

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE PARA O AUTISMO E OS REFLEXOS DA PANDEMIA

SIMONI, Franciny da Silva¹
 JÚNIOR, Sidnei Nogueira de Souza¹
 MEDEIROS, Renata Farias¹
 VIEIRA, José Luís Henrique¹
 NARDI, Suzana Catanio dos Santos²
 REYES, Amanda Neumann²
 TEIXEIRA Stefania Martins²
 COLLARES, Lenise Álvares²

Resumo: O tema proposto neste trabalho buscou identificar as dificuldades sociais em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e os possíveis prejuízos causados pelas restrições do distanciamento social, devido à pandemia do COVID-19, considerando que há diversas dificuldades encontradas pelas famílias, de modo geral, o que abrange obviamente os autistas, tornando-se cada vez mais necessária a realização do diagnóstico precoce dessa patologia. Tudo com base no neurodesenvolvimento infantil e na etiologia do TEA, através da bibliografia em uma revisão da literatura correspondente ao tema proposto, por meio da leitura de manuais, livros e artigos científicos já publicados em sites como SciELO, Google Acadêmico, dentre outros. No segundo momento, foi feita uma pesquisa quantitativa e qualitativa (online). Para coleta de dados foi utilizado o Google Forms e o questionário “M-CHAT”, uma escala de rastreamento que visa identificar traços de autismo em crianças com idade até 24 meses de idade, seguido de análise de dados. O questionário foi respondido de forma online por responsáveis voluntários do Estado do Rio Grande do Sul. Os resultados mostraram que, apesar de 69% das 26 amostras afirmarem não possuir diagnóstico prévio para o TEA, 42,3% delas indicaram alto risco para o transtorno; 57,7% indicaram risco moderado; e não houve indicação de baixo risco ou casos neurotípicos. Além disso, 50% dos participantes responderam que as crianças não estudam e 57,69% dos casos que indicam indícios de TEA infantil encontra-se em Bagé-RS. Por fim, 57,7% das amostras indicaram agitação, aumento dos prejuízos na linguagem, na comunicação e na interação social e agressividade, em detrimento do afastamento social imposto pela pandemia. Com isso, evidenciaram-se prejuízos na comunicação, na interação social e padrões restritos de comportamento, interesses ou atividades, presentes desde o início da infância, que limitam ou prejudicam o funcionamento diário, enfatizados com o atual contexto social. Tais resultados sugeriram a importância do diagnóstico precoce para o TEA.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro, Neurodesenvolvimento, Diagnóstico Precoce.

Abstract: The theme proposed in this paper sought to identify the social difficulties in children with Autism Spectrum Disorder (ASD) and the possible harm caused by restrictions on social distancing, due to the COVID-19 pandemic, considering that there are several difficulties encountered by families, so general, which obviously covers autistic individuals, making it increasingly necessary to carry out an early diagnosis of this pathology. All based on child neurodevelopment and the etiology of ASD, through the bibliography in a literature review corresponding to the proposed theme, through the reading of manuals, books and scientific articles already published on sites such as SciELO, Google Scholar, among others. In the second moment, a quantitative and qualitative research (online) was carried out. For data collection, Google Forms and the “M-CHAT” questionnaire were used, a tracking scale that aims to identify traits of autism in children aged up to 24 months, followed by data analysis. The questionnaire was answered online by volunteer guardians of the State of Rio Grande do Sul. The results showed that, although 69% of the 26 samples claimed not to have a previous diagnosis for ASD, 42.3% of them indicated a high risk for the disorder ; 57.7% indicated moderate risk; and there was no indication of low risk or neurotypic cases. In addition, 50% of the participants answered that children do not study and 57.69% of the cases that indicate signs of childhood ASD are found in Bagé-RS. Finally, 57.7% of the samples indicated agitation, increased damage to language, communication and social interaction, and aggressiveness, to the detriment of social withdrawal imposed by the pandemic. Thus, impairments in communication, social interaction and restricted patterns of behavior, interests or activities, present since early childhood, that limit or impair daily functioning, emphasized with the current social context, were evidenced. These results suggested the importance of early diagnosis for ASD.

Keywords: Spectrum Disorder, Neurodevelopment, Early Diagnosis

¹ Discentes do Curso de Psicologia, 1º semestre 2021/1 - Faculdade IDEAU – Bagé/RS.

² Docentes do Curso de Psicologia, Faculdade IDEAU – Bagé/RS.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

De acordo com Aquino et al. (2020, p. 2423), a pandemia de COVID-19 tem sido um desafio para muitos pesquisadores, que trabalham no sentido de encontrar medidas que evitem o colapso dos sistemas de saúde e reduzam os óbitos.

No mesmo sentido, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) (2020) publicou em seu site uma matéria sobre as reflexões do retorno às aulas em meio à pandemia, reconhecendo como importante e fundamental para as famílias, a fim de prevenir impactos negativos cognitivos, pedagógicos, de depressão e outros distúrbios mentais, o que tem ligação direta com o desenvolvimento infantil.

De acordo com o Departamento de Pediatria, da Faculdade de Medicina da UFMG (2020), indivíduos com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) podem apresentar alterações no padrão do sono, maior ansiedade e irritabilidade. Apesar de não serem sintomas comuns apenas às pessoas com autismo, os impactos podem ser sentidos de maneira mais intensa por elas.

Camargo e Bosa (2009, p.65) referem: - “acredita-se que a inclusão escolar pode proporcionar a essas crianças oportunidades de convivência com outras da mesma faixa etária, constituindo-se num espaço de aprendizagem e de desenvolvimento da competência social”.

No entendimento de Mustard (2010, p.1), o estágio inicial do neurodesenvolvimento afeta diretamente o estágio seguinte do desenvolvimento humano, assim como os estágios posteriores. Assim sendo, as experiências do início da vida interferem na saúde (física e mental), no comportamento e na aprendizagem na vida futura.

Segundo Visani e Rabello (2011), os médicos da primeira infância são indispensáveis para o tratamento do TEA de forma precoce, considerando que possui o acesso privilegiado à mãe e ao bebê desde os primeiros meses de vida. Os autores também defendem que os pais das crianças, com os seus relatos, podem auxiliar os profissionais da saúde em seu diagnóstico precoce da patologia, isto porque os mesmos revelam-se capazes de uma percepção inicial da patologia anterior à dos profissionais.

De acordo com Visani e Rabello (2011), já existe um projeto de pesquisa, que visa tornar a consulta pediátrica obrigatória no Brasil, assim como na França (entre os quatro e os nove meses de idade), por Laznik (1997), que desenvolve um trabalho de formação de médicos do serviço público e um projeto de pesquisa para o reconhecimento deste trabalho pelo governo.

2. DESENVOLVIMENTO

Na compreensão de Piaget e Vygotsky o desenvolvimento humano está diretamente

ligado ao aguçamento e a complexificação da capacidade de representação mental. Daí a compreensão dos atrasos severos de desenvolvimento característicos da síndrome do autismo, a fragilidade na representação mental apresenta-se como um dos traços mais salientes.

2.1. O Autismo Infantil e a Pandemia da COVID-19

Em abril de 2020, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) emitiu uma nota de alerta a respeito da COVID-19 e o TEA, ressaltando que as crianças com autismo não fazem parte do grupo de risco para a complicações e morte decorrentes da contaminação por coronavírus, com exceção dos que possuem outras patologias. Por outro lado, essas crianças possuem o risco aumentado de se contaminar, visto a hiperreatividade sensorial que possuem como uma das características do TEA.

Segundo Mazzocco (2020), a quebra da rotina causada pelo distanciamento social pode desorganizar mentalmente as crianças com TEA, pois costumam apresentar resistência às mudanças e precisam de previsibilidade dos acontecimentos. Para as famílias com crianças neurotípicas, esse período de isolamento pode causar ansiedade e estresse, enquanto em crianças autistas o impacto pode ser ainda maior, desenvolvendo comportamentos de agressividade.

No entendimento de Masotti (2020), a respeito do uso da máscara, crianças com TEA podem não entender tal necessidade, resistindo ao seu uso, além de poder gerar mais sofrimento e crises. Por isso, em julho de 2020 foi sancionada a lei federal nº 14.019, que dispensa a obrigatoriedade do uso de máscara para pessoas com TEA e outras deficiências que geram dificuldades no uso de forma adequada desse instrumento de proteção.

Sobre o aspecto escolar, as instituições de ensino têm se adaptado à nova realidade, considerando os alunos com esta possibilidade, porém, aconselha-se tentar acompanhar as propostas da escola, evitando a rigidez ou cobranças exageradas. Recomenda-se também que o encontro virtual com o professor ocorra no mesmo horário em que a criança frequentava a escola. Pode ser uma boa ideia tentar manter hábitos de rotina anteriores. Os pais podem vestir a criança com o uniforme escolar, preparar a lancheira com a merenda, manter a pausa do recreio etc. como se estivessem indo para a escola (BRITO et al, 2020).

Nesse sentido, o Ministério da educação (MEC), através do Conselho Nacional de Educação (CNE) aprovou, em 28 de abril de 2020, as diretrizes para orientar escolas da educação básica e instituições de ensino superior durante a pandemia do coronavírus, sugerindo que estados e municípios busquem alternativas para minimizar a necessidade de reposição presencial de dias letivos, a fim de permitir que seja mantido um fluxo de atividades

escolares aos estudantes enquanto durar a situação de emergência. As atividades pedagógicas não presenciais devem incluir os estudantes com deficiência, TEA e altas habilidades/superdotação, segundo Estrella e Lima (2020), do portal do MEC.

Narcizi (2020) recomenda dez dicas para pais e educadores de crianças com TEA, dentre as quais destacam-se: a importância de explicar à criança neuroatípica o que é COVID-19; lidar com atividades lúdicas semiestruturadas, visto que as crianças com TEA podem ter dificuldade em alguns tipos de brincadeira devido a problemas sensoriais, como por exemplo o “LEGO”; a utilização de jogos sérios, que auxiliam a melhora da cognição social e a reconhecer as emoções faciais, gestos emocionais e situações emocionais em crianças, além de representar uma alternativa educacional; a alternativa de terapia online para crianças altamente funcionais; o contato com um professor especial online ou por telefone; e, por último, deixar uma cota de tempo livre durante o dia, já que nesse período, as crianças podem ter um aumento nas estereotipias.

Masruha (2020) orienta que as questões de higiene até a compreensão da situação atual, precisam ser baseadas em demonstrações visuais (figuras/ ilustrações, formas geométricas, filmes com desenhos) e objetivas para as crianças com TEA, visando auxiliar na compreensão do que é a pandemia.

2.2. Etiologia do Transtorno do Espectro Autista

Leo Kanner (1943), a fim de identificar as crianças com atrasos no desenvolvimento e dificuldades no relacionamento interpessoal, utilizou o termo “autismo” (TCHUMAN; RAPIN, 2009, p.17).

No mesmo sentido, Hans Asperger (1944) descreveu em seu artigo padrões de comportamento e habilidades de crianças com deficiências sociais graves e falta de empatia, que faziam pouco contato com outras crianças que tinham interesse especial em determinados assuntos e que possuíam movimentos descoordenados. Além disso, ele também observou que o autismo ocorria especificamente em meninos (VILA; DIOGO; SEQUEIRA, 2009).

O autismo foi enquadrado como tal no DSM quarenta anos depois, só a partir da terceira edição do DSM (DSM III; APA, 1980), que foi incluído a expressão TGD – transtornos globais do desenvolvimento.

O autismo é uma síndrome que engloba múltiplas etiologias ainda não comprovadas e em diferentes graus de severidade. Atinge cerca de 8 a cada 10 mil indivíduos e sua maior incidência ocorre no sexo masculino (CRAVEIRO DE SÁ, 2003).

No entanto, sendo por fatores biológicos, psicológicos ou sociais, infelizmente também

existem casos neuro atípicos, decorrentes de transtornos do neurodesenvolvimento, como o caso do autismo que geralmente ocorre em 4 a 5 casos a cada 10 mil crianças da população geral, sendo mais comum em meninos do que em meninas (três a cinco meninos para uma menina), segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) da Associação Americana de Psiquiatria (AAP).

Atualmente, de acordo com o DSM-V (2013), no que diz respeito às características diagnósticas para a definição do TEA evidentes em uma criança, observa-se: “o prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social (Critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Critérios C e D)”.

Além disso, o manual também define que a idade e o padrão de início também devem ser observados, pois os sintomas costumam ser reconhecidos durante o segundo ano de vida, embora possam ser vistos antes dos 12 meses de idade.

O DSM-V (2013) também trata sobre o diagnóstico diferencial dos quadros autísticos, que inclui outros distúrbios do desenvolvimento: a síndrome de Asperger, a síndrome de Rett, transtornos desintegrativos e os quadros não especificados.

Segundo Cavaco (2015), como ciência a neuropsicologia vem se destacando no que diz respeito ao TEA, pelas evidências apresentadas tanto nos prejuízos cognitivos manifestados, como no que diz respeito às competências e funções preservadas na criança com o transtorno. O autor afirma ainda que, pode-se perceber através da avaliação neuropsicológica quais as disfunções e funções desenvolvidas pelo indivíduo com autismo, possibilitando uma mediação e tratamento no contexto da criança.

Ainda não se sabe exatamente sobre a causa do autismo, porém, as pesquisas existentes tendem a relacionar o autismo com anormalidades em determinados pontos do cérebro, com alterações na quantidade de determinadas substâncias no cérebro e com causas imunológicas, ligadas a anticorpos maternos (BAPTISTA; BOSA, 2002).

“A confrontação das observações clínicas e dos dados obtidos através da análise dos processos cognitivos e emocionais permite considerar a descrição de um modelo cognitivo anormal sustentando a patologia dos autistas” (LEBOYER, 1991).

Sobre o diagnóstico genético e clínico do autismo infantil, com base em Ornitz (1983) e Leboyer (1987), Costa e Nunes (1998), que descreveram a evolução para essa doença, situando no tempo os sintomas dessas crianças, o que facilita sensivelmente a percepção das características clínicas evolutivas detectadas por período do desenvolvimento da criança com

autismo infantil, conforme o quadro 1:

Quadro 1: características clínicas evolutivas detectadas por período do desenvolvimento da criança com TEA.

Período do desenvolvimento	Características clínicas
Recém-nascido	- Parece diferente dos outros bebês - Parece não precisar da mãe - Raramente chora (bebê muito comportado) - Torna-se rígido quando é pego no colo - Às vezes muito reativo aos elementos e irritável
Primeiro ano:	- Não pede nada, não nota sua mãe - Sorrisos, resmungos, respostas antecipadas são ausentes ou retardados - Falta de interesse por jogos, muito reativo aos sons - Não afetuoso - Não interessado aos jogos sociais - Quando é pego no colo é indiferente ou rígido é indiferente ou rígido - Ausência de comunicação verbal ou não verbal - Hipo ou Hiper reativo aos estímulos - Aversão pela alimentação sólida - Etapas do desenvolvimento motor irregulares ou retardadas
Segundo e terceiro anos:	- Indiferentes aos contatos sociais - Comunica-se mexendo a mão do adulto - O único interesse pelos brinquedos consiste em alinhá-los - Intolerância às novidades nos jogos - Procura estimulações sensoriais (ranger os dentes, esfregar e arranhar superfícies, etc.) - Particularidades motora: bater palmas, andar com na dos pés, balançar a cabeça, girar em torno de si mesmo.

Fonte: Arquivo de Neuro-Psiquiatria. vol.56 n.1 São Paulo. 1998.

2.3. O Neurodesenvolvimento Infantil

De acordo com Júnior (2013), através dos estudos de neuroimagem é possível verificar a atividade cerebral em recém nascidos. Nesse exame, o metabolismo da glicose utilizada aumenta em áreas corticais e motoras, no hipocampo e em áreas subcorticais, como o tálamo, tronco encefálico e vermis cerebelar. Com 2 a 3 meses de idade, mais glicose é usada nos córtices parietal, temporal e visual primário, assim como nos núcleos da base e nos hemisférios cerebelares.

“O grande aumento de volume do encéfalo nos primeiros anos de vida reflete principalmente a proliferação das células gliais e da mielinização dos axônios. O volume da substância cinzenta varia durante o crescimento em tempos diferentes para cada área do córtex” (JUNIOR, 2013).

A mielina é definida, por Marta Pinheiro (2007, p.43), como células que se enrolam em torno dos axônios, formando uma bainha isolante de mielina que, entre outros, contribui para aumentar a velocidade de propagação do impulso nervoso, atribuindo maior eficiência na

transmissão da informação, tendo assim uma relação direta com a aprendizagem.

No entendimento de Kolb e Whishaw (2002, p.237) a relação do comportamento humano com o desenvolvimento cerebral pode ser percebida associando novos comportamentos com novas conexões cerebrais, examinando-os e deduzindo a maturação neural subjacente e identificando fatores como uma lesão cerebral que pode influenciar o desenvolvimento cerebral e comportamental ao mesmo tempo.

Dentro da psicologia positiva, escola de pensamento que estuda os processos mentais, em resposta ao behaviorismo, destaca-se os estágios de desenvolvimento cognitivo da teoria de Jean Piaget (1896-1980), o qual averiguou as formas de conhecimento presentes ao longo do desenvolvimento infantil, desde as definidas nas trocas sensório-motoras do bebê e da criança pequena com o meio até as formas mais acabadas de conhecimento de natureza abstrata ou da lógica formal (BAPTISTA; BOSA, 2002, p.112).

Sobre o comportamento neurotípico, Papalia e Feldman (2013, p.38) apresentam “uma sequência de oito períodos geralmente aceitos nas sociedades industriais ocidentais. Depois de descrever as mudanças cruciais que ocorrem no primeiro período, antes do nascimento, traçaram todos os três domínios do desenvolvimento na primeira infância, segunda infância, terceira infância, adolescência, início da vida adulta, vida adulta intermediária e vida adulta tardia”, conforme apresentado no “quadro 2” apenas três dos oito períodos: período pré-natal, primeira infância e segunda infância.

Quadro 2: Principais desenvolvimentos típicos em oito períodos do desenvolvimento humano.

Faixa etária	Desenvolvimento físico	Desenvolvimento cognitivo	Desenvolvimento psicossocial
Período Pré-natal (da concepção ao nascimento)	Ocorre a concepção por fertilização normal ou por outros meios. Desde o começo, a dotação genética interage com as influências ambientais. Formam-se as estruturas e os órgãos corporais básicos: inicia-se o surto de crescimento do cérebro. O crescimento físico é o mais acelerado do ciclo de vida. É grande a vulnerabilidade às influências ambientais.	Desenvolvem-se as capacidades de aprender e lembrar, bem como as de responder aos estímulos sensoriais.	O feto responde à voz da mãe e desenvolve preferência por ela.
Primeira Infância (do nascimento aos 3 anos)	No nascimento, todos os sentidos e sistemas corporais funcionam em graus variados. O cérebro aumenta em complexidade e é altamente sensível à influência ambiental. O crescimento físico e o desenvolvimento das habilidades motoras são rápidos.	As capacidades de aprender e lembrar estão presentes, mesmo nas primeiras semanas. O uso de símbolos e a capacidade de resolver problemas se desenvolvem por volta do final do segundo ano de vida. A compreensão e o uso da linguagem se desenvolvem rapidamente	Formam-se os vínculos afetivos com os pais e com outras pessoas. A autoconsciência se desenvolve. Ocorre a passagem da dependência para a autonomia. Aumenta o interesse por outras crianças.

Fonte: (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p.40).

De acordo com Papalia e Feldman (2013, p.40), o estudo científico do desenvolvimento humano está em constante evolução. Já existem instrumentos sensíveis que medem os movimentos dos olhos, ritmo cardíaco, tensão muscular e coisas do gênero estão revelando interessantes conexões entre funções biológicas e inteligência infantil. Com a tecnologia digital e os computadores permitem aos pesquisadores escanear as expressões faciais em busca dos primeiros sinais de emoções e analisar como mães e bebês se comunicam, por exemplo.

3. MÉTODO

3.1. Delineamento

Trata-se de um Projeto de Aperfeiçoamento Teórico-Prático (PATP) desenvolvido por alunos do curso de Psicologia da Faculdade IDEAU de Bagé. O PATP busca, através do ensino teórico, um aprendizado prático, proporcionando dessa forma, a formação de profissionais alinhados com o mercado de trabalho e capazes de empreender com criatividade e responsabilidade.

Dessa forma, foi realizada uma revisão de literatura a fim de construir o referencial teórico do trabalho.

Em um segundo momento, baseadas na revisão das teorias estudadas, por meio da leitura dos critérios no DSM-V, livros e artigos científicos (SciELO e Google Acadêmico), que abordaram os efeitos da pandemia do COVID-19, com base no neurodesenvolvimento infantil e na etiologia do TEA.

3.2. Participantes

Para a seleção da amostra e a coleta de dados foram utilizados os critérios previamente definidos no instrumento de pesquisa M-CHAT (“Anexo 1”), crianças com idade até 24 meses de idade, o que também tangencia com os critérios do DSM-V (“Anexo 3”), que considera a faixa etária de até 36 meses de idade (3 anos); o levantamento de campo (survey) e posterior análise de dados. Além disso, com base nas diretrizes emitidas pelo MEC em conjunto com o CNE, que trata de atividades pedagógicas não presenciais, incluindo os estudantes com TEA e outras deficiências, a pesquisa foi direcionada aos profissionais do setor de educação infantil de órgãos públicos e privados, com a finalidade de repassar aos pais de alunos, por intermédio das redes sociais (E-mail, WhatsApp, Instagram e Facebook), de modo geral.

A pesquisa de campo foi realizada no período de 1º a 14 de maio de 2021, direcionada inicialmente para as cidades do Estado do Rio Grande do Sul. Porém, como o questionário foi

aplicado de forma online devido às restrições do distanciamento social causado pela pandemia, constatou-se também dados de outras cidades, o que não comprometeu o estudo.

3.3. Instrumentos

Existem vários instrumentos de rastreamento precoce de autismo, que visam identificar indícios desse transtorno em crianças na 1ª infância, dentre eles, para a coleta de dados foi utilizado o questionário escala “Modified Checklist for Autism in Toddlers” (M-CHAT), traduzido para o português pela Unidade de Autismo, do Centro de Desenvolvimento da Criança – Hospital Pediátrico de Coimbra Autorização, por Robins, Fein e Barton (1999).

O M-CHAT é um questionário simples e que não necessariamente deve ser administrado por médicos psiquiatras ou psicólogos. A resposta aos itens da escala leva em conta as observações dos responsáveis com relação ao comportamento da criança, dura apenas alguns minutos para ser preenchida. O M-CHAT tem 23 questões do tipo “sim” e “não”, devendo ser autopreenchido por responsáveis por criança.

Tal questionário é composto por 23 perguntas, conforme o anexo 1, além da sua cotação, que leva menos de dois minutos, considerando assim que os resultados superiores a 3 (falha em 3 itens no total) ou em 2 dos itens considerados críticos (2,7,9,13,14,15), após confirmação, justificam uma avaliação formal por técnicos de neurodesenvolvimento.

Segundo os desenvolvedores do M-CHAT, ele pode ser aplicado tanto numa avaliação periódica de rotina, como por profissionais especializados em casos de suspeita. Apesar de poder existir um grande número de falsos positivos, significa que nem todas as crianças que respondam esse questionário irão ser diagnosticadas com o TEA. No entanto estes resultados podem apontar para a existência de outras anomalias do desenvolvimento, sendo por isso necessária a avaliação por profissionais desta área (ROBINS, FEIN & BARTON, 1999).

Segundo a instituição Autismo e Realidade, que foi incorporada à Fundação José Luiz Egydio Setúbal em 2015, passando a fazer parte da estrutura do Instituto PENSI, a avaliação pela M-CHAT é obrigatória para crianças em consultas pediátricas de acompanhamento realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a lei 13.438/17. Além disso, esse instrumento de identificação precoce do TEA é o recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (AUTISMO E REALIDADE, 2019).

A escala M-CHAT, de acordo com o Autismo e Realidade, classifica as crianças avaliadas em três níveis distintos: - Baixo Risco | Pontuação de 0 a 2: há pouca chance de desenvolvimento de TEA, e não é necessária nenhuma outra medida. No caso de a criança ter menos de 24 meses, é preciso repetir a aplicação do teste - Risco Moderado | Pontuação de 3 a

7: neste cenário, é importante que os responsáveis participem da “Entrevista de Seguimento” (segunda etapa do M-CHAT), que vai reunir informações adicionais sobre indícios do distúrbio. Se nesta etapa, o resultado for igual ou maior que 2, é um caso positivo e a criança deve ser encaminhada para um especialista. Se a soma das respostas ficar entre 0 e 1, é um resultado negativo para TEA, mas a criança deve fazer o teste novamente nas próximas consultas de rotina - Alto Risco | Pontuação de 8 a 20: com este resultado, não é necessário fazer a “Entrevista de Seguimento”. Os responsáveis devem marcar uma consulta com especialistas para a confirmação do diagnóstico e a avaliação do tratamento personalizado (AUTISMO E REALIDADE, 2019).

Sobre as características diagnósticas para a definição do TEA evidentes em uma criança, considerou-se também os critérios do DSM-V (2013) (Anexo 3).

No mesmo sentido, com base na matéria publicada pelo Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG, foi incluída à pesquisa uma pergunta sobre a possibilidade de haver algum tipo de alteração comportamental no cotidiano das crianças, segundo a afirmação de Lopes (2020), bem como a inclusão de perguntas sociodemográficas e sobre diagnóstico, perfazendo um total de 31 (trinta e uma) perguntas.

3.4. Procedimentos

O presente estudo teve seu projeto aprovado para execução pelo corpo docente da Faculdade IDEAU – Bagé/RS.

Por ocasião da elaboração das perguntas da pesquisa, conforme orientação do corpo docente, somente após os responsáveis lerem e concordarem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, incluído no cabeçalho da pesquisa via Google Forms, puderam responder as perguntas.

Após isso, em um primeiro momento, foi elaborada uma ferramenta (link) de pesquisa online, de acordo com o planejamento e as teorias estudadas, o M-CHAT e o DSM-V; apresentada a proposta de trabalho; e, por último, solicitada a liberação para coleta de dados. Nessa pesquisa objetivou-se verificar se há prejuízos que atingem os critérios para a definição do TEA, segundo o DSM-V, a cotação do questionário M-CHAT, a classificação dos riscos definida pelo Instituto Autismo e Realidade e a tabela de LEBOYER (1991).

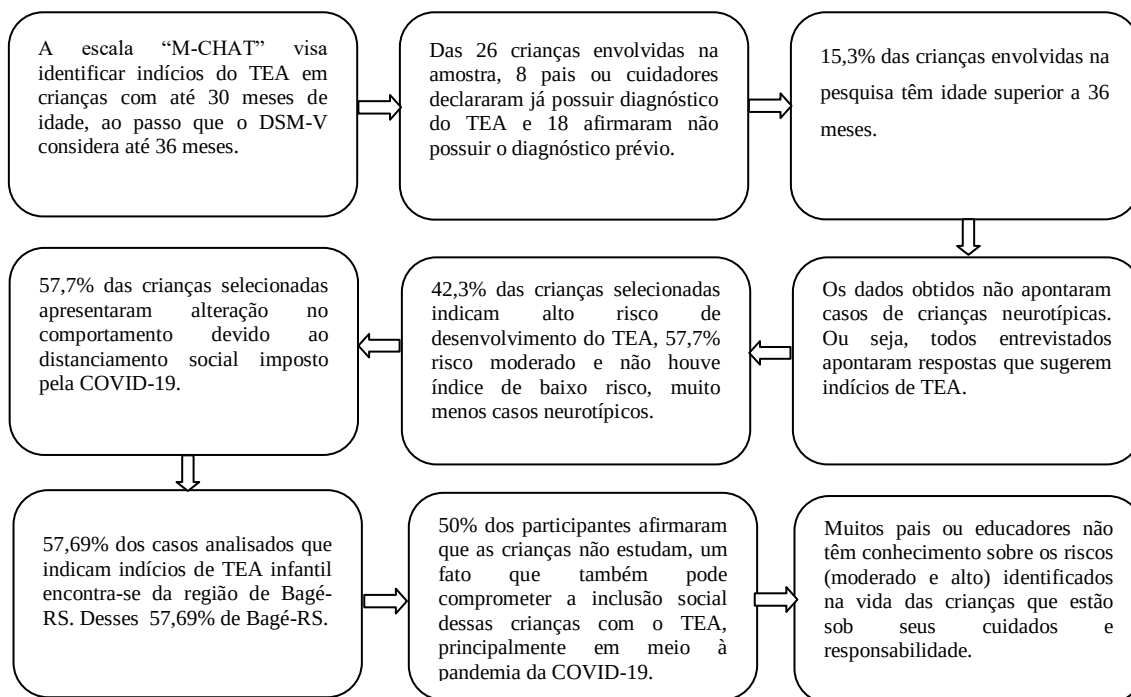
Por fim, na fase analítica - etapa na qual é realizada a análise e discussão dos resultados alcançados - decorrente de tal pesquisa online com base no referencial teórico, foi realizado o tratamento dos dados obtidos com as respostas dos responsáveis por crianças e ratificou-se a fundamentação teórica deste artigo, abordando as possíveis consequências negativas na vida

das crianças portadoras do TEA, decorrente também do distanciamento social causada pela pandemia do COVID-19.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo foram obtidos no período de 1º a 14 de maio de 2021 e estão descritos no fluxograma 1, que elucida a sequência dos procedimentos adotados no item 3.4.:

Fluxograma 1- Sequência dos procedimentos adotados.



Dentre os 26 (vinte e seis) participantes que concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido, 30,8% (8) responderam que a criança já possuía diagnóstico prévio para o TEA, porém 69,2% (18) responderam negativamente para o diagnóstico prévio para o transtorno. Dentre os quais, 15,3% estavam com idade acima de 36 meses.

O anexo 2 demonstra o desempenho dos 26 (vinte e seis) participantes responsáveis por crianças, voluntários à pesquisa, que confirmaram indícios para o diagnóstico do TEA, classificados em riscos baixo, moderado ou alto.

Com base nas respostas dos participantes, sendo “Sim” ou “Não”, ambas foram convertidas em “passa/falha”, respectivamente (tabela 2). Os resultados superiores a 3 (falha em 3 itens no total) ou em 2 dos itens considerados críticos (2,7,9,13,14,15), após confirmação, justificam uma avaliação formal por técnicos de neurodesenvolvimento.

Considera-se baixo risco, quando a pontuação é de 0 a 2, segundo a cotação do M-CHAT. Nesse caso, há pouca chance de desenvolvimento de TEA, e não é necessária nenhuma

outra medida.

No caso de a criança ter menos de 24 meses, é preciso repetir a aplicação do teste. Risco moderado, se a pontuação ficar entre 3 e 7.

Tabela 2 - Cotação do questionário M-CHAT (Anexo 1), com base em 26 respostas.

	Passa	Falha	Itens Críticos	Justifica avaliação	Risco	Estuda/ Instituição	Cidade
Caso 1*	17	06	-	Sim	Moderado	Pública	Não identificada
Caso 2	18	05	-	Sim	Moderado	Não	Bagé-RS
Caso 3	19	04	-	Sim	Moderado	Não	Bagé-RS
Caso 4	19	04	-	Sim	Moderado	Privada	Bagé-RS
Caso 5	19	04	-	Sim	Moderado	Privada	Bagé-RS
Caso 6	19	04	-	Sim	Moderado	Privada	Bagé-RS
Caso 7	18	05	03	Sim	Moderado	Não	Bagé-RS
Caso 8	17	06	-	Sim	Moderado	Não	Bagé-RS
Caso 9	12	11	02	Sim	Alto	Não	Bagé-RS
Caso 10	19	04	-	Sim	Moderado	Não	Bagé-RS
Caso 11	16	07	01	Sim	Moderado	Privada	Santa Cruz do Sul-RS
Caso 12	14	09	01	Sim	Alto	Não	Charqueadas-RS
Caso 13*	19	04	02	Sim	Moderado	Pública	Porto Alegre-RS
Caso 14*	05	18	06	Sim	Alto	Privada	Caxias do Sul-RS
Caso 15	05	18	06	Sim	Alto	Pública	Bagé-RS
Caso 16*	09	14	04	Sim	Alto	Pública	Bagé-RS
Caso 17	18	05	-	Sim	Moderado	Não	Porto Velho-RO
Caso 18	19	04	-	Sim	Moderado	Não	Candiota-RS
Caso 19*	06	17	05	Sim	Alto	Pública	Interlagos-SP
Caso 20*	14	09	03	Sim	Alto	Pública	Itapeva-SP
Caso 21*	08	15	04	Sim	Alto	Pública	Birigui-SP
Caso 22	09	14	03	Sim	Alto	Pública	Bagé-RS
Caso 23	13	10	02	Sim	Alto	Não	Bagé-RS
Caso 24	18	05	-	Sim	Moderado	Não	Bagé-RS
Caso 25*	11	12	05	Sim	Alto	Não	Bagé-RS
Caso 26	19	04	-	Sim	Moderado	Não	Pelotas-RS

* Já possuía diagnóstico prévio para o TEA.

Obs.: Baixo risco: 0 – 2; risco Moderado: 3 – 7; Alto risco: 8 – 20 (Autismo e Realidade, 2019).

Neste cenário, é importante que os responsáveis por tais crianças participem da “Entrevista de Seguimento” (segunda etapa do M-CHAT), que vai reunir informações adicionais sobre indícios do distúrbio. Se nesta etapa, o resultado for igual ou maior que 2, é um caso positivo e a criança deve ser encaminhada para um especialista. Se a soma das respostas ficar entre 0 e 1, é um resultado negativo para TEA, mas a criança deve fazer o teste novamente nas próximas consultas de rotina. E, por fim, alto risco, quando a pontuação está entre 8 e 20. Com este resultado, não é necessário fazer a “Entrevista de Seguimento”. Os responsáveis devem marcar uma consulta com especialistas para a confirmação do diagnóstico e a avaliação do tratamento personalizado.

Além disso, de acordo com os critérios definidos no DSM-V (2013) para o TEA, as respostas dos participantes também foram analisadas, de acordo com os resultados obtidos e os critérios do DSM-V (Anexo 3), cabendo assim, ressaltar as evidências de prejuízo persistente na comunicação social recíproca (perguntas 7, 10,12,13, 15, 21 e 23 do M-CHAT); prejuízo persistente na interação social (perguntas 02, 06, 09, 14, 17 e 19 do M-CHAT); sintomas presentes desde o início da infância (considerada a faixa etária pré estabelecida); limitação ou prejuízo do funcionamento diário (perguntas 08,11,16,20 e 21 do M-CHAT); e, indícios de padrões restritos e repetitivos de comportamento (perguntas 18 e 22 do M-CHAT).

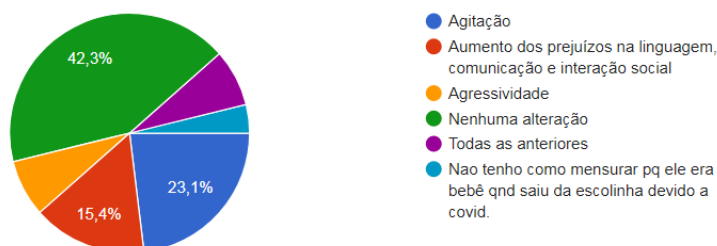
Foi possível observar com os resultados obtidos que, 50% dos participantes afirmaram que as crianças não estudam, um fato que também pode comprometer a inclusão social dessas crianças com o TEA, principalmente em meio à pandemia da COVID-19. Por isso, desde o início da pandemia pelo novo coronavírus, a SBP (2021) tem se manifestado a respeito dos problemas relacionados à educação de crianças, diante do atual contexto social, acompanhando, discutindo e propondo medidas que mitiguem as repercussões na saúde física e mental.

Além disso, 60% dos casos de Bagé-RS não estudam ou ainda não estudaram e 40% estudam metade em instituição privada e a outra metade em pública. Com isso, salienta-se a importância da inclusão escolar como um espaço de aprendizagem e de desenvolvimento da competência social, conforme o entendimento de Camargo e Bosa (2009, p.65).

Por último, considerando os possíveis prejuízos causados pelo distanciamento social (gráfico 1), decorrente da pandemia (COVID-19), 42,3% dos participantes não observaram alteração no comportamento das crianças, porém, os demais (57,7%), com suas respostas, perceberam agitação, aumento dos prejuízos na linguagem, na comunicação e na interação social, agressividade, todas as anteriores, não tenho como mensurar pq ele era bebê qnd saiu da escolinha devido a covid.

Gráfico 1 – prejuízos causados pelo distanciamento social.

26 respostas



Da mesma forma, observa-se também que, 57,69% das 26 amostras analisadas que indicam indícios de TEA infantil encontra-se da região de Bagé-RS, apesar da pesquisa ter sido

direcionada para toda a região Sul do Brasil. Porém, participantes de outras cidades não comprometeram os resultados da pesquisa. Assim sendo, 40% das amostras foi considerada com risco alto e 60% delas risco moderado para o transtorno.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nesse estudo, verificou-se que, apesar de 69,2% (18) dos participantes terem respondido negativamente sobre o diagnóstico prévio para o TEA, os resultados sugeriram fortíssimos indícios para o TEA e, consequentemente os mesmos não têm conhecimento sobre os riscos (moderado e alto) identificados na vida das crianças que estão sob seus cuidados e responsabilidade.

Sendo assim, recomenda-se a busca por atendimentos especializados, a fim de reunir informações adicionais sobre indícios do distúrbio, a confirmação do diagnóstico e o tratamento personalizado.

De acordo com os resultados, tornou-se evidente também que, dentre os participantes, não há casos de crianças neurotípicas, ou seja, nenhum deles apresentaram resultados para um neurodesenvolvimento infantil saudável. Daí, a importância de se observar as características motoras, cognitivas, socioafetivas, de comunicação e linguagem ao longo do crescimento de uma criança, pois isso pode ajudar a definir se o neurodesenvolvimento está dentro do esperado precocemente, conhecido como marcos de desenvolvimento infantil.

Em suma, sabendo que o TEA não tem cura, é importante ressaltar que a partir de um diagnóstico precoce e as terapias de intervenção é possível apresentar resultados de ganhos significativos no desenvolvimento das crianças. Porém, quanto mais a ciência avança nesses estudos, mais evidente é a compreensão de que ainda pouco se sabe sobre o transtorno.

Portanto, é preciso mencionar que o alcance, talvez não da cura, mas de um melhor entendimento e de como tratar esse transtorno, parte de um primeiro passo: a identificação precoce da patologia, que possibilitará uma intervenção e maiores serão as chances da criança ter o melhor desenvolvimento possível e ser incluso na sociedade (SBP, 2019).

Assim sendo, o presente estudo possibilitou identificar a prevalência e os indícios de possível aumento do desenvolvimento do TEA (o indício de que exista muitos casos de TEA não observados pelos responsáveis e agora mais evidente) devido às restrições de distanciamento social da pandemia do COVID-19, pois além da doença propriamente dita, há diversas evidências de dificuldades encontradas pelas famílias, o que abrange obviamente os portadores de TEA, tornando-se cada vez mais necessária a realização de diagnóstico precoce dessa patologia.

Visto a expressividade de indícios na região de Bagé-RS, considera-se ainda mais importante uma medida para identificar e assegurar os direitos das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), que já vem sendo executada, de acordo com a Comunicação Social da Prefeitura de Bagé (2019), com a emissão de carteiras de identificação, com validade de cinco anos, emitidas através da Prefeitura Municipal, por meio da Secretaria de Saúde e Atenção à Pessoa com Deficiência, desde 2019, baseada na Lei Municipal nº 6.060 que estabelece, como direito da pessoa com transtorno do espectro autista, a identificação através de documento oficial, emitido pelo governo municipal.

Assim sendo, essa iniciativa busca trazer uma melhor condição de vida ao portador de TEA, já que o autismo não gera uma deficiência visível, facilitando sua permanência em diversos espaços e, também, aos seus familiares, pois conscientiza a sociedade sobre as necessidades especiais que o portador do TEA tem, evitando transtornos e constrangimentos, como por exemplo: o simples ato de estacionar um veículo em local reservado para pessoas com deficiência.

Por isso, a necessidade de medidas de conscientização da sociedade no que se refere às crianças diagnosticadas com TEA. Sugere-se também que quantos mais pesquisas e estudos forem realizados sobre o autismo infantil, mais possibilidades de intervenção precoce teriam as crianças portadoras de TEA, o que auxiliaria a evitar atrasos no desenvolvimento, já imposto pelo transtorno.

Este artigo conclui-se com o convite aos profissionais da saúde para aprofundar-se ainda mais no tema, a fim de se tornar um profissional ainda mais capacitado para o tratamento e o acolhimento dos pacientes e suas famílias, pois, quanto mais precoce o diagnóstico, mais confortadas as famílias se sentirão.

Da mesma forma, aos profissionais da área da educação infantil, que podem contribuir na forma multidisciplinar do acompanhamento e desenvolvimento infantil de forma mais eficaz, considerando os marcos de desenvolvimento infantil para auxiliar no diagnóstico precoce do TEA e aproveitando as “janelas de oportunidades” proporcionadas pelo privilégio da plasticidade neural da 1ª infância, no que diz respeito à aprendizagem das diversas funções cognitivas.

Por último, em se tratando de perspectivas futuras na escola para os educandos autistas, seria interessante que os mesmos fossem acolhidos como qualquer outra criança neurotípica, apesar das notórias características em relação às dificuldades de interação, de socialização e de aprendizagem, conforme previsto na Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com o TEA e na Lei nº 13.146, de 06 de

julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Porém, considerando o contexto social atual em relação à pandemia, que afastou muitas crianças da escola, prejudicando também os autistas, talvez seja ainda mais desafiador do que já era encontrar um profissional de educação capacitado para um possível atendimento domiciliar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, E. M. L. et al. **Medidas de Distanciamento Social no Controle da Pandemia de COVID-19, potenciais impactos e desafios no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2423-2446, junho de 2020.

Autismo e Realidade, o teste M-CHAT é utilizado para identificar sinais de autismo, associação de pais e profissionais de saúde, Intituto Pensi, 2019.

Disponível em: <https://autismoerealidade.org.br/2019/05/08/o-que-e-a-escala-m-chat/>

Acesso em 16 de abril de 2021.

BOSA, Cleonice; BAPTISTA, Cláudio Roberto., **Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção**. Porto Alegre. 2002, p.112.

BRASIL, Lei nº 12.764, institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com o TEA e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, de 27 de dezembro de 2012.

Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2012/lei-12764-27-dezembro-2012-774838-publicacaooriginal-138466-pl.html>

Acesso em 30 de maio de 2021.

BRASIL, Lei nº 13.146, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), de 06 de julho de 2015.

Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/205855325/lei-13146-15>

Acesso em 30 de maio de 2021.

BRITO et al, Autismo e os novos desafios impostos pela pandemia da COVID-19, 2020. Disponível em:

<https://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos/grupos-de-trabalho/saude-mental/>

Acesso em 16 de abril de 2021.

CAMARGO, Sígla Pimentel Höher; BOSA, Cleonice Alves. **Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura**. Psicol. Soc., Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 65-74, Abr. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000100008&lng=en&nrm=iso>.

Acesso em 16 de abril de 2021.

CAVACO, N. A. A., **Autismo, uma perspectiva neuropsicológica**. Revista Ómnia, v. 3, p. 21-31, 2015.

COSTA, Maria Ione Ferreira; NUNESMAIA, Henrique Gil da Silva. Diagnóstico genético e clínico do autismo infantil. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 56, n. 1, p. 24-31, Mar. 1998. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X1998000100004&script=sci_abstract&tlng=pt

Acesso em 16 de abril de 2021.

CRAVEIRO DE SÁ, Leomara. **A teia do tempo e o autista: música e musicoterapia**. Goiânia: UFG. 2003.

ESTRELLA, Bianca; LIMA, Larissa, Ministério da Educação (MEC) e Conselho Nacional de Educação (CNE), Educação e Coronavírus, CNE aprova diretrizes para escolas durante a pandemia. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/busca-geral/12-noticias/acoes-programas-e-projetos-637152388/89051-cne-aprova-diretrizes-para-escolas-durante-a-pandemia>

Acesso em 16 de abril de 2021.

JÚNIOR, Joel Cavalheiro Martins, médico pela UFGD-VIIIª turma – 2013, Neurodesenvolvimento e

neuroplasticidade, parte 2: sinaptogênese e poda sináptica-como o cérebro se desenvolve após o nascimento. Disponível em: <http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/arquivos/740>
Acesso em 16 de abril de 2021.

KOLB, Bryan; WHISHAW, Ian Q. **Neurociência do comportamento**. Barueri, SP: Manole, 2002.

LOPES, Ana Maria. Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG, Criar rotina ajuda crianças com autismo a lidarem com o isolamento social, 2020. Disponível em <<https://www.medicina.ufmg.br/atividades-virtuais-durante-a-pandemia-sao-desafios-para-criancas-com-autismo/>>
Acesso em 10 de maio de 2021.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), da Associação Americana de Psiquiatria (APA), 2013.

MASRUHA, Marcelo, Coronavírus e autismo: confira atividades para a quarentena. 2020. Disponível em: <https://jadeautism.com/coronavirus-e-autismo-confira-atividades-para-a-quarentena/>
Acesso em 16 de abril de 2021.

MASOTTI, Karla Emily, acadêmica do XXº da USCS – SCS9., sob orientação da Dra. Christiane Cobas, Neurologista Infantil do INISP. Projeto Padrinhos Med, Autismo e COVID-19: como reduzir os impactos negativos da pandemia, 2020. Disponível em: <https://inisp.com.br/autismo-e-covid-19-como-reduzir-os-impactos-negativos-da-pandemia>
Acesso em 16 de abril de 2021.

MAZZOCCO, Giovanna, Coronavírus e autismo: confira atividades para a quarentena. 2020. Disponível em: <https://jadeautism.com/coronavirus-e-autismo-confira-atividades-para-a-quarentena/>
Acesso em 16 de abril de 2021.

MUSTARD, J. F., Desenvolvimento cerebral inicial e desenvolvimento humano, 2010. Disponível em: <https://www.encyclopedia-crianca.com/importancia-do-desenvolvimento-infantil/segundo-especialistas/desenvolvimento-cerebral-inicial-e>
Acesso em 16 de abril de 2021.

Narcisi A. Handle the Autism Spectrum Condition During Coronavirus (COVID-19) Stay At Home period: Ten Tips for Helping Parents and Caregivers of Young Children. Brain Sci. 2020; 207:2-4.

PINHEIRO, Marta, Artigo Fundamentos de Neuropsicologia – O desenvolvimento Cerebral da criança, 2015. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/FUNDAMENTOS-DE-NEUROPSICOLOGIA-O-DESENVOLVIMENTO-DA-Pinheiro/94dfbc5588a0352913a25fd63164a91c467f20b7>
Acesso em 16 de abril de 2021.

PAPALIA, Diane E; FELDMAN, Ruth D. **Desenvolvimento Humano**, 12 Edição – 2013.

RIO GRANDE DO SUL, Lei Municipal nº 6.060, de 20 de maio de 2019 - Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul - Dispõe sobre a carteira de identificação da pessoa com transtorno do espectro autista, e dá outras providências. Disponível em: http://portal.tce.rs.gov.br/aplicprod/f?p=50202:4:1::NO::P4_CD_LEGISLACAO:1055536
Acesso em 30 de maio de 2021.

ROBINS, Diana, FEIN, Deborah, BARTON, Marianne, Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), 1999. Disponível em: https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT_Portuguese2.pdf
Acesso em 16 de abril de 2021.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), COVID-19 e Transtorno do Espectro Autista, nota de alerta, 2020. Disponível em:
<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/covid-19-orientacoes-aos-pediatras-sobre-manejos-emergenciais-em-criancas-com-autismo/>
 Acesso em 16 de abril de 2021.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Manual de Orientação, **Transtorno do Espectro do Autismo**, Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, 2019. Disponível em
<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/diagnostico-precoce-para-o-transtorno-do-espectro-do-autismo-e-tema-de-novo-documento-do-dc-de-desenvolvimento-e-comportamento/>
 Acesso em 12 de maio de 2021.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), **Reflexões da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre o retorno às aulas durante a pandemia de Covid-19**, 2020. Disponível em:
<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sociedade-brasileira-de-pediatria-divulga-orientacoes-para-a-retomada-das-aulas-presenciais-para-criancas-e-adolescentes/>
 Acesso em: 20 de abril de 2021.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), **Retorno Seguro às Escolas**, nota complementar, 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22896d-NC_-_Retorno_Seguro_nas_Escolas.pdf
 Acessado em: 20 Abril 2021.
 TCHUMAN, Roberto, RAPIN, Isabelle. **Autismo abordagem neurobiológica**. Porto Alegre Editora Artmed, 2009, p.17.

VISANI Paola e RABELLO Silvana (2011), Considerações sobre o Diagnóstico Precoce na Clínica do Autismo e das Psicoses Infantis. 2011. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 293-308, junho 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/5mX6R9SQQxvDndG7Vcq4VHj/?lang=pt>
 Acesso em: 28 de junho de 21.

VILA, Carlos; DIOGO, Sandra; SEQUEIRA, Sara. Autismo e síndrome de Asperger. Revista científica, 2009.

Anexo 1: Escala Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

1	Gosta de brincar ao colo fazendo de “cavalinho”, etc.?	Sim	Não
2	Interessa-se pelas outras crianças?	Sim	Não
3	Gosta de subir objectos, como por exemplo, cadeiras, mesas?	Sim	Não
4	Gosta de jogar às escondidas?	Sim	Não
5	Brinca ao faz-de-conta, por exemplo, falar ao telefone ou dar de comer a uma boneca, etc.?	Sim	Não
6	Aponta com o indicador para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7	Aponta com o indicador para mostrar interesse em alguma coisa?	Sim	Não
8	Brinca apropriadamente com brinquedos (carros ou Legos) sem levá-los à boca, abanar ou deitá-los ao chão?	Sim	Não
9	Alguma vez lhe trouxe objectos (brinquedos) para lhe mostrar alguma coisa?	Sim	Não
10	A criança mantém contacto visual por mais de um ou dois segundos?	Sim	Não
11	É muito sensível aos ruídos (ex. tapa os ouvidos)?	Sim	Não
12	Sorri como resposta às suas expressões faciais ou ao seu sorriso?	Sim	Não
13	Imita o adulto (ex. faz uma careta e ela imita)?	Sim	Não
14	Responde/olha quando o(a) chamam pelo nome?	Sim	Não
15	Se apontar para um brinquedo do outro lado da sala, a criança acompanha com o olhar?	Sim	Não
16	Já anda?	Sim	Não
17	Olha para as coisas para as quais o adulto está a olhar?	Sim	Não
18	Faz movimentos estranhos com as mãos/dedos próximo da cara?	Sim	Não
19	Tenta chamar a sua atenção para o que está a fazer?	Sim	Não
20	Alguma vez se preocupou quanto à sua audição?	Sim	Não
21	Compreende o que as pessoas lhe dizem?	Sim	Não
22	Por vezes fica a olhar para o vazio ou deambula ao acaso pelos espaços?	Sim	Não
23	Procura a sua reacção facial quando se vê confrontada com situações desconhecidas?	Sim	Não

Diana L. Robins, Ph.D

A **cotação** do **M-CHAT** leva menos de 2 (dois) minutos. As respostas “Sim” ou “Não” são convertidas em “passa ou falha”. Os resultados superiores a 3 (falha em 3 itens no total) ou em 2 dos **itens considerados críticos** (2,7,9,13,14,15), após confirmação, justificam uma avaliação formal por técnicos de neurodesenvolvimento

1. Não	6. Não	11. Sim	16. Não	21. Não
2. Não	7. Não	12. Não	17. Não	22. Sim
3. Não	8. Não	13. Não	18. Sim	23. Não
4. Não	9. Não	14. Não	19. Não	
5. Não	10. Não	15. Não	20. Sim	

Anexo 2 – Respostas extraídas do questionário M-CHAT (Anexo1) aplicado na pesquisa.

Pergunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Caso 1	N	S	N	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	N	S	S
Caso 2	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	N	S	N	S
Caso 3	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	N	S	N	S
Caso 4	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	N	S	N	S
Caso 5	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	N	S	N	S
Caso 6	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	N	S	N	S
Caso 7	S	N	S	S	S	S	S	N	S	S	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Caso 8	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	N	N	S	N	S
Caso 9	S	S	S	S	N	N	N	N	S	S	N	S	N	S	S	N	S	N	N	N	S	N	S
Caso 10	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	N	S	N	S
Caso 11	S	S	S	S	N	N	S	N	S	S	N	S	S	S	N	S	S	N	S	S	S	N	S
Caso 12	N	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	N	N	N	N	S	S	S
Caso 13	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	N	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S
Caso 14	N	N	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N	N	S	N
Caso 15	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N	N	S	N	N	N	N	S	N	N
Caso 16	S	S	S	N	N	S	S	N	N	N	S	N	N	N	N	S	N	N	N	S	N	S	N
Caso 17	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	N	S	N	S
Caso 18	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	N	S	N	S
Caso 19	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N
Caso 20	S	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S
Caso 21	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	S	N	S	N	N	N	S	N	N	S	S	N
Caso 22	N	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	N	S	S	S	S	N	S	N	S	N	N
Caso 23	S	S	S	S	N	N	N	N	S	S	N	S	S	S	N	S	S	N	S	N	N	N	S
Caso 24	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	N	S	N	S
Caso 25	S	N	S	N	N	S	S	N	N	N	S	N	N	N	N	S	N	S	S	S	N	S	S
Caso 26	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	N	S	N	S

1- Respostas em negrito correspondem aos itens críticos.

2- Respostas N (não) significam Falha.

Respostas S (sim) significam Passa.

Anexo 3: Critérios Diagnósticos do DSM-V (2013) para o TEA.

Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos):

- Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, e dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.
- Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal, ou déficits na compreensão e uso gestos a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.
- Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas, ou em fazer amigos a ausência de interesse por pares.

Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos):

- Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (por exemplo, estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).
- Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (como sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).
- Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (por exemplo, forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).
- Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (como indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).

Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento, mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida. Esses sinais causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente, e não são melhor explicados por prejuízos da inteligência ou por atraso global do desenvolvimento.

Nível de gravidade

Interação/comunicação social:

- **Nível 1 (necessita suporte):** Prejuízo notado sem suporte; dificuldade em iniciar interações sociais, respostas atípicas ou não sucedidas para abertura social; interesse diminuído nas interações sociais; falência na conversação; tentativas de fazer amigos de forma estranha e mal-sucedida.
- **Nível 2 (necessita de suporte substancial):** Déficits marcados na conversação; prejuízos aparentes mesmo com suporte; iniciação limitadas nas interações sociais; resposta anormal/reduzida a aberturas sociais.
- **Nível 3 (necessita de suporte muito substancial):** Prejuízos graves no funcionamento; iniciação de interações sociais muito limitadas; resposta mínima a aberturas sociais.

Comportamento restritivo / repetitivo:

- **Nível 1 (necessita suporte):** Comportamento interfere significativamente com a função; dificuldade para trocar de atividades; independência limitada por problemas com organização e planejamento.
- **Nível 2 (necessita de suporte substancial):** Comportamentos suficientemente frequentes, sendo óbvios para observadores casuais; comportamento interfere com função numa grande variedade de ambientes; aflição e/ou dificuldade para mudar o foco ou ação.
- **Nível 3 (necessita de suporte muito substancial):** Comportamento interfere marcadamente com função em todas as esferas; dificuldade extrema de lidar com mudanças; grande aflição/dificuldade de mudar o foco ou ação.