

INSTITUTO VALE DO CRICARÉ  
FACULDADE VALE DO CRICARÉ  
CURSO DE ENFERMAGEM

GILMARA MOREIRA SILVARES LIRIA  
MAËSSA MORAES BRITO

**PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES AUTISTAS ATENDIDOS NO MUNICÍPIO  
NORTE DO ES**

SÃO MATEUS  
2019

GILMARA MOREIRA SILVARES LIRIA  
MAËSSA MORAES BRITO

**PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES AUTISTAS ATENDIDOS NO MUNICÍPIO  
NORTE DO ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Msc. Wena Dantas Marcarini

SÃO MATEUS  
2019

GILMARA MOREIRA SILVARES LIRIA  
MAËSSA MORAES BRITO

**PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES AUTISTAS ATENDIDOS NO MUNICÍPIO  
NORTE DO ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Cricaré,  
como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**PROF. WENA DANTAS MARCARINI  
FACULDADE VALE DO CRICARÉ  
ORIENTADOR**

---

**PROF. MILÂNIA EFFGEN CARAN  
FACULDADE VALE DO CRICARÉ**

---

**PROF. THAIS VERLY LUCIANO  
FACULDADE VALE DO CRICARÉ**

SÃO MATEUS

2019

A minha família, razão de minha existência.

A Deus.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, Prof. Msc. Wena Dantas Marcarini, pela competência e respeito com que conduziu este processo, do alvorecer da ideia até a sua síntese.

À Professora. Milânia Effgen Caran, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Aos nossos pais, que acompanharam nossa trajetória desde do início, aos familiares e amigos que de alguma forma nos deram força. Entre outras pessoas que contribuíram em nosso crescimento. A cada um de vocês nosso muito obrigado.

À Faculdade Vale do Cricaré pelo apoio na realização desta pesquisa.

Imagine uma nova história para sua vida e acredite nela.

Paulo Coelho

## RESUMO

**Introdução:** O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do desenvolvimento que implica severas manifestações como na comunicação, interação social, comportamento restritivo e repetitivo. **Objetivos:** Caracterizar o perfil clínico de crianças diagnosticadas com autismo na Unidade Sanitária de São Mateus/ES. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva exploratória. Foram incluídas no estudo todas as crianças (independentemente da idade) com diagnóstico de autismo, atendidas na Unidade Sanitária (US3), do município de São Mateus. **Resultados:** Durante o período analisado, foi possível observar que a prevalência está em 69% dos casos em gênero masculino, as manifestações clínicas mais prevalentes foram agressividade, agitação e comportamentos repetitivos, os medicamentos mais utilizados foram a Risperidona, um antipsicótico atípico e Ritalina, podemos observar que a maioria das crianças fazem acompanhamento apenas com psicóloga e que existe um déficit na qualidade do atendimento de equipe multiprofissional. **Conclusão:** Devido ao número de diagnósticos de transtornos neuropsiquiátricos, torna-se necessário que profissionais de saúde atuem em equipe, para promover um atendimento completo à criança e saber preparar a família para enfrentar as dificuldades que serão impostas pelo TEA.

**Palavras-chave:** Transtorno do Espectro Autista; Crianças; Medicamentos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Autism Spectrum Disorder (ASD) is a developmental disorder that involves severe manifestations such as communication, social interaction, restrictive and repetitive behavior. **Objectives:** To characterize the clinical profile of children diagnosed with autism in the São Mateus / ES Sanitary Unit. **Materials and Methods:** This is a quantitative, descriptive, exploratory research. All children (regardless of age) with a diagnosis of autism, attended at the Health Unit (US3), in the municipality of São Mateus, were included in the study. **Results:** During the analyzed period, it was possible to observe that the prevalence is 69% of cases in males, the most prevalent clinical manifestations were aggression, agitation and repetitive behaviors, the most commonly used drug was Risperidone, an atypical antipsychotic and Ritalin, we can observe that the majority of the children follow only with a psychologist and that there is a deficit in the quality of the care of multiprofessional team. **Conclusion:** Due to the number of diagnoses of neuropsychiatric disorders, it is necessary for health professionals to act as a team, to promote a complete care of the child and to prepare the family to face the difficulties that will be imposed by the TEA.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder; Children; Medicines.



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Idade de diagnóstico em paciente com TEA

Tabela 2 - Prevalência do TEA em ambos os sexos

Tabela 3 - Classificações de categorias do CID 10

Tabela 4 - Sinais e sintomas mais prevalentes em pacientes com TEA

Tabela 5 - Medicamentos usados no tratamento psicoterapêuticos no TEA

Tabela 6 - Equipe multiprofissional que atende os indivíduos autistas

Tabela 7 - Rotina de acompanhamento de consultas

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AMA-PI - Amigos dos Autistas do Piauí

CDC - Centros de Controle e Prevenção de Doenças

CID 10- Classificação Internacional de Doenças

DSM V - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

DSM-IV-TR-TM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ES- Espírito Santo

SPSS Statistics - Statistical Package for the Social Sciences

TDI - Transtorno Desintegrativo da Infância

TEA-Transtorno do Espectro Autista

TEL - Transtorno Específico do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem

TDAH - transtorno do déficit de atenção com hiperatividade

TGD- Transtorno Global do Desenvolvimento

ONU - Organização das Nações Unidas

US3 - Unidade Sanitária

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>FORMULAÇÃO DO PROBLEMA .....</b>	<b>7</b>
3.1	PROBLEMA DE PESQUISA.....	7
3.2	DELIMITAÇÃO DO TEMA .....	7
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>8</b>
4.1	OBJETIVO GERAL.....	8
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	8
<b>5</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>9</b>
5.1	HISTÓRIA DO AUTISMO .....	9
5.2	TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA.....	9
5.3	TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO.....	9
5.4	ASPERGER.....	10
5.5	MANIFESTAÇÕES DO AUTISMO.....	10
<b>6</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>12</b>
6.1	TIPO DE ESTUDO .....	12
6.2	CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	12
6.3	LOCAL DE ESTUDO .....	12
6.4	COLETA DE DADOS.....	12
6.5	TRATAMENTO DE DADOS.....	12
<b>7</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>9</b>	<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>25</b>
<b>10</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>26</b>

11	ANEXO.....	30
----	------------	----

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação e na interação social em múltiplos contextos, incluindo prejuízos na reciprocidade social, em comportamentos não verbais e dificuldades para desenvolver habilidades, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (DSM V, 2014).

O TEA é atualmente adotado pelo DSM V como um distúrbio do desenvolvimento, excluindo então o termo Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), assim outros transtornos do desenvolvimento como a Síndrome de Rett, o Transtorno Global do Desenvolvimento e o Transtorno Desintegrativo da Infância, não fazem parte da categoria que subdivide o TEA. (PAPIM, SANCHES, 2013)

De outro modo, a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) subdivide o Transtornos Globais do Desenvolvimento em: Autismo Infantil, Autismo Atípico, Síndrome de Rett, Transtornos Desintegrativo da Infância, Transtorno com Hipercinesia associada a Retardo Mental e a Movimentos Estereotipados, Síndrome de Asperger, Outros Transtornos Globais do Desenvolvimento e Transtornos Globais não Especificados do Desenvolvimento.

Portanto, o CID subdivide o TEA, e reconhece que o autista pode apresentar manifestações como: ecolalia (repetir palavras ouvidas), fobias, perturbações no padrão do sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (auto-agressividade), maneirismo entre outros. (SUS, 2015)

Além disso, normalmente esses pacientes são metódicos, demonstram resistência a mudanças do cotidiano, estereotípias com as mãos, interesse por objetos pouco comum para a idade e demonstram falta de interação com os mesmos, se desfazendo sem expressar nenhum afeto. (AIRES, 2012)

Ainda, alguns podem apresentar incapacidade de estabelecer vínculos sociais e dificuldade de olhar nos olhos das pessoas, mostrando ausência de contato com o ambiente, falta de estímulos com o meio externo, e assim não abstraem e não conseguem desenvolver, nem ser estimulado para demonstrar seus interesses e

aflições fora da sua zona de conforto. Conseqüentemente com essa ausência o indivíduo não consegue manifestar afeto e nem seus interesses. (PAPIM; SANCHES, 2013)

Sendo assim, o autismo é uma condição crônica, com manifestações que permanecem por toda a vida. Porém, em algumas crianças é possível melhorar as habilidades sociais e de linguagem, e poucas são as que conseguem levar uma vida independente e com mínimos sinais do distúrbio. (CUSTÓDIO, 2014)

Corroborando com essa problemática, pesquisas relatam que, para o autismo não há um diagnóstico preciso, e que ainda não há cura podendo haver mais de 70 milhões de pessoas com autismo no mundo e, no Brasil, são 2 milhões, segundo a Organização das Nações Unidas-ONU. (SOARES, CAVALCANTE, LOPES, 2015)

Estima-se que atualmente a prevalência mundial do TEA esteja em torno 70 casos para cada 10.000 habitantes, sendo quatro vezes mais frequente em meninos (PINTO, TORQUARTO, COLLET et al .2016). No Brasil, apesar da escassez de estudos epidemiológicos, que possam melhor estimar os dados nacionais, constatou-se em pesquisa que os índices de acometimento pelo autismo são de 27,2 casos para cada 10.000 habitantes (PINTO, TORQUARTO, COLLET et al .2016)

Ainda, nos países da América latina e em outros países do ocidente, as estatísticas de idade das crianças com diagnóstico de TEA tem sido em média de 3 a 4 anos, contudo os profissionais tem muita dificuldade em avaliar precocemente, pois seus primeiros sintomas aparecem após os 2 anos de idade podendo se alongar pela falta de atenção da família, porém muitos pais já começam a identificar alguns traços na criança , até no primeiro ano de vida da criança podendo assim ter um resultado positivo para uma aceitação familiar e social. (SILVA, MULICK, 2009)

Corroborando, uma pesquisa realizada pelo Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) em 2018, apontam que nacionalmente, 1 a cada 59 crianças teve um diagnóstico de transtorno do espectro do autismo aos 8 anos no ano de 2014, representando um aumento de 15% expressivo em relação ao ano de 2012. (CDC, 2018)

Referente a diferença de gênero no autismo, houve uma diminuição, enquanto os meninos foram 4 vezes mais propensos a serem diagnosticados do que as meninas (1 em 37 versus 1 em 151). No ano de 2014, a diferença foi menor do que em 2012, quando os meninos foram 4,5 vezes mais diagnosticados que as meninas, em relação

ao relatório não foi identificado nenhuma diminuição geral em relação a idade de diagnóstico. (CDC,2018)

Portanto, torna-se evidente, a partir dessas estatísticas que existe um aumento significativo de crianças diagnosticadas com TEA sendo este um transtorno que não há cura, mais com tratamento e assistência em saúde voltada para a criança, podendo assim melhorar sua qualidade de vida. No entanto, a falta de informação sobre a doença, principalmente por parte da família junto dos profissionais de saúde, é uma outra dificuldade manifestada. (NOGUEIRA, M.A; RIO, S.C.M.2011)

Hoje, do ponto de vista terapêutico e educacional, acreditamos que a intervenção precoce com as crianças diagnosticadas com autismo pode trazer muitos benefícios. Compreendemos que a intervenção do enfermeiro até mesmo na estratégia de saúde da família pode ajudar a identificar, reduzir danos (como lesões causada pelas estereotípias), orientar (quanto a medicação), realizar atendimento intensivo antes mesmo dos 5 anos de idade, que tem como resultados 'devolver' a criança ao trilho do desenvolvimento normal ou mais próximo do normal.

## 2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se esta pesquisa devido à escassez bibliográfica em relação ao autismo, suas limitações e ao papel do enfermeiro diante desse público, tornando-se fundamental intencionar a importância da relação entre o enfermeiro, criança autista e família, a fim de contribuir para evolução do tratamento.

Além disso, a nossa discussão sobre as limitações e comportamentos das crianças com TEA visa o desenvolvimento de habilidades, a inclusão social e uma assistência de saúde voltada para as mesmas, haja vista que esse público carece de atendimento e acompanhamento não só médico, como é feito no município de estudo.

Nesta perspectiva o profissional enfermeiro pode colaborar de forma positiva para o diagnóstico e acompanhamento do TEA, através de observações comportamentais de crianças, mediante a consulta para analisar o crescimento e o desenvolvimento, como também, podem auxiliar os progenitores dando apoio e informando-os quanto aos desafios e procedimentos assistenciais que os mesmos utilizarão no processo de cuidar da criança com autismo, proporcionando um atendimento integral, universal e com equidade.

Dessa forma, fica claro que a escassez em material bibliográfico acerca dessa temática na área da saúde, como também, na identificação das fragilidades, medicações, comportamentos, destaca-se a complexidade do tema abordado, e a importância de estudos relacionados ao TEA, que é repleto de tabus e preconceito.



### **3 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA**

#### **3.1 PROBLEMA DE PESQUISA**

O problema em questão surge que o TEA sendo um distúrbio do desenvolvimento, é de responsabilidade da saúde pública, a qual mesmo tento tratamento não há cura. Daí surge alguns questionamentos, por que ainda existe uma porcentagem sem diagnóstico fechado? Porque existe essa falta de acompanhamento multiprofissional?

#### **3.2 DELIMITAÇÃO DO TEMA**

Esta pesquisa delimita-se a descrever os casos de TEA diagnosticados no município de São Mateus ES, e identificar suas características mais persistentes, manifestações clínicas, medicações mais utilizadas, e assim propor uma assistência de enfermagem de qualidade na atenção primária, colaborando com uma qualidade de vida melhor para o portador e sua família.

## **4 OBJETIVOS**

### 4.1 OBJETIVO GERAL

- Caracterizar o perfil clínico de crianças diagnosticadas com autismo na Unidade Sanitária de São Mateus/ES.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar os subtipos, as suas potencialidades, dificuldades e sintomas associados dos mesmos;
- Identificar quais medicações essas crianças fazem uso;
- Levantar a idade do diagnóstico;

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 HISTÓRIA DO AUTISMO

O termo autismo tem origem grega significa “autós” ou “próprio” Segundo Clemens Bender em 1959 o termo significa “idiotia”, o qual tem a mesma concordância do termo autismo de origem latim, onde refere um indivíduo que se exclui e vive em uma parte fictícia do seu mundo. (STELZER,2010)

Porém, o termo “autismo” só foi introduzido no meio literário entre os anos de 1857 a 1939 por Eugen Bleuler, para avaliar indivíduos com dificuldade cognitiva de se expressar no meio social. Nessa época o autismo para Bleuler não demonstrava a magnitude complexa de importância que existe nos dias de hoje, ele tinha seu trabalho focados nas psicoses e esquizofrenias. (STELZER,2010)

No ano de 1966, através de Victor Lotter, foi realizado o primeiro estudo epidemiológico sobre o autismo. Nesse estudo, ele relatou um índice de prevalência de 4,5 em 10.000 crianças em toda a população de crianças de 8 a 10 anos de Middlesex, um condado ao noroeste de Londres. A partir de então, mais de 20 estudos epidemiológicos foram relatados na literatura e milhões de crianças foram pesquisadas pelo mundo todo com TEA. (KLIN,2006)

### 5.2 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O TEA é um grupo de distúrbios do desenvolvimento neurológico de início precoce, não é uma doença mais um acometimento do desenvolvimento complexo com amplitude de graus variados de severidade, caracterizado por comprometimento das habilidades sociais e de comunicação, além de comportamentos estereotipados. (OLIVEIRA; SERTIÉ, 2017)

Sua causa ainda é desconhecida, entretanto, a tendência atual é considerá-la como uma síndrome de origem multicausal envolvendo fatores genéticos, neurológicos e sociais da criança a qual classificada de acordo com o CID 10 (PINTO, TORQUARTO, COLLET et col.2016)

### 5.3 TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO

Segundo o CID 10 Transtorno Globais do Desenvolvimento caracteriza-se pelo comprometimento em várias áreas do desenvolvimento, sendo elas: habilidades de interação social, comprometimento na comunicação ou comportamentos estereotipados, interesses e atividades. Além disso, acarretam prejuízos qualitativos

em relação ao nível de desenvolvimento do indivíduo ou idade mental. Nessa categoria, incluem-se Transtorno Autista, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da infância, transtorno de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra (CIANTELLI, LEITE, MARTINS, 2014)

Os TGD são mais comuns no sexo masculino e sua incidência está, em cerca de 70% dos casos, de graus variados de deficiência mental. Quanto ao aspecto comportamental, a criança com TGD apresenta resistência frente a alterações e mudanças de rotina, demonstrando reações de oposição. Seus comportamentos e interesses são limitados, sendo eles repetitivos e estereotipados. (D'ANTINO, 2008)

#### 5.4 ASPERGER

Asperger é uma síndrome que ocasiona um agravo prejudicial na comunicação social do indivíduo, limitando seus interesses e comportamentos. O desenvolvimento precoce demonstra a falta de qualquer retardo clinicamente significativo na linguagem ou na percepção da linguagem, no desenvolvimento cognitivo, nas partes do autocuidado, na curiosidade sobre ambiente. (KLIN, 2006)

No Transtorno Desintegrativo da Infância (TDI) a criança a princípio aparenta um desenvolvimento normal, com uma perda significativamente grave das habilidades sociais e na comunicação após o quarto ano de vida. É uma síndrome bastante rara, seu diagnóstico inclui os transtornos metabólicos e as condições neurológicas que afetam principalmente a linguagem (MERCADAMTE, SCHWARTZMAN, 2006)

Não existe tratamento para a TDI, embora haja bastante complicações neurológicas devido as crises epiléticas, podendo haver um retardo mental bastante significativo, assim, os pais precisam de apoio com multiprofissionais visando uma melhoria na qualidade de vida para essa condição. (MERCADAMTE, SCHWARTZMAN, 2006)

#### 5.5 MANIFESTAÇÕES DO AUTISMO

Nos primeiros anos de vida da criança já se percebe pequenos desinteresses levando uma incapacidade de desenvolver relações de afetos principalmente com a mãe, como: o choro pela sua ausência, afeto como o abraço, ao ser pego no colo não volta à cabeça para ela e nem estende os braços. (MELO; FALEIRO, 2009)

Além disso, pode apresentar ausência do sorriso que aparece no (terceiro mês), ausência de reação de angústia diante do estranho (oitavo mês), diferença na

maneira de se expressar e de não esperar nenhum zelo principalmente quando sente dores ou medos. (MELO; FALEIRO, 2009)

O início desse problema pode ser identificado após o nascimento de 0 a 3 meses apresentando alterações no contato oculares prejuízo na atenção de vozes dos pais. Por volta dos 2 aos 5 meses as falhas de conexão afetivas dura por volta de 35 minutos, logo a criança perde o interesse no foco a interação. Dos 4 aos 10 meses já não apresem nenhuma interação social como gestos, incapazes de brincar com brinquedos, não cumprimentam com as mãos e outros gestos interativos. Entre os 10 e 18 meses a criança não demonstra ser capaz de iniciar e sustentar as interações sociais com trocas emocionais, o que acaba acarretando déficits na comunicação simbólica. (PUC-RIO,2015)

**Quadro 1 – Características Clínicas de Crianças com Risco para TEA**

<b>De 6 a 8 meses</b>	<b>De 12 a 14 meses</b>	<b>Por volta de 18 meses</b>
Não apresentam iniciativa em começar, provocar e sustentar interações com os adultos próximos (por exemplo: ausência da relação olho a olho).	Não respondem claramente quando são chamadas pelo nome.	Não se interessam por jogos de faz-de-conta.
Não se interessam pelo prazer que podem provocar no outro.	Não demonstram atenção compartilhada.	Ausência da fala ou fala sem intenção comunicativa.
Silenciamento de suas manifestações vocais, ausência do balbucio, principalmente em resposta ao outro.	Ausência do apontar protodeclarativo, na intenção de mostrar algo a alguém.	Desinteresse por outras crianças: preferem ficar sozinhas e, se ficam sozinhas, não incomodam ninguém.
Ausência de movimentos antecipatórios em relação ao outro.	Não há ainda as primeiras palavras ou os primeiros esboços são de palavras estranhas.	Caso tenham tido o desenvolvimento da fala e interação, podem começar a perder essas aquisições.
Não se viram na direção da fala humana a partir dos quatro primeiros meses de vida.	Não imitam pequenos gestos ou brincadeiras.	Já podem ser observados comportamentos repetitivos e interesses restritos e estranhos (por exemplo: por ventiladores, rodas de carrinhos, portas de elevadores).
Não estranham quem não é da família mais próxima, como se não notassem a diferença.	Não se interessam em chamar a atenção das pessoas conhecidas e nem em lhes provocar gracinhas.	Pode aumentar seu isolamento.

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/Dapes/SAS/MS.

## **6 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **6.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva exploratória. Pesquisa quantitativa esclarece os resultados de pesquisas com base nas representatividades nos resultados da população estudada, geralmente tem uma ampla amostra de representatividade de pessoas com um retrato real em base teórica da pesquisa com um alto índice de objetividade. É sempre interligada em sua positividade, pois a pesquisa consiste na realidade de diagnóstico bruto encontrado no percurso. (FONSECA, 2002)

Segundo Mattar (2001), a pesquisa quantitativa busca a verificação das hipóteses mediante a utilização de dados coletados, estatísticas, com análise de números de casos representativos, recomendando o término da ação, assim ela quantifica os dados e mostra um resultado geral. (OLIVEIRA,2011)

### **6.2 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Foram inclusos no estudo todas as crianças (independentemente da idade) com diagnóstico de autismo, atendidas na Unidade Sanitária (US3), do município de São Mateus. Foram excluídas as crianças sem TEA.

### **6.3 LOCAL DE ESTUDO**

O Estudo foi realizado na Unidade Sanitária de São Mateus (US3).

### **6.4 COLETA DE DADOS**

Os dados foram coletados através de 23 prontuários de pacientes com diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista (TEA), tendo em vista a apuração do número de crianças, gênero, classificação do autismo e seus subtipos, tipo de medicações e suas diferentes limitações.

### **6.5 TRATAMENTO DE DADOS**

A coleta de dados é a primeira etapa do estudo quantitativo, logo em seguida utilizamos o programa SPSS Statistics 21.0 onde lançamos os dados encontrados nos prontuários, o próprio sistema gerou a tabulação dos dados e foi configurado e descrito no Word 2016.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados em crianças diagnosticadas com TEA aqui proposto nos evidenciam números alarmantes de diagnósticos tardios, bem com esses impactos interferem na progressão da criança ainda na primeira infância.

A busca realizada em artigos para comparação dos níveis de alteração em vários fatores dentro do autismo tais como: idade de diagnóstico, suas debilitações, comportamento, núcleo família, apoio social e emocional especializado na saúde, busca compreender como esta sendo monitorados os pacientes durante todo seu tratamento.

Tabela 1- Idade de diagnóstico em paciente com TEA

IDADE DO DIAGNÓSTICO	MÉDIA
ANOS	5

Idade média de crianças diagnosticada no município de São Mateus/ES

A idade do diagnóstico de pacientes com TEA do município de São Mateus, estão sendo aos 5 anos de idade, um agravo bastante significativo, debilitando assim o paciente e o núcleo familiar, dificultando a integração no meio social, podendo levar a prejuízos na situação da saúde.

A fim de relacionar esse diagnóstico tardio com os prejuízos que a criança poderá desenvolver, Granchi 2015 relata que um profissional não qualificado não irá notar essas alterações nos primeiros anos de vida, até porque ainda não há exames que possam detectar a síndrome, assim, o diagnóstico torna-se tardio, podendo acarretar malefícios significantes. Embora o sinais e sintomas apareçam bem antes dos 3 anos de idade, podem ser diagnosticados precocemente por volta dos 18 meses.

Nos Estados Unidos como por exemplo, a idade média de diagnóstico em crianças com TEA tem sido entre 3 a 4 anos. Porém em alguns casos é possível diagnosticar crianças com idades entre 18 e 24 meses e em alguns casos em crianças mais novas entre 6 e 12 meses. (SILVA, MULICK,2009)

Em se tratando de diagnóstico precoce, os benefícios de ser identificado o quanto antes, é relacionado as intervenções que podem auxiliar no prognóstico, melhorando assim a adaptação e desenvolvimento na comunicação, e a sua integração em diferentes âmbitos sociais. (ONZI, GOMES,2015)

Portanto, quando há uma intervenção adequada os ganhos são significativos para o paciente na área do funcionamento cognitivo e adaptativo. Em algumas

literaturas, sugere que a intervenção precoce juntamente com maior desempenho do profissional, há um potencial de impedir a manifestação e degradação completa do TEA, por estar interligada no período do desenvolvimento da criança onde o cérebro é altamente plástico e maleável. (CARDOSO, VELOSO, MARTINS et col.2019)

Tabela 2 - Prevalência do TEA em ambos os sexos

<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>FEMININO</b>	7	30,4%
<b>MASCULINO</b>	16	69,6%

Prevalência da síndrome abordada em ambos os sexos.

No município de São Mateus foi identificado cerca de 69,6% de autismo no sexo masculino e 30,4% no sexo feminino, corroborando com os achados na literatura.

Em dados fornecidos pela Academia Americana de Pediatria 2015, meninos são diagnosticados com autismo mais precoce do que as meninas, possivelmente porque o sexo masculino apresenta sintomas mais graves.

Segundo Farias 2018, os sintomas iniciais em meninos são facilmente identificados, pois incluem maneirismo, interesses restritivos e comportamentos repetitivos, já as meninas possuem menos atitudes repetitivas e restritivas, com isso disfarçam suas limitações sociais em relações aos meninos, pois elas apresentam dificuldades comportamentais ou intelectuais mais severas levando não só ao diagnóstico tardio, mas também da identificação da sua condição.

Corroborando com os estudos, Passos e Bandim em 2011, descreve que o desenvolvimento dos meninos com TEA é melhor do que quando comparado ao desenvolvimento das meninas, isso porque os meninos com autismo conseguem aprender com mais facilidade do que as meninas. (SANTOS, COLLA, KEMPINSKI, et col.2016)

Considerando que os casos de autismo são baseados em sinais e sintomas, seus diagnósticos são estabelecidos através de critérios e subtipos estabelecidos por DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatístico da Sociedade Norte-Americana de Psiquiatria) e pelo CID-10 (Classificação Internacional de Doenças da OMS). (FONSECA,2015)



Tabela 3 - Classificações de categorias do CID 10

<b>CID</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>ASPERGE F84.5</b>	<b>2</b>	<b>8,7%</b>
<b>RETT F84,2</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>TRANSTORNO DESINTEGRATIVO DA INFÂNCIA F84,3</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>OUTROS TRANSTORNOS GLOBAIS</b>	<b>1</b>	<b>4,3%</b>
<b>RETARDO MENTAL LEVE F70 E TRANSTORNO DO COMPORTAMENTO F98</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>TRANSTORNO DO COMPORTAMENTO F98 E TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO F84</b>	<b>6</b>	<b>26,1%</b>
<b>TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO F84 E TRANSTORNO ESPECIFICO DO DESENVOLVIMENTO DA FALA F89</b>	<b>7</b>	<b>30,4%</b>
<b>TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO F84 E EPILEPSIA G40</b>	<b>1</b>	<b>4,3%</b>
<b>ASPERG F84.5 E TRANSTORNO DO DESENVOLVIMENTO F84</b>	<b>1</b>	<b>4,3%</b>
<b>RETARDO MENTAL F71</b>	<b>1</b>	<b>4,3%</b>
<b>TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO F84</b>	<b>1</b>	<b>4,3%</b>
<b>SEM DIAGNOSTICO FECHADO</b>	<b>3</b>	<b>13,0%</b>

Principais classificações identificadas em pacientes do município estudado.

Na tabela acima cerca de 30,4% dos pacientes sofrem de Transtorno Global do Desenvolvimento e Transtorno Específico do Desenvolvimento da Fala, seguido do Transtorno do Comportamento e Transtorno Global do Desenvolvimento 26,1%, porém 13,0% dessas crianças ainda estão sem diagnóstico fechado.

Dentre os pacientes diagnosticados no município cerca de 8,7% apresentam somente um CID, mais específico na síndrome de Asperge, onde o mesmo não acarreta tantos danos neurológicos, comportamentais e sociais.

O Transtorno Específico do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem (TEL) é uma condição neurológica proposta quando o sujeito apresenta modificações de linguagem que não podem ser associadas à deficiência auditiva, à disfunção neuromotora, à deficiência mental, ao déficit de atenção e hiperatividade, entre outros. (ARMONIA, MAZZEGA, PINTO ET COL.2015)

Sob o mesmo ponto de vista, o DSM-IV caracteriza os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) como manifestações graves e globais em diversas áreas do desenvolvimento como: desvios nos campos do relacionamento social e da comunicação, denominados de habilidades de interação social recíproca, ou presença de estereotípias de comportamento, interesses e atividades. (OLIVEIRA,2011)

Em um estudo realizado no estado de São Paulo em 2011, desenvolvido na unidade escolar de uma rede municipal de ensino, o plano Municipal de Educação da cidade de estudo, informou em termos numéricos que na educação infantil, existiam cerca de 137 alunos que possuíam alguma deficiência e/ou que apresentavam necessidades especiais, sendo que, desses, 25 alunos já tinham o diagnóstico de transtornos globais do desenvolvimento (TGD) e, dentre eles, encontravam-se os do espectro autista, bem como, no ensino fundamental, do total de 474 alunos, havia 12 classificados com TGD. (CIANTELLI, LEITE, MARTINS,2014)

O transtorno da conduta ou do comportamento é um dos transtornos psiquiátricos mais recorrentes na infância, sendo um dos maiores motivos de encaminhamento ao psiquiatra infantil, termo esse utilizado no Brasil de forma muito ampla e inespecífica para nomear problemas de saúde mental que causam alterações no ambiente familiar e/ou escolar, como por exemplo, crianças e adolescentes com dificuldade para aceitar regras e limites e que desrespeitam os pais ou professores costumam ser encaminhados aos serviços de saúde mental. (BORDIN, OFFORD,2000)

Além disso, alguns autores como Charman e Baird em 2002, relata que existem casos de pacientes autistas que foram relacionados com outros transtornos, como síndrome de Down, paralisia cerebral e síndrome de Tourette, bem como deficiências visuais e auditivas.

Em relação à deficiência mental no estudo de Bailey et al.2005 a condição que mais prejudica o autismo é o retardo mental, presente em níveis de severidade variados em aproximadamente 60 a 75% das crianças com autismo. (SILVA, MULICK,2009)

Tabela 4 - Sinais e sintomas mais prevalentes em pacientes com TEA

<b>LIMITAÇÕES</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>FALA</b>	<b>1</b>	<b>4,5%</b>
<b>ESTEREOTIPIAS</b>	<b>2</b>	<b>9,1%</b>
<b>ECOLALIA</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>FALTA DE INTERAÇÃO</b>	<b>2</b>	<b>9,1%</b>
<b>COMPORTAMENTOS</b>	<b>4</b>	<b>18,2%</b>
<b>REPETITIVOS</b>		
<b>ESTEREOTIPIAS E</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>ECOLALIA</b>		
<b>COMPORTAMENTO</b>	<b>2</b>	<b>9,1%</b>
<b>REPETITIVO E FALA</b>		
<b>INSÔNIA E AGITAÇÃO</b>	<b>3</b>	<b>13,6%</b>
<b>ESTEREOTIPIA E INSÔNIA</b>	<b>1</b>	<b>4,5%</b>
<b>ELIMINAÇÕES EM</b>	<b>2</b>	<b>9,1%</b>
<b>FRALDA E FALTA DE</b>		
<b>INTERAÇÃO</b>		
<b>AGRESSIVIDADE E</b>	<b>5</b>	<b>22,7%</b>
<b>AGITADO</b>		

Limitações encontradas no TEA

Na população estudada 5 pacientes apresentaram comportamento de agressividade e agitação correspondendo 22,7% do total, seguido de crianças com problemas de insônia totalizando 13,6%, assim afetando a qualidade de vida do mesmo e a família trazendo uma desordem do âmbito familiar. Outro problema significativo é o comportamento repetitivo, afetando 18,2% dos pacientes, gerando possíveis problemas na concentração do paciente dificultando sua melhora.

Ainda, na coleta de dados observou que apenas 1 (uma) criança possui comprometimento na fala, sinal esse, que os pais notam nas crianças em certa idade, com a falta das primeiras palavras.

Podemos perceber que existe um problema instalado relacionado ao contexto dessa síndrome no município de estudo abordado, isso conseqüentemente afeta todo o desenvolvimento dessas crianças.

Na maior parte do dia, as crianças podem apresentar a agitação, falta de interação e agressividade, possivelmente pela falta da qualidade do sono, dificultando seu equilíbrio emocional, sua desenvoltura cognitiva, prejudicando a interação social. (CLARKE, 2011)

Além disso, os sintomas podem ser associados a uma desordem provocada por alterações no funcionamento do cérebro, comprometendo a parte neurológica que será presente por toda a vida que é caracterizada por vários fatores em 3 áreas diversas do cérebro como relacionamento social, comunicação e Comportamentos

repetitivos e inadequados; variando seus sintomas entre leves a severos. (PAPIM, SANCHES ,2013)

Em relação aos comportamentos estereotipados e repetitivos dos autistas, Andrade em 2012 relata que essas manifestações podem estar ligadas com alterações em regiões do córtex orbito frontal, e no núcleo caudado, comprometendo então a coordenação motora de indivíduos afetados. (MORAIS,2017)

Outro fator bastante relevante e específico na síndrome são os comportamentos diferenciados que chamam atenção primeiramente dos pais e causam uma certa curiosidade das pessoas ao redor, por serem diferentes de comportamentos normais e estranho no primeiro momento. (ZANON, BACKERS, BOSA, 2017)

Dentre os comportamentos temos o maneirismo e as estereotipias que são evidentes em pacientes com TEA mesmo antes de serem diagnosticados. A grande maioria dos pacientes trazem consigo esses comportamentos que dificulta o trabalho do profissional de saúde por não ter suportes específicos para atender essa demanda desse paciente. (ZANON, BACKERS, BOSA, 2017)

Após o diagnóstico, e determinado o grau de severidade do transtorno, alguns casos o profissional utiliza intervenção medicamentosa, visando controlar suas manifestações e o quadro do mesmo. (LEITE, MEIRELLES, MILHOMEM,2015)

Tabela 5 - Medicamentos usados no tratamento psicoterapêuticos no TEA

<b>MEDICAMENTOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>RISPERIDONA</b>	<b>7</b>	<b>32%</b>
<b>CLOZAPINA</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>DIAZEPAN</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>AMITRIPTILINA</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>FLUOXETINA</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>HALOPERIDOL</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>CARBAMAZEPINA</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>CARBAMAZEPINA E CLOZAPINA</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>RISPERIDONA E RITALINA</b>	<b>8</b>	<b>36,4%</b>
<b>HALDOL E SERTRALINA</b>	<b>3</b>	<b>13,6%</b>
<b>RITALINA</b>	<b>1</b>	<b>4,5%</b>
<b>DEPAKENE E CARBAMAZEPINA</b>	<b>1</b>	<b>4,5%</b>
<b>NENHUM</b>	<b>2</b>	<b>9,1%</b>

Medicamentos prescritos aos pacientes no município abordado para o tratamento de acordo com os CID.

Referente à medicação nota-se que 31,8% dos pacientes fazem o uso do medicamento risperidona, esse número aumenta, onde outro grupo de pacientes 36,4% que além da risperidona também fazem o uso da ritalina, e cerca de 13,6% fazem o uso de haldol associado com a sertralina.

Assim os dados da tabela 5, evidenciam o tipo de tratamento medicamentoso que os pacientes do município estudado mais fazem uso. Notamos que ao avaliar cada prontuário dos pacientes, a grande maioria das consultas registradas eram exclusivamente para pegar as receitas dos remédios de rotina.

Segundo Tomé em 2007, o tratamento medicamentoso não trata especificamente da síndrome, ou seja, quando se tem a opção pela terapia farmacológica o objetivo é controlar sinais específicos da síndrome, como agressividade e/ou comportamentos estereotipados, promovendo a abordagem de outras terapias. (LEITE, MEIRELLES, MILHOMEM,2015)

Corroborando com nossos estudos a Associação de Amigos dos Autistas do Piauí (AMA – PI) em 2015, mostra que 91% das crianças acompanhadas pela AMA fazem o uso de medicamentos, e cerca de 55% destas crianças usam antipsicóticos, como Risperidona e Olanzapina, seguido de Psicoestimulantes, como a Ritalina 11%. (LEITE, MEIRELLES, MILHOMEM,2015)

Os antipsicóticos, em especial a risperidona, são mais utilizados no tratamento dos sintomas globais do autismo, melhorando nos sintomas dos comportamentos restritivos, repetitivos e estereotipados como agressividade, irritabilidade e stress, já o único psicoestimulante encontrado no Brasil é o metilfenidato (Ritalina), sendo indicado para o tratamento do TDAH, por mostrar eficácia em sintomas, como por exemplo hiperatividade, impulsividade e desatenção, diferente dos inibidores seletivos da receptação de serotonina, como a fluoxetina e sertralina e outros , são utilizados no tratamento do TEA, com o objetivo de diminuir os comportamentos obsessivos, rituais e estereotipias, apresentando uma melhora variável. (LEITE, MEIRELLES, MILHOMEM,2015)

Contudo o tratamento para indivíduos com TEA, deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, pois através do tratamento adequado é possível diminuir alterações motoras e sensitivas nesses pacientes, afim de melhorar sua qualidade de vida. (MORAIS,2017)

Tabela 6 - Equipe multiprofissional que atende os indivíduos autistas

<b>EQUIPE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>PSIQUIATRA</b>	<b>17</b>	<b>73,9%</b>
<b>NEUROLOGISTA</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>
<b>PEDIATRA</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>
<b>FONOAUDIÓLOGA</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>
<b>TERAPEUTA OCUPACIONAL</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>
<b>FISIOTERAPEUTA</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>
<b>PSICÓLOGO</b>	<b>1</b>	<b>4,3%</b>
<b>SALA DE ESTIMULAÇÃO</b>	<b>1</b>	<b>4,3%</b>
<b>FONOAUDIÓLOGA E SALA DE ESTIMULAÇÃO</b>	<b>1</b>	<b>4,3%</b>
<b>PSIQUIATRA E NEUROLOGISTA</b>	<b>2</b>	<b>8,7%</b>
<b>FONOAUDIÓLOGA E PSICÓLOGA</b>	<b>1</b>	<b>4,3%</b>

Taxa de profissionais que atende os pacientes.

Após serem analisados todos os prontuários dos pacientes, podemos perceber que 73,9% deles são assistidas só pelo psiquiatra, e 8,7 % tem atendimento com o psiquiatra e o neurologista. Ademais, nota se que apenas uma criança tem atendimento com a fonoaudióloga, uma criança está incluída na sala de estimulação, e uma criança faz acompanhamento somente com o psicólogo.

Ao iniciar esse estudo e os meios percorridos para chegar a dados estatísticos, tivemos que realizar um levantamento de dados mais profundo juntamente com os prontuários desses pacientes. O ponto que mais chamou a atenção foi à falta de maior parte desses documentos, não existirem especificamente uma data em que o paciente teve seu diagnóstico assiduamente dado.

Um outro problema existente é a falta de encaminhamento para os demais profissionais de saúde, principalmente para as crianças que precisam de equipe multiprofissional durante seus primeiros anos de vida e conseqüentemente ao decorrer da vida para sua reabilitação diária, lembrando que cada paciente deve ter acompanhamento profissional específico de acordo com suas necessidades.

Portando, torna-se evidente que grande parte desses pacientes deveriam ter sido encaminhados para outros profissionais de saúde e sala de recursos em uma determinada unidade de ensino, para o mesmo desenvolver atividades que irá ajudar na qualidade de vida.

Porém a real situação é que muito desses pacientes só tem histórico de consultas com um profissional específico, onde possivelmente esse profissional se sobrecarrega, e a família por não ter um apoio qualificado o seu psicológico e o

emocional também fica comprometido para lidar com a aceitação em viver e se adaptar em uma nova rotina.

Corroborando com a fala, estudos mostram que é de suma importância a integração do médico qualificado em saúde mental juntamente de uma equipe interdisciplinar capacitada para abordar reconhecer clinicamente tais comprometimentos. (BRASIL, 2016)

O profissional que decide lidar com autistas deve ter conhecimento sobre o processo de desenvolvimento normal e fatores que melhore esse desenvolvimento como também deve saber identificar os aspectos anormais e que interferem no desenvolvimento dos autistas. (MORAIS, 2017)

O estabelecimento de um vínculo entre o profissional, paciente e a família é muito importante no momento da revelação diagnóstica, visto que a importância das informações pode ser aceita de forma positiva contribuindo no enfrentamento do problema, encorajando-os a participar das tomadas de decisão quanto ao tratamento. (CARDOSO, VELOSO, MARTINS et col. 2019)

Portando é evidente que a equipe de educação e a de saúde é de grande importância para a condução adequada das crianças com TEA com o objetivo de aprendizado e mudanças comportamentais trabalhadas por equipes interdisciplinares (psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores físicos). (CARDOSO, VELOSO, MARTINS et col. 2019)

Nascimento e colaboradores em 2017, enfatiza que os profissionais do Sistemas de Saúde devem estar preparados para receber, acolher e oferecer os tratamentos adequados para os indivíduos autistas e sua família, tendo em vista que o SUS tem por princípio oferecer este acolhimento e tratamento necessários, assegurados pelo artigo 196, que garante, a saúde, direito de todos e dever do Estado.

Tabela 7-Rotina de acompanhamento de consultas

<b>ACOMPANHAMENTO</b>	<b>CONTAGEM</b>	<b>TABELA N %</b>
<b>1 VEZ POR SEMANA</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>
<b>A CADA 15 DIAS</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>
<b>20 A 30 DIAS</b>	<b>7</b>	<b>30,4%</b>
<b>30 A 60 DIAS</b>	<b>3</b>	<b>13,0%</b>
<b>60 A 120 DIAS</b>	<b>9</b>	<b>39,1%</b>
<b>NÃO IDENTIFICADO</b>	<b>4</b>	<b>17,4%</b>

Padrão de agendamento de consultas dos pacientes do município abordado.

Conforme a coleta de dados, a tabela acima mostra como são programadas as consultas e retornos dos pacientes, assim podemos observar que a maioria dos pacientes retornam ao profissional com 60 a 120 dias que corresponde cerca de 39,1% geralmente são pacientes sem queixas e que estão a princípio estável com seus sintomas.

Outros pacientes retornam com 20 a 30 dias, totalizando 30,4%, sendo esses pacientes que demandam mais atenção do profissional. Em seguida, cerca de 13,0% são pacientes que retornam para pegar receitas ou que estão fazendo troca de medicamentos com 30 a 60 dias. Por fim, os não identificados são os pacientes que não retornaram para nenhuma consulta marcada, aproximadamente 17,4%.

É muito escasso materiais científicos que obtém informações relacionadas a consultas e acompanhamentos de pacientes com TEA, além de ser um perfil clínico bastante amplo e criterioso, levando em conta as suas diversas manifestações clínicas, a falta de informação acomete os profissionais da saúde, pacientes e principalmente a família pela falta de informação.

Perante essa realidade, surge um déficit de informação dos responsáveis pelo direito do paciente com TEA e os Direitos Humanos que vem para unificar e garantir a saúde para todos e a igualdade social.

Sobretudo, compreende-se que o acompanhamento de uma criança autista é primordial para o desenvolvimento infantil, pois possibilita a aproximação dos profissionais com a criança, ajuda a expressar e entender seus sentimentos e emoções, além de promover a socialização pelo contato com outras crianças de diferentes etapas do desenvolvimento. (ANDRADE, MOTTA et col.2011)

Assim, a integralidade do cuidado sempre deve ser considerada, principalmente pelas diferentes demandas e pela necessidade de promoção da saúde e da autonomia de todos os envolvidos. (ARRUDA, MACIEL, FINOTTI et col.2018)



## 8 CONCLUSÃO

Sabe-se que esse tema é muito abrangente, uma vez que o autismo é uma síndrome intrigante que desafia a ciência, pois ainda não há uma causa específica que possa identificá-lo, assim como não existem tratamentos totalmente eficazes e seguros que possibilitem uma cura, mais que tratam suas manifestações.

Através da análise criteriosa do presente estudo, notamos que há alguns aspectos a serem tratados. Diante dos vários casos de paciente com TEA ainda existe muito tabu tanto do profissional quanto do paciente/família, podemos dizer que há uma barreira que impede a melhoria no tratamento, tais como: tempo de diagnóstico que foi bem exposto, olhar clínico para intervenção, ou talvez a falta de recursos humanos para gerir o funcionamento do trabalho especializado.

Sabemos que, a função fundamental do profissional de saúde será sempre priorizar a melhoria da qualidade de vida do paciente, como vimos, o diagnóstico estar sendo dada tardiamente, assim a probabilidade de melhorias fica cada vez menos possível, já que com a escassez do trabalho multiprofissional e a falta de recursos para exames, medicamentos e trabalhos realizados por outros profissionais no foco do problema ficam muito longe de ser alcançado.

Assim, justifica o número de crianças ainda em diagnóstico aberto, e que possivelmente não passaram por nenhum profissional, fazendo apenas o uso da medicação para reduzir os sintomas comportamentais, ficando nítido que não estão priorizando a redução de danos, e sim propondo intervenções medicamentosas específicas para cada paciente para diminuir sua agressividade, insônia ou até mesmo suas estereotípias.

Dentre tantos problemas encontrados, notamos que a demanda prejudica a melhoria do tratamento por sobrecarga do profissional onde o mesmo não consegue abrir caminhos para novas didáticas que possivelmente ajudaria tanto em sua cooparticipação em qualidade para o paciente como para um possível diagnóstico certo.

Percebe-se que há muita falta de informação por parte da família, onde toda a equipe de saúde do município poderia propor uma inclusão com mais dinâmica e informações atualizadas, tanto para quem já convive com pessoas com síndrome quanto para uma população mais ampla.

Diante dos fatos, é evidente o quanto a saúde pública no Brasil ainda é muito privada, impedindo as famílias mais carentes onde há um paciente com necessidades especiais ter um tratamento preventivo o quanto antes, evitando danos e prejuízos principalmente na sua reabilitação e o impedindo de conviver dignamente do meio social.

Portanto fica evidente que precisamos de mais trabalho multiprofissional integrados a saúde mental para contribuir na melhoria da qualidade de vida desses pacientes precocemente. O olhar crítico deve ser evidente logo no planejamento familiar, na coleta de dados durante a gestação e principalmente no nascimento da criança onde ela vai evidenciar muitas características que geralmente vão poder trazer problemas futuros.

Assim, podemos concluir que o TEA ainda é uma síndrome pouco estudada, o tratamento é bem restrito, e as informações ainda são muito vagas. No primeiro momento não se consegue identificá-la levando anos para um diagnóstico e comprometendo a saúde do paciente.



## 10 REFERÊNCIAS

AIRES, J, F. **A Função Materna no Autismo, 2012.** Disponível em:<<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1219/Monografia%20Juliana.PSICOLOGIA%202.pdf?sequence=1>>Acesso em 28 de Out.2018.

ARRUDA, B, C, A, P.; MACIEL, E, B, P.; FINOTTI, M, B.; FIGO, L, F, F.; BARROS, J, M, M.; WALTHER, S, B, H. **O Acompanhamento de Uma Criança no Transtorno do Espectro Autista (TEA): Integração entre Família, Escola e Terapeutas,2018.** Disponível em:<[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180901\\_001103.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180901_001103.pdf) >Acesso em 24 de Jun. 2019.

ARMONIA, A, C.; MAZZEGA, L, C.; PINTO, F, C, A, SOUZA, A, C, R, F.; PERISSINOTO, J.; TAMANAHA, A, C. **Relação entre Vocabulário Receptivo e Expressivo em Crianças com Transtorno Específico do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem ,2015.** Disponível em:<<https://www.redalyc.org/pdf/1693/169339754010.pdf> >Acesso em 24 de Jun. 2019.

ANDRADE, A, C.; MOTTA, A, K, F.; SANTOS, E, B.; GOMES, K, A.; NEGREIROS, L, N. **O Autismo e o Brincar: Um Estudo de Caso a Partir de Acompanhamento em Grupo Psicoterapêutico,2011.** Disponível em:<<http://hugv.ufam.edu.br/downloads/revistas/REVISTA%202011/Revista%2020Artigos/artigo%206.pdf>>Acesso em 17 de Jun. 2019.

BORDIN, I, A.; OFFORD, D, R. **Transtorno da conduta e comportamento anti-social,2000.** Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000600004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600004)>Acesso em 24 de Jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para a Atenção as Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e Suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde,2015.** Disponível em :<[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoas\\_transtorno.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf)>Acesso em 28 de Out.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 324, de 31 de março de 2016.** Disponível em :<[http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT\\_ComportamentoAgressivo\\_Autismo.doc.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_ComportamentoAgressivo_Autismo.doc.pdf)>Acesso em 29 de Jun.2019.

BRASIL. Secretaria de Saúde. **Transtornos Globais do Desenvolvimento-TGD Procedimentos e Encaminhamentos.** Disponível em:<[http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/ed\\_especial/tgd\\_unid2.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/ed_especial/tgd_unid2.pdf)> Acesso em 01 de Nov.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Espectro Autista (Transtornos Invasivos ou Globais do Desenvolvimento) / Protocolo Clínico e Protocolo Clínico e de Acolhimento, 2015.** Disponível em:<<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9209-espectro-autista/file>> Acesso em 04 de Out.2018.

CARDOSO, A, A.; VELOSO, C, F.; MARTINS, C, C.; FERNANDES, F, D, M.; MAGALHÃES, M, L.; NOGUEIRA, M, F. **Transtorno do Espectro do Autismo,2019.** Disponível em:<[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Ped.\\_Desenvolvimento\\_-\\_21775b-MO\\_-\\_Transtorno\\_do\\_Espectro\\_do\\_Autismo.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Ped._Desenvolvimento_-_21775b-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf)> Acesso em 21 Jun.2019.

CIANTELLI, A, P, C.; LEITE, L, P.; MARTINS, S, E, S, O. **O Transtorno Global do Desenvolvimento na Educação Inclusiva: Escola Comum ou Escola Especial?2014.** Disponível em:<file:///C:/Users/Wesley/Downloads/765-157-1266-1-10-20170829%20(10).pdf>Acesso em 24 de Jun. 2019.

CLARKE, M, E. **Autismo,2011.** Disponível em :< [http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/dossiers-complets/pt-pt/autismo.pdf\\_](http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/dossiers-complets/pt-pt/autismo.pdf_)>Acesso em 28 de Jun.2019.

CUSTÓDIO, C, S. **Autismo: Diminuição do Impacto Inicial Junto a Família,2014.** Disponível em:<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167229/Claudia%20de%20Souza%20Custodio%20-%20Psico%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em 10 de Set. 2018.

CENTRO DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS. **CDC,2018.**Disponível em:<<https://www.autismspeaks.org/science-news/cdc-increases-estimate-autisms-prevalence-15-percent-1-59-children>> Acesso em 01 de Nov.2018.

D'ANTINO, M, E, F. **Interdisciplinaridade e Transtornos Globais do Desenvolvimento: Uma Perspectiva de Análise,2008.** Disponível em :<file:///C:/Users/Wesley/Downloads/11150-45293-1-PB.pdf>Acesso em 29 de Jun.2019.

FONSECA, M, E, G. **O Diagnóstico dos Transtornos do Espectro do Autismo – TEA,2015.** Disponível em:<[http://www.feapaesp.org.br/material\\_download/283\\_O%20diagn%C3%B3stico%20dos%20transtornos%20do%20espectro%20do%20autismo%20\(1\).pdf](http://www.feapaesp.org.br/material_download/283_O%20diagn%C3%B3stico%20dos%20transtornos%20do%20espectro%20do%20autismo%20(1).pdf)> Acesso em 24 de Jun. 2019.

KLIN, A. **Autismo e Síndrome de Asperger: Uma Visão Geral,2006.** Disponível em :<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s1/a02v28s1.pdf>> Acesso em 28 de Set.2018.  
MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: **DSM-5,2014.** Disponível em:<<https://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>> Acesso em 25 de Out. 2018.

LEITE, R.; MEIRELLES, L, M, A.; MILHOMEM, D, B. **Medicamentos Usados no Tratamento Psicoterapêutico de Crianças Autistas em Teresina – PI,2015.** Disponível em:<<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/geum/article/viewFile/4377/3073%3EAcesso%20em%2024%20de>>Acesso em Jun. 2019.

MERCADANTE, M, T.; GAAG, R, J, V.; SCHWARTZAMAN, J, S. **Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Não-autísticos: Síndrome de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância e Transtornos Invasivos do Desenvolvimento Sem Outra Especificação,2006.** Disponível

em:<[https://www.researchgate.net/publication/247852678\\_Transtornos\\_invasivos\\_do\\_desenvolvimento\\_nao-autisticos\\_sindrome\\_de\\_Rett\\_transtorno\\_desintegrativo\\_da\\_infancia\\_e\\_transtornos\\_invasivos\\_do\\_desenvolvimento\\_sem\\_outra\\_especificacao](https://www.researchgate.net/publication/247852678_Transtornos_invasivos_do_desenvolvimento_nao-autisticos_sindrome_de_Rett_transtorno_desintegrativo_da_infancia_e_transtornos_invasivos_do_desenvolvimento_sem_outra_especificacao)> Acesso em 04 de Out.2018.

MELO, C, A, D.; FALEIRO, L, S.; LUZ, M, S. **A Educação Especial no Desenvolvimento Psico-Social de Crianças Autista,2009.** Disponível

em:<<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0494.pdf> > Acesso em 17 de Nov.2018.

NOGUEIRA, M, A, A.; RIO, S, C, M, M. **A Família Com Criança Autista: Apoio De Enfermagem,2011.** Disponível

em:<[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602011000100003](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602011000100003)> Acesso em 01 de Nov.2018.

MORAIS, T, M. **Perfil do Autista Institucionalizado na Associação de Mães de Autistas de Ariquemes – AMAAR,2017** Disponível em:<

<http://repositorio.faema.edu.br:8000/bitstream/123456789/1222/1/MORAIS%2c%20T%20%20PERFIL%20DO%20AUTISTA%20INSTITUCIONALIZADO%20NA%20ASSOCIA%c3%87%c3%83O%20DE%20M%c3%83ES%20DE%20AUTISTAS%20DE%20ARIQUEMES%20-%20AMAAR.pdf> > Acesso em 24 de Jun. 2019.

OLIVEIRA, A, L. **Formação de Professores na Educação Básica para Atuar com Educandos com Transtornos Globais do Desenvolvimento (tgd) no Processo de Educação Inclusiva,2011.** Disponível

em:<<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/35184/OLIVEIRA%2C%20AN%20LIGIA%20DE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em 24 de Jun. 2019.

OLIVEIRA, K, G.; SERTIÉ, A, L. **Transtornos do Espectro Autista: Um Guia Atualizado para Aconselhamento Genético,2017.** Disponível

em:<[http://www.scielo.br/pdf/eins/v15n2/pt\\_1679-4508-eins-15-02-0233.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v15n2/pt_1679-4508-eins-15-02-0233.pdf)> Acesso em 10 de Out.2018.

OLIVEIRA, A, T.; COELHO, C, L, M.; FERNANDES, E, M. **Síndrome de Rett: Múltiplos Olhares e Diversas Possibilidades,2014.** Disponível

em:<[http://www.cap.uerj.br/site/images/stories/noticias/47-oliveira\\_et\\_al.pdf](http://www.cap.uerj.br/site/images/stories/noticias/47-oliveira_et_al.pdf)> Acesso em 16 de Set.2018.

ONZI, F, Z.; GOMES, R, F. **Transtorno do Espectro Autista: A Importância do Diagnóstico e Reabilitação, 2015.**Disponível em :<

<http://www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/979/967>> Acesso em 20 de Jun.2019

PUC-RIO. Pontifícia Universitária Católica do Rio de Janeiro. **As Conexões Afetivas no Autismo,2015.** Disponível em:<[https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/25540/25540\\_4.PDF](https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/25540/25540_4.PDF) > Acesso em 16 de Set.2018.

PINTO,R,N,M.;TORQUATO,I,M,B.;COLLET,N.;REICHERT,A,P,S.;NETO,V,S.;SARAI VA,A,M. **Autismo Infantil: Impacto do Diagnóstico e Repercussões nas Relações Familiares,2016**. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v37n3/0102-6933-rngenf-1983-144720160361572.pdf>> Acessado em 08 de Set.2018.

PAPIM, A, A, P.; SANCHES, K, G. **Autismo e Inclusão: Levantamento das dificuldades Encontradas pelo Professor do Atendimento Educacional Especializado em sua Prática com Crianças com Autismo,2013**. Disponível em:<<http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/56194.pdf>> Acesso em 25 de Out. 2018.

SOARES, A, M.; CAVALCANTE, J, L. **Avaliação do Comportamento Motor em Crianças com Transtorno do Espectro do Autismo: uma Revisão Sistemática,2015**. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbee/v21n3/1413-6538-rbee-21-03-00445.pdf> > Acesso em 10 de Set. 2018.

SILVA, M.; MULICK, J, A. **Diagnosticando o Transtorno Autista: Aspectos Fundamentais e Considerações Práticas,2009**. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n1/v29n1a10.pdf>>Acesso em 08 de Set.2018.

STELZER, F, G. **Uma Pequena História do Autismo,2010**. Disponível em:<<http://www.pandorgaautismo.org/includes/downloads/publicacoes/Pandorga-Caderno1.pdf>>Acesso em 20 de Set.2018.

UFRG-Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Métodos de Pesquisa,2009**. Disponível em:<<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>Acesso em 20 de Set.2018.

SANTOS, E, R.; COLLA, L.; KEMPINSKI, E, C.; BUENO, F, C.; MENDES, F, C, V. **Autismo: Caracterização e Classificação do Grau de Severidade dos Alunos da Associação Maringaense dos Autistas (ama) com Base no Método Cars,2016**. Disponível em :<[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160804\\_210918.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160804_210918.pdf)>Acesso em 28 de Jun.2019.

ZANON, R, B.; BACKES, B.; BOSA, C, A. **Diagnóstico do autismo: relação entre fatores contextuais, familiares e da criança,2017**. Disponível em:<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872017000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872017000100009)>Acesso em 24 de Jun. 2019.

## 11 ANEXO

## INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

PERGUNTAS	RESPOSTAS
Qual CID	<input type="checkbox"/> Asperger <input type="checkbox"/> Rett <input type="checkbox"/> Transtornos Desintegrativo da Infância <input type="checkbox"/> Outros Transtornos Globais do Desenvolvimento
Idade	<input type="checkbox"/> 0 a 6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> 1 ano a 2 anos <input type="checkbox"/> 2 anos a 4 anos <input type="checkbox"/> acima de 4 anos
Idade do diagnóstico	<input type="checkbox"/> 0 a 6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> 1 ano a 2 anos <input type="checkbox"/> 2 anos a 4 anos <input type="checkbox"/> acima de 4 anos
Limitações	<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Eliminações em fralda <input type="checkbox"/> Estereotípias <input type="checkbox"/> Ecolalias <input type="checkbox"/> falta de interação <input type="checkbox"/> Comportamentos repetitivos
Medicamento	<input type="checkbox"/> Risperidona <input type="checkbox"/> Clozapina <input type="checkbox"/> Diazepan <input type="checkbox"/> Amitriptilina <input type="checkbox"/> Fluoxetina <input type="checkbox"/> Haloperidol <input type="checkbox"/> Carbamazepina
Evolução do paciente	<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Independência e autonomia <input type="checkbox"/> Interação social <input type="checkbox"/> Contato com outras crianças <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Contato visual <input type="checkbox"/> Não houve melhora <input type="checkbox"/> Outros
Acompanhamento	<input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> A cada 15 dias <input type="checkbox"/> 20 a 30 dias <input type="checkbox"/> 30 a mais
Equipe multiprofissional	<input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Neurologista <input type="checkbox"/> Pediatra <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Sala de estimulação