnuvens.com.br/edupsi/article/view/113>. Acesso em: 14 jul. 2021.

BENDER, D.D; GUARANY, N.R. Efeito da equoterapia no desempenho funcional de crianças e adolescentes com autismo. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, 27(3), p. 271-277, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/114667/122813>. Acesso em: 01 ago. 2021.

GONZÁLEZ, J. J; CANALS, J. I. Las posibilidades de la fisioterapia en el tratamiento multidisciplinar del autismo. **Revista Pediatría Atención Primaria**, España, v. 16, n. 61, p. 37-46, 2014. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v16n61/colaboracion.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

POSAR, A; VISCONTI, P. Alterações sensoriais em crianças com transtorno do espectro do autismo. **Jornal de Pediatria**, Elsevier, São Paulo, v. 94, n. 4, p. 342-350, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/hGVMgzMtDYtgtGKsC68M7dR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

OLIVEIRA, F., C., DE A. *et al.* Perfil farmacoterapêutico de crianças autistas de uma clínica para reabilitação no estado do Ceará. **Boletim Informativo Geum**, Teresina, v. 6, n. 3, p. 43-49, 2015. Disponível em:
<https://revistas.ufpi.br/index.php/geum/article/download/3878/2895>. Acesso: 21 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf. Acesso em: 21 maio 2021.

FERNANDES, L. *et al.* Perfil do uso de Medicamentos em Pacientes Autistas Acompanhados na APAE de um Município do Interior da Bahia. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 11, n. 35, p. 301-316, 2017. Disponível em:
<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/735/1045>. Acesso em: 01 ago. 2021.

BRITO, H, K. *et al.* O impacto da terapia cognitivo-comportamental no transtorno do espectro autista. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 7902-7910, 2021. Disponível em:
<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/27974/22142>. Acesso em: 01 ago. 2021.

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**, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10803-018-3521-1>. Acesso em: 21 maio 2021.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n.1, p.3-11, 2006. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbp/a/jMZNbCsndB9Sf5ph5KBYGD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 ago. 2021.