

A IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DOS SINAIS DE RISCO PARA O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E AS INTERVENÇÕES ANTECIPADAS: UM ENCONTRO NECESSÁRIO¹

THE EARLY IDENTIFICATION OF RISK SIGNS OF THE AUTISM SPECTRUM DISORDER AND EARLY INTERVENTION: A NECESSARY MEETING

Inês Farias Rabelo² e Luciane Najjar Smeha³

RESUMO

Este artigo aborda as possibilidades de identificação precoce de risco para o Transtorno do Espectro Autista, especialmente nos primeiros meses de vida do bebê. Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa, na qual se utilizou publicações dos últimos dez anos sobre o tema. Foi analisada a literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas e outros documentos públicos. Foi possível constatar que, geralmente, os primeiros sinais estão relacionados aos atrasos da linguagem e alterações na socialização/interesse em interagir com as pessoas. Apesar dos avanços na capacitação dos profissionais da saúde e da divulgação de protocolos para a identificação dos primeiros sinais de risco psíquico, o diagnóstico precoce ainda é um desafio para os profissionais da saúde e, na maioria das vezes, os pais são os primeiros a perceber as alterações no desenvolvimento do bebê. Todavia, avançar nesse sentido é imprescindível, a literatura destaca que as intervenções apresentam melhores resultados quando iniciadas antecipadamente. Isso ocorre porque é o período de maior plasticidade cerebral, profícuo para potencializar o desenvolvimento saudável do bebê, considerado um tempo primordial para a constituição psíquica do sujeito.

Palavras-chave: autismo, desenvolvimento infantil, risco psíquico.

ABSTRACT

This article discusses the possibilities of early identification of risk for Autism Spectrum Disorder, especially in the first months of the baby's life. This is a literature review of the narrative type, in which publications of the last ten years on the topic have been used. We used published books, printed and/or electronic journal articles and other public documents. It was possible to verify that usually the first signs are related to the delays of language and changes in interacting with the people. Despite advances in the preparation of health professionals and the dissemination of protocols to identify the first signs of psychic risk, early diagnosis is still a challenge for health professionals, and parents are often the first to notice changes in development. The literature highlights that the interventions present better results when initiated early, since the period of greater cerebral plasticity is useful to potentiate the healthy development of the baby.

Keywords: autism, child development, psychic risk.

¹ Trabalho Final de Graduação - TFG.

² Acadêmica do curso de Psicologia - Universidade Franciscana (UFN). E-mail: ines.rabelo@ufn.edu.br

³ Orientadora. Docente na Universidade Franciscana (UFN). E-mail: lucianenajar@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento com início precoce (ZANON; BACKES; BOSA, 2014). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) há sinais que indicam se o desenvolvimento do bebê não está correspondendo com o esperado. Esses indícios podem auxiliar na identificação precoce de risco psíquico ou para o TEA, possibilitando o acesso a ações e programas para uma intervenção antecipada. As diretrizes orientam que as manifestações dos primeiros sintomas precisam estar presentes até os três anos de idade da criança para que se estabeleça o diagnóstico. Conforme o documento, é importante observar a presença e a ausência das habilidades e competências da criança, bem como sua frequência e qualidade, de acordo com o contexto em que a criança vive (BRASIL, 2013).

O TEA faz parte dos transtornos do neurodesenvolvimento, portanto, apresenta-se com características de atraso na aquisição ou no uso apropriado da linguagem e da comunicação, assim como *déficit* na interação social (APA, 2013). É classificado como um transtorno de espectro, pois seu diagnóstico baseia-se em nível gradual de desenvolvimento e apresentação dos sintomas de forma específica em cada indivíduo (SCHMIDT, 2017).

A ocorrência do TEA na população em geral tem se mostrado elevada, conforme os últimos estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos na década passada, quando se estimava um caso a cada 110 nascimentos, enquanto que atualmente indicam um caso a cada 68 indivíduos. Pessoas do sexo masculino têm maior prevalência, sendo uma menina para cada quatro meninos afetados, no entanto, os sintomas tendem a ser mais severos nas mulheres (SCHMIDT, 2017).

Atualmente, os estudos abordam a detecção precoce de risco como precursora de intervenções mais eficazes; apontam para a avaliação interdisciplinar e recomendam a participação dos pais ou cuidadores como participantes ativos na identificação dos sinais de risco para o transtorno (GONÇALVES; PEDRUZZI, 2013; ROTH, 2016; VISANI; RABELLO, 2012). Garcia e Lampreia (2011), a partir de uma análise dos estudos de vídeos familiares, ressaltaram a necessidade de priorizar meios investigativos mais voltados para as interações afetivas entre o bebê e seus cuidadores, tendo em vista que é nessa relação que se encontram fatores potenciais de ganhos para o desenvolvimento da atenção compartilhada e a socialização da criança. As autoras destacaram que o primeiro ano de vida do bebê deve ser considerado como fundamental para as investigações concernentes ao risco para o TEA, já que é nesse período que o bebê aprende a interagir com outras pessoas além da mãe.

O objetivo deste artigo é apresentar uma investigação bibliográfica sobre as possibilidades de identificação precoce de risco para o TEA, especialmente nos primeiros dois anos de vida do bebê, fase em que alguns sinais aparecem, mas, não são reconhecidos pelos pais como um sinal de alerta para o risco no desenvolvimento da criança. Para atingir esse objetivo, foi realizada uma investigação bibliográfica de cunho narrativa, buscando-se evidenciar os resultados de estudos realizados entre 2008 e 2018 sobre a temática.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão de literatura do tipo narrativa, um tipo de pesquisa na qual é elaborada uma síntese qualitativa dos dados analisados, não exigindo um protocolo rígido para sua construção, onde a busca das fontes não é pré-determinada e específica. A seleção dos artigos e outras publicações são arbitrárias, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência de sua percepção subjetiva (CORDEIRO, 2007).

Para a realização deste estudo foram selecionados artigos de revistas, livros, dissertações, teses e outros documentos públicos, como manuais/cartilhas. A busca pelos artigos foi feita nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com os descritores “sinais de risco para o TEA” e “Identificação precoce” com o auxílio dos operadores AND e OR. Optou-se por analisar publicações lançadas entre 2008 e 2018, considerando os avanços na área de conhecimento nos últimos dez anos.

O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

A palavra Autismo foi mencionada pela primeira vez em 1907 por *Bleuler*, o qual se referiu a um comportamento de perda de contato com a realidade, típico da Esquizofrenia. Cinco anos mais tarde, ele englobou o Autismo aos distúrbios das associações, da afetividade e ambivalência (SCHIMIDT, 2013). Passados alguns anos, em 1943, o médico psiquiatra Leo Kanner relatou 11 casos de crianças observadas por ele, que apresentavam um comportamento retraído e falta de habilidades para desenvolver contatos com seu meio desde muito cedo. Os sintomas observados por Kanner foram descritos por ele como inatos, reconhecendo o Autismo Infantil como uma síndrome fundada no modelo orgânico (RIBEIRO; MARTINHO; MIRANDA, 2012).

No ano de 1944 Kanner nomeou o autismo de “Síndrome do autismo Infantil precoce”, que até então ele havia chamado de “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”. Ainda no mesmo ano de 1944, o psiquiatra e pediatra Hans Asperger descreveu quatro casos infantis que apresentavam sintomas semelhantes aos descritos por Kanner, porém, com a diferença de se apresentarem mais tarde, por volta dos quatro anos de idade e, junto aos sintomas de isolamento, percebia-se uma inteligência acentuada nessas crianças. A esse fenômeno Asperger deu o nome de “Psicopatia Autística”, vindo a se chamar Síndrome de Asperger, em sua homenagem, a partir dos estudos da psiquiatra Lorna Wing, em 1981 (RIBEIRO; MARTINHO; MIRANDA, 2012).

Os estudos de Kanner lhe mostraram que o autismo infantil, embora visto como uma psicose, era diferente da Esquizofrenia Infantil, em função de sintomas que não eram comuns às duas patologias. Além do extremo isolamento, essas crianças apresentavam a necessidade de

imutabilidade, as repetições estereotipadas dos gestos, os distúrbios da linguagem e desapego ao seu ambiente (ASSUMPTÃO JR; KUCZYNSKI, 2007).

Desde as primeiras pesquisas sobre o comportamento autístico o fator que despertou a hipótese de que se tratava de um transtorno foi o isolamento afetivo (RIBEIRO; MARTINHO; MIRANDA, 2012). A frieza emocional e o isolamento dessas crianças chegaram a ser considerados por Bettlheim, como advindos da relação com a mãe. Mais tarde, em 1953, Kanner reeditou essa primeira impressão, afirmando que a reação das mães poderia ser uma resposta à falta de responsividade do filho, supondo que a mãe frustrava-se ao ver que o filho não correspondia adequadamente aos seus investimentos e cuidados maternos (ROTH, 2016).

A descrição do Autismo em manuais médicos como categoria diagnóstica com critérios descritivos teve sua aparição no final da década de 1980, designado como Transtorno Autista. Até então, o transtorno era entendido como uma forma de psicose, e não como um transtorno com critérios descritivos distintos. Somente a partir de 1986, com a terceira edição do livro americano referência em transtornos mentais (DSM), é que se percebeu uma identidade própria para o autismo, dando início a uma trajetória dissociada da perspectiva psicanalítica (SCHMIDT, 2017).

Na quarta edição do DSM (APA, 2002) o Autismo fazia parte dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), os quais incluíam o Transtorno Autista, o Transtorno de Asperger, o Transtorno de Rett, o Transtorno Desintegrativo da Infância e o Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra Especificação (BARBARO, 2009). Na quinta e última edição, os Transtornos Globais do Desenvolvimento passaram a ser chamados de Transtornos do Neurodesenvolvimento, com características que variam no decorrer do desenvolvimento, mas, com início nos primeiros anos e permanecendo presentes ao longo da vida.

Para diagnóstico de TEA, os primeiros sinais devem aparecer antes dos 36 meses da criança, bem como, apresentar-se em dois domínios essenciais: falhas na comunicação/ interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamentos e interesses (APA, 2013). Não há um fator determinante biologicamente ou comportamental para o TEA (SCHMIDT, 2013).

SINAIS DE RISCO, INTERVENÇÃO PRECOCE E DIAGNÓSTICO

De acordo com o Ministério da Saúde, os estudos epidemiológicos sobre o TEA ainda são escassos. Contudo, há sinais de alerta no desenvolvimento da criança que, se percebidos, tornam-se facilitadores na identificação precoce e, conseqüentemente, possibilitam o diagnóstico de risco em tempo preciso (BRASIL, 2013). Há métodos disponíveis para a detecção precoce do autismo que permitem a identificação de sinais de risco a partir dos três meses de idade. No entanto, frequentemente, esses sinais só são reconhecidos pelos profissionais quando a criança já tem entre dois e seis anos de idade. Essa mesma pesquisa revelou, também, insegurança e falta de conhecimento dos sinais

indicativos de um diagnóstico precoce de autismo e outros transtornos mentais infantis, por parte dos médicos que atendem crianças (VISANI; RABELLO, 2012).

Alterações no olhar do bebê são consideradas como um dos primeiros sinais de risco para o TEA, podendo ser percebidas nos primeiros meses de vida. Tanto a dificuldade de sustentar o olhar, quanto a sua fixação a objetos ou a determinados detalhes geram a desconfiança de que algo não está bem, porém, são sinais sutis, que facilmente passam despercebidos pela mãe e pelos cuidadores (WILLIAMS; WRIGHT, 2008).

Segundo Muratori (2014) o bebê com risco para o TEA demonstra falhas na troca de olhar desde os primeiros meses de vida. O autor ressaltou que é através do olhar, da interação com os pais e com o meio, que o bebê adquire suas competências sociais. No entanto, nos primeiros dois anos de vida da criança há um aumento significativo da complexidade das conexões cerebrais, sendo que elas se constroem através de um processo interdependente entre as bases genéticas e os estímulos do meio. No caso de bebês com risco para autismo trata-se de um distúrbio da intersubjetividade. A intersubjetividade é a capacidade que o bebê adquire de se relacionar com o outro e com os objetos. Essa capacidade é construída a partir da vivência das suas primeiras interações relacionais, na relação face a face com a mãe e nas demais sintonias existentes na relação mãe-bebê (MURATORI, 2014).

A respeito do ponto de partida para o TEA, as perspectivas advindas da neurociência o entendem como um distúrbio de natureza genética. Sendo assim, os prejuízos da linguagem e da interação social teriam origem na anormalidade da anatomia e do funcionamento de algumas regiões do cérebro, como o lobo temporal e o sulco temporal superior. A dificuldade em integrar os estímulos sensoriais ao processamento da resposta gera deficit em sequência, o que supõe a predisposição genética como apenas um dos fatores envolvidos nesse processo (MURATORI, 2014).

Há uma sequência de sinais que podem ser percebidos de acordo com a idade da criança, embora não exista consenso na literatura, há indicativos de que o TEA possua bases genéticas, porém, ainda não é possível detectá-lo por meio de exames laboratoriais. Nos primeiros seis meses o bebê pode não apresentar sintomas claros, mas, já é possível perceber algumas manifestações nas primeiras aquisições da linguagem (balbúcio) e no interesse diminuído do bebê em buscar o rosto humano por meio do olhar (WILLIAMS; WRIGHT, 2008). Ainda sobre a etiologia do autismo, Schmidt (2017) considerou a possibilidade da etiologia ser multifatorial, um transtorno complexo que envolve interação genética e fatores ambientais.

Por outro lado, a literatura tem mostrado que, antes do primeiro semestre, os sinais de risco psíquico já podem ser detectados. Um dos sinais é a pobreza ou ausência de reflexo de antecipação e aproximação do seio da mãe, logo que o bebê nasce. As perturbações na sucção, na busca dos quatro pontos cardeais e, na fixação do olhar, são preditivos de dissonância de elementos de maturação neurológica e disfunção cerebral, se manifestam evolutivamente desde o nascimento, mas, são problematizados por volta dos oito ou nove meses do bebê (JERUSALINSK, 2010). Entre seis e 12 meses de

vida, os sinais de risco voltam-se mais para os atrasos de linguagem e os movimentos corporais, como engatinhar e sentar sozinho, que devem levar os cuidadores a monitorar o desenvolvimento do bebê. Esses sinais não indicam, necessariamente, a presença do TEA, contudo, indicam que há dificuldades no desenvolvimento físico e/ou atrasos na aquisição da linguagem (WILLIAMS; WRIGHT, 2008).

Por volta dos 18 meses a presença de alguns comportamentos intensificam as preocupações com o desenvolvimento do bebê. Nesse período, as falhas na responsividade de modo geral, o desinteresse no outro, os atrasos no desenvolvimento da linguagem ou a regressão na linguagem, a ausência do faz de contas, a fixação em comportamentos ou em objetos, são um conjunto de comportamentos que indicam a necessidade de ajuda profissional. Em busca da etiologia do autismo, alguns pesquisadores internacionais estudaram a relação entre o uso de vacinas com o transtorno, no entanto, não há evidências que comprovem a ligação entre o autismo e as vacinas antisarampo, antirrubéola e anticaxumba. Com a divulgação dessa possível relação, houve preocupação com os casos nos quais os pais optaram por não fazer as vacinas em suas crianças (WILLIAMS; WRIGHT, 2008).

Araújo e Schwartzaman (2011) ressaltaram que os encaminhamentos para avaliação têm sido mais tardios que o desejável, tendo em vista que os pais têm percebido sinais por volta dos 17 meses da criança. Há uma procrastinação no diagnóstico; a consulta pediátrica de acompanhamento, quando realizada de forma rápida e menos atenta, também pode não identificar alguns sinais de risco para o autismo. Assim, não é incomum que o diagnóstico seja fechado por volta dos três a quatro anos da criança. Para Onzi e Gomes (2015) e Zaqueu et al. (2015), quanto mais cedo for realizada a identificação dos sinais e o encaminhamento para uma estimulação antecipada, melhores serão as respostas da criança, dentro das suas reais capacidades físicas e mentais.

É imprescindível identificar as competências do bebê e investir nelas, por meio de intervenções que favoreçam a aprendizagem, o desenvolvimento e a socialização, dentro do seu meio de convívio familiar (REIS; PEREIRA; ALMEIDA, 2016). Os atrasos no diagnóstico, de acordo com Flores e Smeha (2013) podem, também, estar relacionados ao fato do pediatra demorar em conversar sobre a sua suspeita com os pais ou não ter formação para identificar os sinais de risco precoce. Soma-se a isso o fato do pediatra, frequentemente, solicitar avaliação do neuropediatra, o que nos serviços de saúde pública pode demorar muito (FLORES; SMEHA, 2013).

O uso de instrumentos de rastreio tem sido um método muito utilizado na coleta de informações com os pais, em casos de suspeita de TEA. A escala *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) e o questionário Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) são os instrumentos mais utilizados e validados para uso no Brasil (MACHADO et al., 2016). A M-CHAT pode ser utilizada com bebês entre 18 e 24 meses, sendo considerada de fácil aplicação, devido ao seu uso poder ser realizado por qualquer profissional da saúde ou pelo pediatra. Essa escala contém 23 questões do tipo sim/não, que deverão ser respondidas pelos pais de crianças entre 18 e 24 meses. Através das respostas é possível verificar a percepção dos pais sobre a criança, já que as respostas

são baseadas nas interações da díade ou da tríade. Seu estudo de validação foi no Reino Unido e sua tradução passou de 14 idiomas. No Brasil, sua tradução e validação atende pelo protocolo 80/2007 (LOSAPPIO; PONDÉ, 2008). Sem dúvidas, as escalas de avaliação de risco apresentam um salto na identificação precoce de risco para o TEA, no entanto, não oferecem resultados fiéis quando são utilizadas isoladamente (MACHADO et al., 2016).

O IRDI é um instrumento de rastreio, criado e validado no Brasil por um grupo de psicanalistas e pesquisadores brasileiros, que se propõe a investigar os aspectos condizentes à interação da díade mãe-bebê e é utilizado dos zero aos 18 meses da criança (MACHADO et al., 2016). O objetivo fundamental da pesquisa de validação do IRDI foi o de verificar os indicadores de risco psíquico e não exclusivamente para o TEA, uma vez que o instrumento não visa diagnosticar bebês, mas sim, identificar sinais de risco. Ainda, é importante salientar que esse instrumento orienta-se por eixos teóricos capazes de predizer a constituição subjetiva do bebê e do seu desenvolvimento (KUPFER, 2008). Os quatro eixos da IRDI distribuem-se em 18 indicadores de risco, que investigam o percurso das relações pais/cuidador-bebê, sendo que a ausência de um eixo indica perturbações na estruturação da subjetividade (KUPFER et al., 2010).

Outro instrumento utilizado para identificar sinais é o PREAUT, criado na França, por meio do *Programme de Recherche et Évaluation sur l'autisme* (PREAUT). Ele apresenta um direcionamento maior para o risco de evolução para um quadro de autismo do que o IRDI, instrumento criado no Brasil, ainda que ambos tenham sido construídos com bases da teoria psicanalítica. O PREAUT avalia, principalmente, a interação social do bebê. Foi desenvolvido a partir de filmes caseiros gravados por familiares dos bebês que foram, posteriormente, diagnosticados com autismo (CRESPIN; PARLATO OLIVEIRA, 2015).

A Lei nº 13.438, sancionada em 26 de abril de 2017, em acréscimo ao artigo 14 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tornou obrigatória a aplicação de instrumento ou protocolo capaz de contribuir com a detecção precoce de sinais de risco psíquico nas consultas pediátricas do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda nos primeiros 18 meses de vida (BRASIL, 2017). O artigo 14 do ECA dispõe sobre os programas de prevenção de doenças voltados para a população infantil, incluindo assistência médica e odontológica, vacinas, acompanhamento pré-natal, entre outras orientações preventivas e educativas para os pais (BRASIL, 2017).

As escalas de avaliação demonstraram eficácia na identificação dos indicativos de risco ao desenvolvimento psíquico e para o TEA, tendo em vista que seus resultados se conectam com as observações clínicas e tornam possível uma avaliação mais precisa, no sentido de intervir nos aspectos do desenvolvimento do bebê que não estão indo bem, sobretudo, nos serviços de saúde pública (OLIVEIRA, 2013). No entanto, estudos realizados com pediatras, revelaram que os profissionais adquirem pouco conhecimento sobre autismo durante o curso de graduação. Logo, há necessidade de buscar o conhecimento no decorrer da vida profissional, o que nem sempre ocorre (FERREIRA;

SMEHA, 2018; FLORES; SMEHA, 2013). A implementação de programas de capacitação profissional sobre a identificação dos sinais de risco, no Brasil, ainda é incipiente e necessita superar desafios para garantir a sua efetividade, especialmente nos serviços de atenção primária em saúde (STEYER; LAMOGLIA; BOSA, 2018).

CONTRIBUIÇÕES DA FAMÍLIA NA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE RISCO PARA O TEA

As primeiras pronúncias sobre o Autismo descreviam os pais dessas crianças como dotados de certa frieza emocional. Durante muitos anos, as mães foram chamadas de “mães-geladeira” e os pais foram descritos como racionais e de alto nível intelectual. No entanto, essas hipóteses relacionadas à atuação da família e à origem do autismo foram se modificando no decorrer de novos estudos e observações (ASSUMPCÃO JR; KUCZYNSKI, 2007).

As observações iniciais sobre a interação família-autista visavam relatar características comuns entre famílias com filhos autistas, com o propósito de identificar as atitudes familiares que influenciavam no desenvolvimento da afetividade e das relações (HAMER; MANENTE; CAPELLINI, 2014). Estudos mostraram que os pais ou os cuidadores são os primeiros a perceber os sinais do transtorno. Nos relatos deles, essas percepções ocorreram antes dos primeiros dois anos de vida do bebê; os atrasos do desenvolvimento da linguagem e da comunicação são os primeiros sintomas percebidos por eles (ZANON; BACKES; BOSA, 2014).

Embora possa haver desconhecimento dos aspectos que correspondem ao desenvolvimento típico do bebê, é dos pais ou cuidadores que surgem as primeiras suspeitas de que algo não está bem (ONZI; GOMES, 2015). Nesse sentido, Oliveira (2013) apontou que o processo de investigação precoce ultrapassa os cuidados com o bebê, engloba a família como um todo e, por essa razão, os cuidados devem se estender à família, no sentido de lhe oferecer amparo e não a responsabilização pelo surgimento do transtorno.

A aceitação do diagnóstico por parte dos pais tem se mostrado como um processo difícil. Pesquisas recentes que utilizaram entrevistas com casais ou mães de filhos com TEA atribuíram a esse fenômeno alguns fatores desencadeantes como a falta de conhecimento sobre o transtorno (PINTO et al., 2016). Nessa mesma lógica, Ferreira e Smeha (2017) apontaram, em pesquisa recente, que os profissionais pediatras descreveram a maioria dos pais como não colaboradores e resistentes aos sinais do TEA. Segundo esses profissionais, a negação advinda do pai e da mãe sobre os sintomas que se apresentam gera a quebra da rotina das consultas, pois eles tendem a buscar outro médico, na esperança de que outro profissional não levante a mesma suspeita. Apesar de o estudo referido elucidar as perspectivas de alguns pediatras, não se pode correr o risco de responsabilizar a família pela identificação dos sinais. Esse papel cabe, primordialmente, aos profissionais da saúde que acompanham o desenvolvimento do bebê.

A sobrecarga vivenciada pela mãe nas rotinas de cuidados com o filho também é fator destacado em estudos. A essa sobrecarga, acrescenta-se a escassez de toda a rede de apoio profissional, os gastos envolvidos com as consultas e a perda do filho ideal. A dinâmica familiar é atravessada por esses fatores após constituir-se um diagnóstico de TEA (SMEHA; CEZAR, 2011).

Visani e Rabello (2012) evidenciaram a necessidade de trabalhar em conjunto com os pais na clínica do autismo. De acordo com as autoras, reconhecer nos pais o potencial que eles têm a respeito das primeiras suspeitas do TEA e investigar suas percepções, são fatores favoráveis ao diagnóstico e ao tratamento da criança. Nos casos de negação dos sintomas parece haver uma tentativa de não se responsabilizar pelo fato, buscando o alívio da culpa. No entanto, capacitar melhor os médicos da primeira infância e oferecer um espaço de diálogo entre eles, família e instituições favorece os encaminhamentos e as detecções precoces (VISANI; RABELLO, 2012).

O vínculo estabelecido entre os pais do bebê e o médico pediatra é crucial no estabelecimento do diagnóstico do TEA. Assim, a falta de conhecimento sobre o distúrbio leva o profissional a tropeçar na confiança que os pais depositam nele, conduzindo o processo de investigação à estagnação e à negação dos sintomas percebidos (FERREIRA; SMEHA, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi investigar quais são as possibilidades de identificação de risco para o TEA nos primeiros dois anos de vida do bebê. Constatou-se que há sutileza nos primeiros sinais e que, por vezes, passam despercebidos. No entanto, o TEA é uma condição persistente e sem cura, seus sintomas se acentuam com o passar do tempo, despertando a sua percepção.

Enquanto que os primeiros estudos sobre o autismo focavam nas inapetências da criança e da interação familiar, o que ocasionou muitos mal entendidos e gerou muito sofrimento e desamparo às famílias, essencialmente às mães, observa-se que as pesquisas e os estudos posteriores procuraram evidenciar as potencialidades do bebê, apostando na identificação dos sintomas do TEA o mais cedo possível e apontaram para a necessidade de intervir, antes mesmo de diagnosticar.

As primeiras desconfianças advindas dos pais se configuram no comportamento social do bebê e nos atrasos da linguagem, porém, as investigações dependem da percepção dos médicos, em sua maioria, os pediatras. São eles que recebem a queixa ou que suspeitam que o desenvolvimento do bebê não esteja indo bem. Durante esse percurso, os entraves são muitos, desde a negação e não aceitação dos pais, as longas esperas por consultas, as buscas por profissionais especializados. Essa espera pode gerar, na maioria dos casos, a irreversão dos sintomas.

Outro fator relevante no percurso do autismo é o despreparo dos profissionais para firmar um diagnóstico quando o transtorno já está instalado, com sinais claros para o diagnóstico, o que dificulta as intervenções antecipadas no âmbito da clínica. A lacuna existente entre identificar e intervir parece

residir na falta de comunicação entre as instâncias que cercam o bebê. Enquanto os órgãos públicos se voltam para a obrigatoriedade de acompanhar com protocolos o desenvolvimento da criança, os profissionais carecem de capacitações e espaços de discussão da temática, o que é primordial para que o atendimento em saúde seja qualificado.

A formação dos médicos pediatras requer uma capacitação específica e indispensável para a clínica do TEA ou, pelo menos, para acompanhar a primeira infância, instrumentalizados no que concerne a identificar o risco de transtornos. Os desafios que dificultam ou impossibilitam a clínica das intervenções precoces com o TEA apontam para o trabalho interdisciplinar, com fonoaudiólogos, psicólogos, psicopedagogos, neuropediatras, entre outros. Nesse sentido, o profissional psicólogo precisa aprimorar seus conhecimentos, buscar capacitações que lhe ofereçam um aporte seguro para exercer o papel que lhe compete junto à equipe, à família e aos cuidados com a criança.

Apesar de ter encontrado vasta literatura nacional sobre o TEA, sugere-se novos estudos, com amplitude longitudinal, que acompanhem os bebês que apresentarem sinais de risco nos primeiros 24 meses de vida, tendo em vista a confirmação do diagnóstico ou não. Assim, as pesquisas poderão encontrar mais evidências quanto à importância dos instrumentos de avaliação e da intervenção antecipada.

REFERÊNCIAS

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4. ed. (DSM-IV-TR). Washington (DC): American Psychiatric Association, 2002.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5. ed. (DSM-V). Washington (DC): American Psychiatric Association, 2013.

ARAÚJO, Ceres Alves; SCHWARTZMAN, José Salomão. **Transtorno do espectro do autismo**. São Paulo: Memnon, 2011.

ASSUMPÇÃO JÚNIOR, Francisco Batista; KUCZYNSKI, Evelyn. **Autismo Infantil: Novas Tendências e Perspectivas**. São Paulo: Atheneu, 2007.

BARBARO, Josephine; CHERYL, Dissanaiake. Autism Spectrum Disorders in infancy and toddlerhood: a review of the evidence on early signs, early identification tool, and early diagnosis. **J Dev Behav Pediatr**, v. 30, p. 447-459, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo**. Brasília, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/1DPwC1Q>>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. **Lei nº 13.438**, de 26 de abril de 2017. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, DF: Senado Federal, 2017.

CORDEIRO, Alexander Magno et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev Col Bras Cir**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-443, 2007.

CRESPIN, Graciela; PARLATO OLIVEIRA, Érika. Projeto PREAUT. In: JERUSALINSKY, Alfredo (editor). **Dossiê autismo**. São Paulo: Instituto Langage, 2015. p. 436-455.

FERREIRA, Maria Evanir. SMEHA, Luciane Najar. E agora Dr.? O pediatra diante do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista. **PSI UNISC**, Santa Cruz do Sul, v. 2, p. 157-171, 2018.

FLORES, Mariana Rodrigues; SMEHA, Luciane Najar. Bebês com risco de autismo: o não-olhar do médico. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 16, n. spe, p. 141-157, 2013.

GARCIA, Mariana Luisa; LAMPREIA, Carolina. Limites e possibilidades da identificação de risco de autismo no primeiro ano de vida. **Psicol Reflex Crit**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 300-308, 2011. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/fhjskb>>. Acesso em: 28 out. 2018.

GONÇALVES, Tábatta Martins; PEDRUZZI, Cristiane Monteiro. Survey protocols and diagnostic methods applicable in the autism speech therapy clinic: a literature review. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 1011-1018, ago. 2013. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/qd627g>>. Acesso em: 28 out. 2018.

HAMER, Bruna Laselva; MANENTE, Milena Valelongo; CAPELLINI, Vera Lúcia Messias Fialho. Autismo e família: revisão bibliográfica em bases de dados nacionais. **Rev psicopedag**, São Paulo, v. 31, n. 95, p. 69-77, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2xwI7PB>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

JERUSALINSKY, A. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. Porto Alegre, RS: Artes e Ofício, 2010.

KUPFER, Maria Cristina Machado. **Relatório Científico Final: leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos, uma abordagem interdisciplinar atravessada pela psicanálise**. Projeto temático FAPESP n. 2003/09687-7. São Paulo, 2008.

KUPFER, Maria Cristina Machado et al. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. **Rev latinoam psicopatol fundam**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 31-52, 2010. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/kywjzq>>. Acesso em: 28 maio 2018.

LOSAPIO, Mirella Fiuza; PONDE, Milena Pereira. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. **Rev psiquiatr Rio Grande Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 221-229, dez. 2008. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/q8xcrs>>. Acesso em: 28 out. 2018.

MACHADO, Fernanda Prada et al. Respostas parentais aos sinais clássicos de autismo em dois instrumentos de rastreamento. **Audiol Commun Res**, São Paulo, v. 1, p. 1-7, 2016. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/rvnf5m>>. Acesso em: 28 out. 2018.

MURATORI, Fillipo. **O diagnóstico precoce no autismo: guia prático para pediatras**. Salvador: Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce da Bahia, 2014.

OLIVEIRA, Luciele Dias. **Da detecção à intervenção precoce em casos de risco ao desenvolvimento infantil e distúrbio de linguagem**. 2013. 159p. Dissertação (Mestrado de Fonoaudiologia) - Curso de pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, 2013.

ONZI, Franciele Zanella; GOMES, Roberta de Figueiredo. Transtorno do Espectro Autista: A Importância do Diagnóstico e Reabilitação. **Caderno pedagógico**, Lajeado, v. 2, n. 3, p. 188-199, 2015.

PINTO, Rayssa Naftaly Muniz et al. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, e61572, 2016. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/535ghw>>. Acesso em: 28 out. 2018.

REIS, Helena Isabel da Silva; PEREIRA, Ana Paula da Silva; ALMEIDA, Leandro da Silva. Características e Especificidades da Comunicação Social na Perturbação do Espectro do Autismo. **Rev Bras Educ Espec**, Marília, v. 22, n. 3, p. 325-336, 2016.

RIBEIRO, Maria Anita Carneiro; MARTINHO, Maria Helena; MIRANDA, Elisabeth da Rocha. O Sujeito Autista e seus Objetos. **A peste**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 77-89, 2012.

ROTH, Antônia Maria. **Sinais de risco psíquico em bebês na faixa etária de 3 a 9 meses e sua relação com variáveis obstétricas, sociodemográficas e psicossociais**. 2016. 194p. Dissertação (Mestrado de Fonoaudiologia) - Curso de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, 2016.

SCHMIDT, Carlo (Org.). **Autismo, educação e transdisciplinaridade**. Campinas: Papirus, 2013.

SCHMIDT, Carlo. Transtorno do Espectro Autista: Onde Estamos e Para Onde Vamos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 22, n. 2, p. 221-230, 2017.

SMEHA, Luciane Najar; CEZAR, Pâmela Kurtz. A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo. **Psicol estud**, Maringá, v. 16, n. 1, p. 43-50, 2011.

STEYER, Simone; LAMOGLIA, Aliny; BOSA, Cleonice Alves. A Importância da Avaliação de Programas de Capacitação para Identificação dos Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autista - TEA. **Trends Psychol**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 3, p. 1395-1410, Sept. 2018. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/qqzss>>. Acesso em: 23 dez. 2018.

VISANI, Paola; RABELLO, Silvana. Considerações sobre o diagnóstico prévio na clínica do autismo e das psicoses infantis. **Rev Latinoam Psicopatol Fundam**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 93-308, 2012. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/fww5tb>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

WILLIAMS, Chris; WRIGHT, Barry. **Convivendo com autismo e síndrome de Asperger**. São Paulo: M. Books, 2008.

ZANON, Regina Basso; BACKES, Bárbara; BOSA, Cleonice Alves. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. **Psic Teor Pesq**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 25-33, mar. 2014. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/r7n4fv>>. Acesso em: 28 out. 2018.

ZAQUEU, Livia da Conceição Costa et al. Associações entre Sinais Precoces de Autismo, Atenção Compartilhada e Atrasos no Desenvolvimento Infantil. **Psic Teor Pesq Brasília**, v. 31, n. 3, p. 293-302, 2015.

