

# AUTISMO INFANTIL: ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

## Resumo

Os transtornos invasivos do desenvolvimento (TID) constituem uma categoria diagnóstica que se caracteriza por um início precoce e alterações no desenvolvimento das habilidades sociais, comunicativas e cognitivas dos indivíduos afetados. O autismo infantil é o principal exemplo de uma categoria diagnóstica classificada entre os TID. Seu diagnóstico é descritivo, pautado na observação de comprometimentos qualitativos no desenvolvimento da interação social e da linguagem, além de um comportamento repetitivo e um repertório restrito de interesses e atividades. As manifestações clínicas variam de criança para criança e, dificilmente, podem ser identificadas em uma única consulta médica. Quando o diagnóstico é precoce, é possível traçar um plano terapêutico que pode possibilitar uma redução dos comprometimentos no processo de desenvolvimento. Crianças que sofrem intervenções por volta dos 3 anos de idade apresentam grandes ganhos no seu desenvolvimento. Da mesma forma, aquelas que desenvolvem a linguagem antes dos cinco anos têm maiores chances de se adaptarem à escola regular. O tratamento tem custo elevado, visto requerer atenção de diversos profissionais especializados, uma série de exames clínicos para investigação diagnóstica, além de um atendimento de alta frequência e por toda a vida.

**Descritores:** autismo infantil; epidemiologia; diagnóstico precoce

## Diagnóstico do autismo infantil

O diagnóstico do autismo infantil é difícil de ser realizado, pois suas manifestações clínicas têm apresentação multifacetada e heterogênea. O quadro clínico pode variar de acordo com a idade do paciente, com o seu nível intelectual, com a gravidade e tipo dos sintomas e com fatores ambientais, como: dinâmica familiar, acesso ao tratamento e rotina escolar.

Para a OMS (1993), o diagnóstico deve ser realizado quando há alterações qualitativas no desenvolvimento da interação social, da linguagem e da capacidade criativa. Os sintomas devem ser perce-

bidos preferencialmente antes dos 3 anos de idade.

De fato, distúrbios na interação social (dos) de autistas podem ser observados desde o início da vida. Com autistas típicos, o contato 'olho a olho' já se apresenta anormal antes do final do primeiro ano de vida (Mirenda, Donnellan, Yoder, 1983). Muitas crianças olham de "canto de olho" ou muito brevemente. Um grande número de crianças não demonstra postura antecipatória ao serem pegos pelos seus pais, podendo resistir ao toque ou ao abraço. Dificuldades em se moldar ao corpo dos pais, quando no colo, são observadas precocemente. Crianças que, posteriormente, receberam o diagnóstico de autismo, demonstravam falta de iniciativa, de curiosidade ou comportamento exploratório, quando bebês.

Quando os autistas começam a se utilizar da linguagem (ou falam em começar), os pais passam a perceber com mais clareza que seus filhos são diferentes das outras crianças da mesma idade. Muitas vezes, é o atraso na aquisição de linguagem verbal que faz com que os pais procurem ajuda médica. Apesar desse fato, sinais de dificuldades na capacidade de comunicação das crianças autistas são evidentes mesmo antes do período de aquisição da linguagem verbal, mas passam despercebidos pelos pais.

Usualmente, crianças autistas demonstram sérios problemas na compreensão e utilização da mímica, gestualidade e fala. Quase sem exceção, os autistas apresentam atraso ou ausência total no desenvolvimento da linguagem verbal, que não é compensado pelo uso da gestualidade ou outras formas de comunicação (Campele et al., 2009).

Os autistas que desenvolvem linguagem apresentam dificuldades marcantes em iniciar ou sustentar diálogos e, muitas vezes, apesar de se utilizarem da fala, não visam comunicação. Nas crianças que falam, o uso restrito e estereotipado da linguagem é bem descrito.

Um repertório restrito e pouco criativo de interesses e atividades ocorre com as crianças autistas. Os interesses da criança autista costumam ser anormais, principalmente, em seu foco e intensidade (Turner, 1999).



Movimentos corporais estereotipados são comuns e se apresentam na forma de “flapping”, balanceio da cabeça, movimentos com os dedos, saltos e rodopios. Esses movimentos costumam ocorrer, principalmente, entre os mais jovens e os que têm um funcionamento global mais baixo (Moraes, 2004).

O diagnóstico síndrome é realizado apenas de forma descritiva, visto que não há marcador biológico para o transtorno. Apesar disso, é comum a investigação com exames de avaliação anatômica e funcional do cérebro, bem como estudo genético, com cariótipo, pesquisa de X Frágil, e Bateria de Erros Inatos do metabolismo. Esses exames não têm o objetivo de diagnosticar autismo infantil, mas de investigar possíveis diagnósticos diferenciais ou comórbidos.

## Epidemiologia

Um aumento (da) na prevalência do transtorno autista tem chamado atenção de uma série de agências públicas na última década (Bertrand, et. al, 2001; Croen et al., 2002).

Em 1978, havia um consenso que a prevalência do transtorno autista era de 4 casos para cada 10000 crianças (Rutter, 1978). Mas(,) tem havido um aumento rápido da prevalência de acordo com estudos realizados a partir do ano 2000.

Nos Estados Unidos, Bertrand et. al. (2001), relataram que a prevalência em crianças que preenchem integralmente os critérios diagnósticos é de 4 casos para 1000 crianças, e a prevalência para transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação e síndrome de Asperger é de 2,7 casos para cada 1000 crianças. O “Center for Disease Control (e) and Prevention”, em 2006, divulgou uma prevalência estimada de 6,7 por 1000 (1/150). Em 2011, relatou-se uma taxa de prevalência estimada em 1/110.

Na Inglaterra, Baird et al (2006) relatam que os transtornos do espectro autista afetam 1% da população. Baron-Cohen et al.(2009), estudando crianças entre 5 e 9 anos da escola regular, através dos registros (Special Educational Needs –SEN) e pesquisa diagnóstica, encontraram taxas de 94/10000 e 99/10000, respectivamente. As taxas de indivíduos autistas conhecidos e desconhecidos foi de 3:2, estimando-se que há 157 casos para cada 10000 indivíduos estudados, incluindo os casos não diagnosticados.

No Canadá, Fombonne et al (2006) relatam uma prevalência dos transtornos invasivos do desenvolvimento de 64,9 casos para cada 10000 indivíduos. As prevalências para os transtornos específicos foram: transtorno autista (21.6/10000), transtorno invasivo não especificado (31.8/10000) e síndrome de Asperger (10.1/10000).

Shattock et al (2001) descrevem 4 razões para uma maior percepção diagnóstica e aumento das taxas de prevalência: (uma) maior consciência e habilidades para se realizar o diagnóstico foram desenvolvidas, mudanças nos critérios diagnósticos no decorrer dos anos (ficaram mais amplos), a falta apropriada de registros de diagnósticos e um aumento no número de transtornos associados que podem formalmente serem incluídas no diagnóstico de autismo. Além dessas causas, Fombonne et al. (2006) sugerem que o maior acesso aos serviços de diagnóstico e de tratamento também é uma das causas do aumento das taxas de prevalência na última década.

Não há dados de prevalência do autismo infantil coletados no Brasil, mas, como as taxas de prevalência dos transtornos invasivos do desenvolvimento não costumam variar muito entre os países, estima-se que haja 454.706 crianças com transtorno invasivo do desenvolvimento (segundo IBGE - Censo 2000, população de 68.205.937 brasileiros abaixo de 19 anos), seguindo uma taxa de prevalência de 1/150, segundo Center for Disease Control (e)and Prevention, dos Estados Unidos. .

O autismo infantil é mais freqüente em meninos do que em meninas, proporção de 3 a 4:1. Não há diferenças significativas entre raças nas taxas de prevalência.

## A Importância do Diagnóstico Precoce

Enquanto os primeiros sintomas de autismo infantil são observados pelos pais por volta dos três meses (entre 31% a51% dos casos emergem no primeiro ano de vida), o diagnóstico costuma se realizado apenas após os três anos de idade. Este fato revela a grande distancia entre a evidência dos primeiros sintomas e o fechamento do diagnóstico definitivo realizado por um médico.

Apesar dos primeiros sintomas serem notados pelos pais antes do primeiro ano de vida, esses se mostram preocupados apenas por volta dos dois anos de idade da criança que é levada ao médico muitos meses depois (Robins, Dumont- Mathieu, 2006). Esse longo tempo permite a evolução do quadro sem que haja (um) acompanhamento médico e a busca por um diagnóstico e um tratamento adequados. Portanto seria de extrema importância que os pais valorizassem os sinais desde o início e buscassem os profissionais mais precocemente. Contudo, o autismo ainda é pouco conhecido pela população, cheio de estigmas e mitos que dificultam a compreensão dos pais diante dos sintomas que seus filhos possam apresentar.

# ARTIGO

por **CÉSAR DE MORAES**

Quando os médicos conseguem identificar traços de autismo logo no início da vida e fazer o diagnóstico precoce, é possível traçar um plano terapêutico que consiga controlar o avanço da síndrome e diminuir os comprometimentos no processo de desenvolvimento da criança.

A literatura aponta que crianças que sofreram intervenções por volta dos 3 anos de idade apresentam grandes ganhos no seu desenvolvimento. Da mesma forma, aquelas que desenvolvem a linguagem antes dos cinco anos têm maiores chances de se adaptarem à escola regular e assim, melhorarem significativamente suas habilidades lingüísticas e de comunicação (Robins, Dumont- Mathieu, 2006).

Isso reforça a opinião de que os pediatras devem incorporar no exame clínico de rotina das crianças a pesquisa por traços autísticos. Contudo, nota-se que tais profissionais apresentam grandes dificuldades para rastrearem sintomas (Robins, Dumont- Mathieu, 2006).

Outro fator de complicação é que as manifestações clínicas variam de criança para criança e dificilmente podem ser identificadas em uma única consulta médica. As crianças podem apresentar um comportamento diferente do que é observado pelos pais em casa e assim, sinais importantes de problemas de desenvolvimento podem ser confundidos com timidez ou serem entendidos como comportamentos atípicos da criança. Isso torna o relato dos pais ainda mais importante para a discriminação de sinais e sintomas que exigem maior atenção e o que são simples modificações de comportamento diante de alguma experiência nova para a criança (Robbins, et. al, 2001).

Quando antes o médico chegar ao diagnóstico de autismo maiores e melhores serão as chances de desenvolvimento normal da criança. Pesquisas indicam que intervenções em educação melhoram o prognóstico de longo prazo (Robbins, et. al, 2001). Além disso, permite que a família busque recursos sociais de educação, comunicação, de desenvolvimento do autocontrole e de vida social. O avanço dessas crianças está intimamente relacionado com o tempo, ou seja, se o diagnóstico e as intervenções forem feitos muito tardiamente o retorno será menor e o avanço das habilidades das crianças será limitado. Diante disso, o diagnóstico precoce é imprescindível para melhorar o prognóstico da criança

## Considerações finais

Ainda sem causa conhecida (e com, provavelmente, muitos fatores causais diferentes), a síndrome autista tem evolução lenta e

crônica e a grande maioria dos casos demanda tratamento por toda a vida.

Vários esforços têm gerado melhoria da validade diagnóstica, maior compreensão dos fatores etiológicos e maior eficácia das técnicas multidisciplinares empregadas no tratamento dos transtornos. Esses fatores de melhoria técnica refletem a importância de uma compreensão multidimensional desses quadros, respeitando a especificidade de cada área do conhecimento implicado na pesquisa e no tratamento de crianças com autismo infantil

O tratamento desses transtornos tem custo elevado, visto requerer atenção de diversos profissionais especializados, uma série de exames clínicos para investigação diagnóstica, além da necessidade de um atendimento freqüente e por toda a vida.

## Referências

1. Baird, G.; Siminoff, E; Pickles, A.; Chandler, S.; Loucas, T.; Meldrum, D et al. – Prevalence of disorders of the autistic spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs of Autism Project (SNAP). *Lancet*, 368: 210-215, 2006.
2. Bertrand, J; Mars, A; Boyle, C; Bove, F; Yeargin-Allsopp, M; Decoufle, P – Prevalence of Autism in United States Population: The Brick Township, New Jersey, Investigation. *Pediatrics* 108(5):1151-1161, 2001.
3. Campelo LD, Lucena JA, Lima CN de et al. Autismo: Um estudo de habilidades comunicativas em crianças. *Rev CEFAC*, 11(4):598-606, 2009.
4. Croen, LA; Grether, JK; Hoogstrate, J; Selvin, S – The changing prevalence of autism in California. *Journal of Autism and Developmental Disorder* 32(3): 207-215, 2002.



5. Fombonne, E; Zakarian, R; Bennett, A; Meng, L.; Maclean-Heywood, D. – Pervasive Developmental Disorder in Montreal, Quebec, Canada: prevalence and links with immunization. *Pediatrics*, 118(1): e139-e150, 2006.
6. Mirenda, PL; Donnellan, AM; Yoder, DE. - Gaze behavior: a new look at an old problem. *J. Autism Dev. Disord.*, 13: 397-409, 1983.
7. Moraes, C. – Comportamentos repetitivos, interesses restritos e obsessões em indivíduos com transtorno global do desenvolvimento. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, 1999.
8. Organização Mundial de Saúde - Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10 - Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre. Artes Médicas, 1993.
9. Robins, D. Dumont-Mathieu, L. Early Screening for Autism Spectrum Disorders: Update on the Modified Checklist for Autism in Toddlers and Other Measures. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(2) .2006
10. Robbins, D; Fein, D; Barton, M L; Green, J A. The Modified Checklist for Autism In toddlers: An Initial Study investigating the Early Detection of Autism and pervasive Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2). 2001.
11. Rutter, M - Diagnosis and definition of childhood autism. *J Autism Child Schizophr*, 8: 139-161, 1978.
12. Shattock, P; Whiteley, P; Roger, J; Todd, L. – Incidence rates in autism: A brief overview. Presented in Durham Conference, 2001.
13. Turner, M. – Annotation: Repetitive behaviour in autism: a review of psychological research. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 40 (6):838-849, 1999.