

O ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): INTEGRAÇÃO ENTRE FAMÍLIA, ESCOLA E TERAPEUTAS

FOLLOW-UP OF A CHILD IN AUTISTIC SPECTRUM DISORDER: INTEGRATION BETWEEN FAMILY, SCHOOL AND THERAPISTS

BÁRBARA CÂNDIDA ALVES PEREIRA DE ARRUDA^{1*}, ELISA BENETTI DE PAIVA MACIEL¹, MARIANE BARBOSA FINOTTI¹, LUIZ FLÁVIO FERREIRA FIGO¹, JÉSSICA MARIANA MARCÍLIO BARROS¹, SILVIA BASTOS HERINGER-WALTHER²

1. Discente do curso de graduação de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior - IMES; 2. Professor Doutor, da disciplina Medicina de Família e Comunidade do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior - IMES.

* Rua 22, 124, Ilha dos Araújos, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35020-580. barbaraalvesarruda@gmail.com

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma patologia que tem sido cada vez mais encontrada nos consultórios pediátricos. A abordagem da criança portadora deve ser realizada de forma multidisciplinar e associada ao apoio e à orientação familiar. O Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) destaca que o TEA é caracterizado por comunicação e interação social deficientes, relacionamentos escassos, estereotípias, interesses e padrões de comportamento restritos. O autismo não tem etiologia completamente definida e sua ocorrência é atribuída tanto a fatores genéticos, quanto a fatores ambientais. Quatro meninos são diagnosticados a cada menina, sendo que a patologia em questão possui prevalência de 62:10.000 crianças. Os primeiros sintomas manifestam-se antes dos 30 meses, e a percepção clínica do pediatra e dos profissionais da saúde em contato com a criança é essencial para a detecção precoce.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo, atenção multidisciplinar, criança, apoio familiar, triagem.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a pathology that has been increasingly found in pediatric offices. The child carrier's approach must be carried out in a multidisciplinary way and associated with family support and guidance. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) emphasizes that ASD is characterized by poor communication and social interaction, scarce relationships, stereotypies, interests and restricted behavior patterns. Autism does not have a completely defined etiology and its occurrence is attributed to both genetic and environmental factors. Four boys are diagnosed each girl, and the pathology in question has a prevalence of 62: 10,000 children. Early symptoms manifest themselves before the age of 30 months, and the pediatrician's and health professionals' perceptions in contact with the child are essential for early detection.

KEYWORDS: Autism, multidisciplinary attention, child, family support, screening.

1. INTRODUÇÃO

No ano de 1943, nos foi apresentada a primeira descrição do autismo pelo médico austríaco Leo Kanner. Onze casos de crianças entre 2 a 8 anos foram relatados, e os transtornos estudados foram denominados “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”. Hoje, esta condição também é citada como “Transtorno do Espectro Autista” ou “Autismo Infantil”. Após um ano da publicação do texto de Kanner, o médico austríaco Hans Asperger publicou o artigo “Psicopatologia Autística da Infância”, o qual descrevia o quadro de quatro crianças entre 7 a 11 anos. A disseminação deste último foi mais demorada e dificultada, principalmente por o artigo ter sido escrito em alemão¹.

O espectro das manifestações autísticas é composto por uma tríade de dificuldades no âmbito da socialização, da comunicação e do uso da imaginação, todas estas tipicamente instaladas antes dos três anos de idade. É comum que os pais das crianças autistas percebam os filhos demasiadamente calmos e sonolentos, com pouco gosto pelo colo e possível rejeição ao aconchego. Com o desenvolvimento da criança, a dificuldade de comunicação torna-se perceptível, principalmente quando comparada a atitudes habitualmente esperadas para a faixa etária. O rol de dificuldades costuma englobar fatores verbais e não verbais, como os gestos, o acenar de mãos, o apontar, o imitar, a realização de expressões faciais, o manejo da linguagem corporal, a fala funcional e o desenvolvimento da imaginação e da criatividade. O autista costuma possuir comportamentos, interesses e atividades de aspecto repetitivo e restritivo^{1,2}, geralmente associados à esquivas aos contatos visual e físico³.

O cuidado com o paciente portador do TEA demanda longos períodos de entrega e dedicação, o que

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

pode ser configurado como um fator de abdicção das atividades de trabalho e de lazer dos familiares. Por esse motivo, a assistência multidisciplinar, os espaços de partilha e a disponibilidade de cuidados terapêuticos específicos são de extrema importância para a criança e para seus cuidadores. A integralidade do cuidado deve ser sempre considerada, principalmente pela diversidade de demandas e pela necessidade de promoção da saúde e da autonomia de todos os envolvidos³.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi realizado por meio da avaliação de relatos de caso e revisão de literatura dos últimos 20 anos com o tema “autismo”, presente em bases de dados online como Scielo, PubMed e Ministério da Saúde. Materiais didáticos publicados na área de pediatria também foram considerados. Cerca de 30 materiais foram avaliados, dos quais apenas 16 foram selecionados para este artigo, considerando palavras-chave como “autismo”, “inclusão”, “triagem” e “cuidado”.

3. RELATO DE CASO

Menina, 5 anos, há 36 meses apresentava ecolalia, atraso motor e cognitivo, difícil socialização, contato ocular ausente, fase oral postergada, crises nervosas, comprometimento grave em linguagem e atividades de vida diária. Diagnosticada com autismo moderado pelo neuropediatra, cariótipo e tomografia de crânio sem anomalias estruturais. Iniciou tratamento com Risperidona 1mg/mL (0,5mL pela manhã e 0,5mL à noite), terapia comportamental com pedagogo, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional. Na escola, iniciou acompanhamento individual, especializado e personalizado, baseado no método TEACCH (Treatment and of Autistic and Related Communication Handicapped Children), e atendimento na sala de recursos da Atenção Educacional Especializada (AEE). Em casa, foi implantada rotina visual baseada em pareamento, estímulo/recompensa e protocolos de Análise do Comportamento Aplicada (ABA). Houve melhora significativa em todas as áreas.

4. DISCUSSÃO

O desenvolvimento infantil deve ser avaliado constantemente, independente da presença ou ausência de fatores de risco que possam afetar o crescimento da criança em todas as suas fases⁴. Os primeiros anos de vida são críticos para essa avaliação, pois é quando a plasticidade neuronal ainda permite que interferências positivas apresentem resultados consideráveis no estímulo do crescimento da criança⁵. O pediatra e os profissionais da saúde são parte importante na detecção de atrasos do desenvolvimento e na consolidação de diagnósticos, principalmente por esses serem capazes de observar profundamente os marcos clássicos esperados para cada faixa etária infantil⁴.

Ainda que atualmente o autismo não tenha uma

etiologia definida, sabe-se que a correlação entre fatores genéticos e ambientais é clara. Mesmo que exista apenas um caso de autismo em uma família, estudos atuais demonstram que alguns parentes podem possuir características discretas, como que sub-sindrômicas, do Transtorno do Espectro Autista. 0,5% da população possui diagnóstico de TEA, sendo que dentre os pacientes acometidos, 75% possui deficiência mental associada, e as incidências apontam para um número de casos 5 vezes maior em meninos, quando estes são comparados às meninas⁶.

Mais de 10% das crianças no mundo possuem algum déficit do desenvolvimento, mas, ainda assim, confirmar o diagnóstico aos pais é uma tarefa que deve ser realizada com o máximo de cautela, privacidade, respeito e empatia. Constantemente a família vive lutos pela “perda” da criança saudável, busca por culpados e passa por revoltas, até chegar na fase de aceitação e reabilitação, quando as dificuldades devem dar lugar às possibilidades de manejo terapêutico do paciente. A família deve ser sempre muito bem amparada e orientada, para que a adesão ao tratamento seja integral e o prognóstico do autista seja cada vez melhor⁷.

A percepção precoce do quadro da criança pode ser feita por meio do uso do questionário M-CHAT, composto por 23 questões de fácil entendimento, que devem ser respondidas pelos pais ou cuidadores. Esse método é realizado apenas para a triagem, aplicado entre os 18 e 24 meses de idade, quando os sinais do TEA se tornam mais evidentes, e deve ser sempre associado às informações obtidas na anamnese e no exame físico. A criança que pontua no M-CHAT pode não apresentar o quadro clássico do autismo, mas pode ser detentora de algum outro atraso do desenvolvimento, o qual deve ser abordado e trabalhado^{8,9}. Além da aplicação de questionários, o profissional responsável pela criança deve estar atento às manifestações clínicas que esta possa apresentar, sendo possível detectar alterações gerais desde os primeiros meses de vida¹⁰.

Aos dois primeiros anos de vida, a criança com TEA não apresenta as estereotípias e fixações esperadas do autismo. O comum é apenas a ausência de comportamentos esperados para a idade. De zero a seis meses, por exemplo, seria esperado que o lactente adquirisse o sorriso social rapidamente; tivesse interesse em acompanhar os movimentos, a fala e os olhares de seus cuidadores; possuísse reação aos sons do ambiente, desenvolvesse tipos diferentes de choros e balbuciantos, explorasse as diferentes formas dos objetos e se atentasse à relação com a mãe no momento da amamentação. Em contrapartida, o lactente com TEA pode demorar mais a adquirir o sorriso social, prestar mais atenção a objetos do que a movimentos de seus cuidadores, ignorar ou apresentar pouca reação aos sons e às falas, tender ao silêncio, a gritos aleatórios e a choros indistintos, e pode, também, apresentar pouca atitude exploratória e possuir dificuldades de estabelecer vínculo com a mãe durante

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

o aleitamento^{1,5,10}.

De 6 a 12 meses, os marcos esperados para o desenvolvimento seriam os comportamentos antecipatórios e imitativos, o choro bem distinto, as risadas, a percepção do próprio nome, as relações de gritos e balbucios como se estivesse conversando, a aceitação da introdução da alimentação complementar e a interação social durante brincadeiras. Fatores de risco para o diagnóstico do autismo giram em torno do fato de a criança persistir com o choro indiferenciado, não possuir muitas expressões faciais, não agir como se conversasse, ignorar ou atender ao chamado apenas após a insistência ou o toque, precisar de ajuda para engajar nas brincadeiras e ter resistência a mudanças na alimentação^{1,3,10}.

Entre 12 e 18 meses, a criança dita “normal” possui a capacidade de demonstrar o que a interessa, fazer esboços de frases, ter um comportamento mais exploratório, amplo e variado, experimentar novas texturas, gostos e funções de objetos, além de brincar de faz-de-conta. A criança com Autismo tende a apresentar um grande atraso no aparecimento da fala e, quando presente, esta pode ser marcada por muita repetição e pouca autonomia. As expressões tendem a ser mais voltadas para a frustração, as brincadeiras costumam ser mais fixas, com pouca exploração, e há uma grande resistência a mudanças^{1,3,10}.

A faixa etária entre os 18 e 36 meses é marcada pelo mesmo atraso do desenvolvimento, com pouca interação social, iniciativas apenas em situações que apresentem ganho pessoal (como abrir caixas para pegar brinquedos), ecolalia, dificuldade de respostas gestuais como “sim” e “não”, pouca imitação do adulto, brincadeiras extremamente restritas ou repetitivas, desinteresse, frases fora do contexto, afastamento de outras crianças, resistência aos horários e aos cenários alimentares¹.

A família é presente em cada aspecto da intervenção da criança autista: as primeiras queixas, as primeiras percepções dos sintomas costumam estar ligadas a queixas trazidas pelos próprios cuidadores. A aceitação, o engajamento, a melhora do paciente está diretamente relacionada à dedicação das pessoas envolvidas. Estar com uma criança autista representa grandes desafios. A família tem uma mudança brusca de suas atividades rotineiras e de seu clima emocional. Todas as esferas familiares devem se adaptar à criança, seja a relação conjugal, a parental, ou a fraterna. A resiliência dos parentes deve ser desenvolvida, assim como a reestruturação de crenças e a confiança na rede de suporte profissional. O tratamento do paciente deve ser feito de forma integral, individual e multiprofissional, pois só assim as complexidades de demandas e inclusão podem ser supridas^{3,6}.

Todas as características portadas pelos pacientes com Autismo favorecem muito o isolamento contínuo¹¹. Pesquisas demonstram que proporcionar às crianças autistas o convívio com outras da mesma faixa etária possibilita muito o estímulo à interação, e serve

como modelo de socialização para todos os envolvidos: todos aprendem e convivem com as diferenças, desenvolvem tolerabilidade e empatia¹². A reestruturação curricular e a adaptação escolar são essenciais para a humanização do apoio ao autista, para a garantia à educação, à cidadania e à autonomia^{11,12}.

O autista é extremamente vulnerável à violação de seus direitos, mas estes estão previstos por leis específicas para pessoas com deficiências e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. A garantia dos direitos de cidadania passa pela oferta de educação, assistência social, trabalho, transporte, habitação, saúde, esporte e lazer, o que certifica que todas as possibilidades de inclusão da pessoa com TEA devem ser abordadas. Nenhuma criança pode ser discriminada, nenhuma criança pode ser excluída da escola. A equipe designada ao cuidado contínuo da criança com Autismo deve zelar por disponibilizar os encaminhamentos necessários, ter cuidado, respeito e responsabilidade³.

Dentre as diversas formas de intervenção no desenvolvimento da criança, as mais utilizadas são o método TEACCH (tratamento e educação para crianças com autismo e com distúrbios correlatos da comunicação), o ABA (análise aplicada do comportamento), o PECS (sistema de comunicação através da troca de figuras) e a intervenção medicamentosa. O TEACCH leva em conta os pontos fortes e as dificuldades do autista, possibilitando um apoio individualizado: o ambiente é organizado com quadros e agendas, de forma a otimizar e facilitar para a criança a compreensão do que é esperado que ela faça².

O ABA tem como objetivo inserir novas propostas ao paciente, por etapas, para que este seja capaz de adquirir novas habilidades. O método é baseado no sistema recompensa, com a intenção de ensinar à criança como responder a diferentes estímulos. Todas as reações e conquistas são analisadas e trabalhadas para que a aceitação do progresso seja cada vez maior³.

O PECS, além de ser usado para crianças, também pode ser adaptado para adultos com TEA. De forma geral, o maior objetivo é o de desenvolvimento da capacidade de comunicação. O paciente submetido a este tratamento aprende que ao se comunicar, ele pode conseguir mais rapidamente aquilo que deseja².

Algumas outras abordagens têm sido testadas e, embora os resultados tenham sido divergentes para cada criança, a maioria dos pais relata a percepção do aumento da capacidade de relaxamento de todos os indivíduos envolvidos. Essas abordagens podem ser a musicoterapia, a assistência fonoaudiológica, a equoterapia, e o acesso à psicoterapia e à dança². Na questão medicamentosa, ainda não foram inventados fármacos específicos para o Transtorno do Espectro Autista, mas alguns psicofármacos podem ser indicados para o manejo de sintomas específicos que prejudicam a socialização do autista, como as estereotípias, a agressividade, a inquietude e os movimentos repetitivos³.

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

A família deve estar presente, ser ativa na intervenção do autista e assumir papel base no desenvolvimento deste, já que o tempo que a criança passa em casa é superior ao tempo gasto na escola e em demais terapias. Cabe ainda, aos familiares, informar às pessoas que convivem com o paciente sobre seus gostos, limitações, interesses e necessidades, além de serem fonte de zelo e carinho incondicional. A criança com apoio integral tende a ter uma melhora considerável em seu prognóstico, sendo capaz de adquirir melhores habilidades sociais e de autocuidado¹³.

5. CONCLUSÃO

O TEA é uma condição com crescente número diagnóstico em âmbito mundial. A criança autista beneficia-se muito com a abordagem precoce e o manejo interdisciplinar.

A inserção escolar representa papel importante na infância. O tratamento para crianças com TEA deve ser misto, individualizado, antecipado e com respeito à singularidade de cada paciente. A escola e os demais profissionais envolvidos têm obrigação de elaborar estratégias para que estes alunos interajam com os conteúdos ministrados e com as crianças ditas “típicas”.

O autista estimulado precocemente e de maneira correta tem excelente prognóstico apesar de a doença ainda não apresentar cura. A família é fonte de carinho e deve ser a referência de estabilidade emocional para o sucesso da abordagem da criança com dificuldades de interação social e desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- [1] Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro autista (TEA). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- [2] Associação de Amigos do Autista (BR). Autismo: guia prático [internet]. AMA [2016]. Disponível em: <http://www.autismo.org.br/site/images/Downloads/Cartilha8aedio.pdf>
- [3] Ministério da Saúde (BR). 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- [4] Sociedade Brasileira de Pediatria. Desenvolvimento, comportamento e a nova agenda do pediatra. SBP notícias. 2011; XIV(62): 14-17.
- [5] Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Triagem precoce para autismo/transtorno do espectro autista [internet]. SBP [2017 abril]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/04/19464b-DocCient-Autismo.pdf
- [6] Andrade AA, Teodoro MLM. Família e autismo: uma revisão de literatura. Contextos Clínicos. 2012; 5(2): 133-42.
- [7] Miranda LP, Rosegue R, Figueiras ACM. A criança e o adolescente com problemas de desenvolvimento no

ambulatório de pediatria. J Pediatr. 2003; 79(Supl 1): S33-S42.

- [8] Autism spectrum disorder [internet]. HealthyChildren [last updated 2018 april 26]. Disponível em www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/Autism/Pages/How-Doctors-Screen-for-Autism.asp.
- [9] Zwaigenbaum L, Bauman ML, Fein D, Pierce K, Buie T, Davis PA, Newschaffer C, Robins DL, Wetherby A, Choueiri R, Kasari C, Stone WL, Yirmiya N, Estes A, Hansen RL, McPartland JC, Natowicz MR, Carter A, Granpeesheh D, Mailloux Z, Roley SS, Wagner S. Early screening of autism spectrum disorder: recommendations for practice and research. Pediatrics. 2015 Oct; 136(1): 41-61.
- [10] Oliveira G. Autismo: diagnóstico e orientação. Acta Pediatr Port. 2009; 40(6): 278-87.
- [11] Nunes DRP, Azevedo MQO, Schmidt C. Inclusão educacional de pessoas com autismo no Brasil: uma revisão de literatura. Rev Educação Especial. 2013; 26(47): 557-72.
- [12] Camargo SPH, Bosa CA. Competência social, inclusão social e autismo: revisão crítica da literatura. Psicologia e Sociedade. 2009; 21(1): 65-74.
- [13] Klin A. Autismo e síndrome de asperger: uma visão geral. Rev Bras Psiquiatr. 2006; 28(Supl 1): S3-11.