



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 09, pp. 58952-58959, September, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.25323.09.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

MÉTODOS PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE DE AUTISMO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Gabriela Cordeiro Silva*, Juliana Kelly Leal Viana and Maria Eduarda Lucena Abucater do Couto

Brazil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 12th August, 2022

Received in revised form

19th August, 2022

Accepted 21st September, 2022

Published online 30th September, 2022

Key Words:

Diagnóstico; Autismo; Saude.

*Corresponding author:

Gabriela Cordeiro Silva

ABSTRACT

A presente pesquisa se refere a uma revisão bibliográfica que tem como base os trabalhos científicos disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde que tratam especificamente do diagnóstico do autismo. A análise dessas obras, separadas por categorias, pôde fornecer uma noção ampliada não apenas da evolução dos métodos para o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista, mas uma análise multidisciplinar e contextual do trajeto que se percorre até o diagnóstico final. Durante a discussão, muitos desafios a serem superados no meio clínico são destacados, bem como vão sendo destacadas estratégias e caminhos – de acordo com a convergência das ideias trazidas pelas obras aqui selecionadas – para o diagnóstico preciso e eficiente do autismo. Assim sendo, as obras foram separadas em quatro categorias e comparadas entre si, dentro de cada eixo temático, a fim de elucidar o contexto ao qual a criança está inserida no diagnóstico do autismo, os métodos aplicados no diagnóstico, os problemas que podem atrapalhar a diagnose e, por, fim, o diagnóstico diferencial.

Copyright © 2022, Gabriela Cordeiro Silva et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Gabriela Cordeiro Silva, Juliana Kelly Leal Viana and Maria Eduarda Lucena Abucater do Couto. "Métodos para o diagnóstico precoce de autismo: revisão bibliográfica", *International Journal of Development Research*, 12, (09), 58952-58959.

INTRODUCTION

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP (2019), o autismo pode ser definido como "um transtorno do desenvolvimento neurológico, caracterizado por dificuldades de comunicação e interação social e pela presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos ou restritos" que apresentam níveis variados de gravidade, a depender do paciente. A SBP, ainda, postula que apesar de não haver cura para o TEA – por se tratar de um transtorno permanente –, seu diagnóstico precoce acompanhado da intervenção multidisciplinar alteram o seu prognóstico por meio da "suavização" de sintomas. Esses, por sua vez, podem ser mais leves ou mais graves, sendo que uma constante entre os tipos diversos de pacientes é a dificuldade em estabelecer laços afetivo-comunicativo com as pessoas à sua volta. Assim, no âmbito comportamental, pode haver alguns padrões imprevisíveis, que dificultam a inserção plena da criança no meio social por apresentarem prejuízos qualitativos na interação interpessoal como um todo (NELSON, 2020). Em seu Tratado de Pediatria (2017), a SBP caracteriza o comportamento autístico como estereotipado e obsessivo, podendo ser enquadrado como Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, segundo a Nona Classificação Internacional de Doenças (CID-9), elaborada pela OMS. O seu diagnóstico tanto para as edições 9 e 10 do CID quanto para as edições de 3 a 5 do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) mostraram-se conflitantes, revelando que a

compreensão do autismo foi (e é, em alguns contextos), refém de modelos classificatórios inespecíficos. Outra problemática importante surge nesse sentido, e diz respeito ao tempo de demora para se obter o diagnóstico da criança autista. Segundo Hellen Bee (2011), em conformidade com SBP, é possível perceber antes dos 24 meses sinais de autismo infantil, porém, o diagnóstico ou a possibilidade dele só são considerados após a falha na linguagem da criança e isso, para a autora, representa uma desvantagem para o máximo sucesso do tratamento infantil. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), em seu Manual de Orientação sobre TEA, há sinais que se manifestam dos 6 aos 18 meses que sugerem o diagnóstico. Os métodos indicados – e universalmente aceitos pela comunidade científica internacional – são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição (DSM-5) e a escala Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT). Tais métodos de avaliação, juntamente a outros sinais pediátricos, podem convergir para, numa análise clínica multidisciplinar, evitar o diagnóstico errôneo ou tardio do autismo (SBP, 2019). Quando se analisa o DSM-5, CID-10 e M-CHAT, percebe-se a pertinência das observações de Hellen Bee, pois os critérios para a diagnose muitas vezes se restringem à linguagem oralizada e não abarcam com a devida atenção a interação social enquanto causa e a linguagem prejudicada como efeito. Assim, realizar o diagnóstico de TEA passa a ser uma possibilidade em casos de crianças acima de 18 meses que não adquiriram a capacidade de oralização da maneira que era esperada. Fica claro, com isso, que proporcionar a análise no desenvolvimento

cognitivo, linguístico, comportamental e social voltada a lactentes é urgente.

OBJETIVOS

Objetivo Geral: Esclarecer os parâmetros pelos quais o diagnóstico precoce do autismo é possível segundo a Literatura médica.

Objetivos Específicos

- Identificar as dificuldades em se diagnosticar de modo efetivo os casos de autismo no contexto brasileiro.
- Buscar perspectivas de melhoria dos métodos de diagnóstico de casos indicativos de TEA entre as obras revisadas.
- Esclarecer a conduta do médico pediatra diante de tais casos para promover tanto a adesão ao tratamento quanto a eficiência dos métodos terapêuticos a serem empregados a partir da diagnose.

MATERIAIS E MÉTODOS

Serão analisados artigos atualizados nos quais o processo de diagnóstico do autismo seja o tema principal, a fim de encontrar, entre as obras, semelhanças e diferenças, mas, principalmente, pontos de acordo acerca do diagnóstico de crianças autistas. Assim, o método de revisão sistemática de literatura surge como alternativa para solucionar o objetivo da pesquisa mediante a extração de dados da literatura a partir de critérios de análise específicos, segundo as orientações e o embasamento de Tranfield (2003). O autor esclarece que, com base em um protocolo de revisão estudos serão selecionados, avaliados e seus dados principais serão extraídos, sintetizados e postos sob análise. Com esse norte, três bases de dados foram escolhidas e, nelas, artigos que respondessem aos objetivos da pesquisa foram selecionados, lidos e analisados sob alguns critérios.

Delineamento da Pesquisa: Por se tratar de uma revisão bibliográfica sistemática, buscou-se um banco de dados virtual que pudesse abranger de maneira direcionada as informações pretendidas no presente trabalho. Os bancos de dados escolhidos foram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que reúne as bases de dados MedLine e Lilacs. Além da BVS, o portal PubMed será utilizado como base de dados. A partir da ferramenta “Busca Avançada”, o descritor “Early Diagnosis of Autism” foi adicionado tanto na BVS quanto no PubMed como palavras restritas ao título das publicações. O filtro selecionado em ambas plataformas foi relacionado aos textos completos escritos em 2021 e 2022.

Crítérios de exclusão: Não foram considerados os artigos com publicação anterior a 2021, duplicados, escritos em língua espanhola ou portuguesa e com foco científico não sendo o paciente autista ou tampouco o processo de diagnóstico de TEA.

Crítérios de Inclusão: Serão incluídas na revisão sistemática de literatura as obras da área da saúde presentes no banco de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e escritas em idioma Português, não duplicadas, publicadas entre 2009 e 2021 que abordem o processo diagnóstico de crianças autistas e os desafios para a diagnose multidisciplinar.

Conceitos: Tea e escalas diagnósticas: Os portadores de TEA são caracterizados por possuírem por prejuízos sociais, de comunicação e de comportamento². Além dessa tríade clássica, encontramos estudos mais recentes que apontam prejuízos também na integração da percepção sensorial³⁻⁵. Hipersensibilidade a estímulos sensoriais, agitação psicomotora ou tranquilidade excessiva, dificuldade na coordenação motora e problemas na alimentação e no sono são destacados com frequência como associados a esse quadro clínico^{3,5}. A modalidade auditiva aparece como a alteração mais afetada dentre os déficits no processamento das informações sensoriais^{3,4}. E é essa também a preocupação mais consensual dentre aquelas manifestadas pelos pais de crianças com TEA nos primeiros anos de vida (MACHADO et al, 2016).

Compreende-se como escalas diagnósticas ou de triagem as ferramentas elaboradas por Associações de Medicina para mensurar o grau da e auxiliar o diagnóstico de patologias, em especial as de origem psiquiátrica. As principais são o Manual Estatístico e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria, o DSM e o Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID. Além delas, existem outras escalas de triagem, que são o Childhood Autism Rating Scale (CARS), o Social Communication Questionnaire (SCQ), o Screening Tool for Autism in Two Years Old (STAT), o Developmental Behaviour Checklist (DBC) e o Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT). Destacam-se, no que tange ao diagnóstico de autismo segundo a Associação Brasileira de Pediatria, o Manual Estatístico e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria, o DSM – 5ª edição, de responsabilidade da Associação Americana de Psiquiatria e as classificações da Organização Mundial de Saúde (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID). Esses critérios têm evoluído com o passar dos anos. Até 1980, o transtorno do autismo não era separado da esquizofrenia. Em 1987, o DSM-III-R instituiu critérios diagnósticos com uma perspectiva de desenvolvimento que pode ser considerada inaugural em relação às perspectivas atuais de critérios e foram estabelecidos dois diagnósticos do “transtorno invasivo (ou global) do desenvolvimento”: autismo e transtorno invasivo (ou global) do desenvolvimento não-especificado (TID-NE). Assim surgiram as categorias diagnósticas em indivíduos com déficits na interação social, déficits em linguagem, comunicação e padrões repetitivos do comportamento. Uma constante evolução desses critérios promoveu a vigência do atual DSM-V, que aborda diversas psicopatologias e, para o autismo, tem um grau elevado de especificidade e sensibilidade em grupos de diversas faixas etárias e entre indivíduos com habilidades cognitivas e de linguagem distintas (GADIA, 2004). Desse modo, o DSM, por ser pioneiro na classificação das desordens de desenvolvimento e ter se desenvolvido de forma contínua, é usado nas clínicas psiquiátrica e pediátrica como um dos principais indicativos e ferramentas para o diagnóstico preciso. O DSM-5 esteve em produção durante 12 anos. Diversos grupos da área da saúde (centenas de pessoas) estiveram presentes na sua elaboração. Para Córtes (2020),

O DSM-5 promoveu grandes mudanças na descrição e organização dos critérios diagnósticos para autismo e distúrbios relacionados. Considerando que não há evidências para a separação contínua dos diagnósticos para autismo, Asperger, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID) e Transtorno Global do Desenvolvimento-Sem Outras Especificações (PGD-SOE), colocou-os todos sob rótulo de Transtorno do Espectro Autista (TEA), no intuito de melhorar a concordância de diagnóstico entre os diversos centros clínicos e de pesquisas

Ademais, é importante esclarecer o que é o CID -10 e os motivos pelos quais a sua aplicação é indicada nas clínicas pediátricas de forma conjunta com o DSM – V. Assim como a anterior, a CID-10 fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código CID-10 e isso vale para o autismo, que possui codificação F84. Trata-se de uma classificação internacional que abarca de forma direcionada as classificações e graus para patologias. Para cada enfermidade é atribuída uma categoria única e que remete a um código com até 6 caracteres. Sendo assim, tais categorias podem incluir um conjunto de doenças semelhantes. Dessa forma, a ferramenta pode atuar, também, como auxiliar ao diagnóstico diferencial. De acordo com ALVES e colaboradores, a lógica seguida na elaboração da CID é a de que o diagnóstico não deve ser categorial, mas dimensional; pois produz um espectro, ou seja, uma campo de sintomas gradativos, no qual os serviços de saúde poderiam intervir de modo específico. Para FERNANDES O DSM-5 apresenta níveis diferentes relacionados à gravidade do caso, sendo classificados em: a) Nível I - na ausência de apoio, há prejuízo social notável, dificuldades para iniciar interações, por vezes parecem apresentar um interesse reduzido por estas, há tentativas malsucedidas

no contato social, além da dificuldade de organização, planejamento e certa inflexibilidade de comportamentos; b) Nível II - exige apoio substancial havendo prejuízos sociais aparentes, limitações para iniciar e manter interações, inflexibilidade de comportamento e dificuldade para lidar com mudanças; c) Nível III - exige muito apoio substancial, havendo déficits graves nas habilidades de comunicação social, inflexibilidade de comportamento e extrema dificuldade com mudanças. Assim, quanto menor o grau de comprometimento do nível, melhor tende a ser o prognóstico do paciente. Já o CID-11 considera, de forma mais clara, a deficiência intelectual e a linguagem funcional, e os diferentes diagnósticos são enquadrados em função do nível de prejuízos nestas habilidades cognitivas. Por fim, a classificação M-CHAT, destacada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (Modified Checklist for Autism in Toddlers) é diferente das anteriores porque é um instrumento de rastreamento precoce de autismo, que visa identificar indícios desse transtorno em crianças entre 18 e 24 meses. Deve ser aplicada nos pais ou cuidadores da criança. É um teste de triagem e não de diagnóstico e é exclusivo para sinais precoces de autismo e não para uma análise global do neurodesenvolvimento. A cotação do M-CHAT leva menos de dois minutos, e seu questionário é composto por 23 itens. 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.

RESULTADOS

Para que os resultados sejam expressos de forma clara, todos os artigos selecionados buscarão pontos de convergência e divergência em assuntos centrais, com bases nos quais será feita a leitura sistemática das obras. Tais assuntos serão, em especial, os sinais dados pelas crianças antes e depois dos 12 meses de vida e a sua identificação por parte da família e escola. Também serão buscados nos artigos os empecilhos entre a família e o acesso ao auxílio médico especializado nos primeiros meses de vida da criança. A semelhança do autismo com outras psicoses, a diferenciação de espectros e as possíveis confusões no diagnóstico pediátrico em relação ao desenvolvimento serão analisadas, caso os trabalhos as descrevam. Por fim, outros fatores que atrapalham a diagnose precoce serão destacados a partir da sua relevância. Numa última análise, o uso de escalas de avaliação do paciente será buscado, em especial das escalas DSM-5 e M-CHAT, em comparação com outras, na busca por procedimentos práticos eficientes e métodos que abarquem a variedade e a amplitude do TEA na Clínica Médica e multidisciplinar. Além disso, serão analisados fatores para além dos clínicos no diagnóstico de crianças autistas, mas que, de certa forma, entrem em convergência na consolidação do diagnóstico. Os resultados serão apresentados a partir da separação dos artigos selecionados em categorias de assuntos. São elas “O que é diagnóstico precoce e qual sua importância”, “Os contextos familiar e escolar na trajetória rumo ao diagnóstico”, “Fatores que atrapalham o diagnóstico em tempo hábil” e “Recursos diagnósticos”. Essa divisão busca separar o eixo temático e relacionar as informações relevantes de cada artigo de acordo com esse eixo.

O que é diagnóstico precoce e qual sua importância: Para Jendrieck (2014) e Visani e Rabello (2012), o diagnóstico precoce ocorre antes dos 24 meses de vida da criança. Para que ele ocorra, é necessário que haja o menor tempo possível entre as identificações dos atrasos no desenvolvimento normal pela família e o diagnóstico final do médico. Após destacar que o diagnóstico precoce do autismo – assim como o de qualquer outra doença que atrase o desenvolvimento normal – está diretamente relacionado a um melhor desenvolvimento da criança autista devido ao encaminhamento a terapias e métodos educacionais adequados o quanto antes, JENDREIECK destaca que alguns fatores podem atrapalhar esse processo. A investigação desses fatores, abordados a seguir, deve existir sob a motivação de que o correto diagnóstico precoce de autismo é importante para o planejamento, a previsão e utilização de serviços médicos e educacionais e a escolha de programas de

intervenção e aconselhamento. Assim sendo, ter em vista os problemas é passo crucial para evitá-los. Em MACHADO, é destacado que o diagnóstico de problemas auditivos em crianças com menos de seis meses auxilia o diagnóstico diferencial do autismo. Isso porque muitas vezes a dificuldade na aquisição da linguagem por parte de crianças que possuem perdas auditivas é interpretada como problemas no desenvolvimento cognitivo. Assim, a autora dá destaque à multidisciplinaridade enquanto suporte no diagnóstico diferencial. A autora também destaca que intervenções precoces (aquelas iniciadas antes dos três anos e meio) têm resultados mais efetivos do que aquelas iniciadas depois dos cinco anos de idade. PAVONE e RAFAELI consideram que a evolução dos métodos para o diagnóstico do autismo a partir de 1980 possibilitaram a diminuição progressiva da idade com a qual as crianças são diagnosticadas. Essa concepção expõe a tendência que os métodos usados na clínica pediátrica possuem em promover a diagnose cada vez mais rápida e específica, posto que esses métodos estão inseridos em contextos de constante aprimoramento. Novamente em JENDREIECK, é exposto que as funções do diagnóstico precoce englobam estímulo da afetividade da criança, da linguagem e da cognição e “*isso inclui idas e vindas de diferentes médicos, laboratórios de exames, terapias etc.*” Ainda, o aconselhamento genético é uma das necessidades que surgem do diagnóstico precoce e também a necessidade de encaminhamento para instituições ainda mais especializadas aos casos, promovendo mais qualidade de vida ao paciente e à família.

Os contextos familiar e escolar na trajetória rumo ao diagnóstico:

As produções científicas enquadradas nessa classificação foram: “Experiências de professores com o autismo: impacto no diagnóstico precoce e na inclusão escolar”, de abordagem qualitativa, “Autismo em causa: historicidade diagnóstica, prática clínica e narrativas dos pais”, também com abordagem qualitativa, “Diagnóstico do autismo: relação entre fatores contextuais, familiares e da criança”, de natureza transversal e correlacional, “A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira”, uma pesquisa de opinião pública e “Diagnóstico de autismo na rede pública de ensino do DF: um estudo exploratório da situação atual”, de abordagem qualitativa de dados coletados. Esses títulos foram escolhidos porque a etapa do processo diagnóstico destacada pelos autores em questão diz respeito às perspectivas para além da clínica, pois, com ela – seja ela pediátrica, psiquiátrica ou neurológica – o diagnóstico ocorre, de fato, mas de forma não restrita a esse espaço. Nesse sentido, aqui traçam-se dois destaques: A conduta da criança autista ainda sem diagnóstico nos contextos da escola e do convívio familiar. Assim sendo, separam-se as obras, nesse eixo, entre as suas abordagens contextuais (escolares ou familiares). Em primeiro lugar, a abordagem da questão escolar se destaca por conta de a importância que os profissionais da educação tem junto à família na identificação de sinais e sintomas, bem como no encaminhamento dessa criança ao auxílio médico adequado. Assim sendo, as obras “Experiências de professores com o autismo: impacto no diagnóstico precoce e na inclusão escolar” de COUTO, 2019 e “Diagnóstico de autismo na rede pública de ensino do DF: um estudo exploratório da situação atual” de PRESTES, 2009, serão analisadas para que se trace, nessa perspectiva, pontos de convergência sobre os sinais dados pelas crianças autistas nesses espaços, que podem ser luz no caminho rumo ao esclarecimento das particularidades de cada caso. Nesse contexto, tanto a obra de 2009 quanto a de 2019 trazem uma perspectiva que prioriza o DSM (IV e V, respectivamente, devido à diferença nas datas de publicação) como escala diagnóstica. Ambas as obras tornam presente a noção de que o diagnóstico precoce é imprescindível ao paciente, mas a de PRESTES, prioriza a ideia de que a análise dos professores sobrepe-se em relação à escuta familiar. Diferentemente do que ocorre em COUTO, 2019, PRESTES relaciona o diagnóstico do autismo à entrevista de professores em detrimento da escuta da família, demonstrando que, naquele contexto, no sistema de ensino público do Distrito Federal, a maioria dos diagnósticos era realizada por um médico psiquiatra excluindo ou minimizando a participação da família e do próprio paciente nesse processo. Já em COUTO, concluiu-se que os professores são capazes de identificar sinais de autismo, contribuindo para o diagnóstico precoce e que experiências positivas cooperaram para a detecção e para a inclusão escolar. Nesse

artigo, o professor é visto como importante agente de reconhecimento dos sinais precoces do autismo e, portanto, peça fundamental para o êxito da inclusão escolar. Nos dois textos, a observação do professor frente o brincar é primordial, bem como dos padrões de rotina, comunicação e afetividade desses alunos. As diferenças encontradas, portanto, entre essas duas obras, diz respeito principalmente à participação da família e dos pacientes no caminho ao diagnóstico, mas, em essência, o papel do professor, tanto em COUTO, 2019, quanto em PRESTES, 2009, permanecem semelhantes, mesmo com a diferença de tempo entre a publicação das duas obras. Na esfera escolar, portanto, o protagonismo dos educadores da identificação de sinais da linguagem, do brincar e do fluxo de aprendizado é nítido para as medidas de diagnóstico precoce e promoção de medidas de tratamento. Além disso, o elemento escola e sua relação com a família jamais deve ser ignorado pelo profissional pediatra na avaliação do caso do paciente, principalmente no que diz respeito à escuta dos professores em relação à rotina da criança, posto que essa escuta promove a compreensão efetiva de todo o cotidiano do paciente.

Fatores que atrapalham o diagnóstico em tempo hábil: Aqui, foram selecionadas as abordagens que tratam dos empecilhos em torno do diagnóstico. Os artigos citados foram “Autismo em causa: historicidade diagnóstica, prática clínica e narrativas dos pais (MERLETTI, 2018)”, “Diagnóstico do autismo: relação entre fatores contextuais, familiares e da criança (ZANON et al., 2017)” e “A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira”, ORTEGA et al., 2013 e “Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis (VISANI e RABELLO, 2012)”

A nível familiar: MERLETTI traz, em primeiro lugar, a noção de mal-estar ou desconforto, que envolve os pais frente o diagnóstico ou à possibilidade de diagnóstico de autismo como um dos obstáculos no diálogo entre médico e família durante o desenvolvimento dessa interação. A autora faz, também um breve destaque do fato de que muitas famílias e escolas buscam ater-se ao laudo e secundarizam as estratégias para maximizar o aprendizado da criança com autismo no estabelecimento de uma trajetória escolar e social inclusiva. ZANON e colaboradores trazem o fato de muitas crianças não serem diagnosticadas antes do período escolar à tona, o que sugere e corrobora obstáculos entre a família percebendo os primeiros sinais de alteração comportamental e o acompanhamento médico. A pesquisadora refere a causa desse fato à pouca acessibilidade de serviços especializados de saúde, e à burocracia no âmbito da saúde pública, que prejudicam o diagnóstico de membros de famílias de baixa renda. Assim, um comparativo com famílias que possuíam maior poder aquisitivo realizado na pesquisa elucidou o fato de que maior capacidade financeira está atrelada à maiores possibilidades de diagnóstico e tratamento efetivo do TEA. Além disso, o nível de escolaridade dos pais e a ordem de nascimento da criança com autismo (filhos mais velhos tendem a ser diagnosticados mais tarde, segundo esse artigo) mostraram-se cruciais no diagnóstico precoce.

Conclui-se que o papel da família junto ao médico de maneira contínua no diagnóstico é imprescindível, mas enfrenta diversos percalços como a recorrência por busca de informações não confiáveis pelos pais, pela negação das particularidades do filho e, consequentemente, ida tardia ao médico pediatra, bem como questões financeiras ou mesmo troca constante de médicos que vão avaliar o caso da criança. Para evitar, na medida do possível, essas problemáticas elencadas pelos autores acima, é necessária a conduta ativa do médico pediatra na orientação dos pais, já nas primeiras consultas, sobre os comportamentos adequados para um melhor e mais rápido diagnóstico da criança a fim de preservar o seu bem estar a longo prazo e facilitar todo o processo rumo ao diagnóstico e escolha dos tratamentos adequados. Por fim, fica nítido que o vínculo comunicativo efetivo e sólido do médico com os pais e, quando possível, professores do paciente proporciona diagnósticos mais rápidos e assertivos do quadro individual. O primeiro eixo temático da pesquisa de JENDREIECK é o de “Encaminhamento”. Já que os profissionais entrevistados pelo autor eram especializados na área –

pediatras, psiquiatras, psicólogos e neuropediatras – houve o destaque do fator comum entre eles de que as crianças haviam sido encaminhadas por outros profissionais da saúde ou pela escola em busca do entendimento. Segundo ele, isso ocorre porque “*algumas vezes a família não percebe os sintomas ou não procura ajuda e somente na escola o problema será notado e então encaminhado*”. De acordo com a discussão, isso se dá pois o desenvolvimento motor – muitas vezes normal nos primeiros anos – “despista” os outros sinais da questão. Assim, o diagnóstico só é feito após muitos meses de atraso na fala. Além disso, a confusão com outros tipos de síndrome foi apontada pelo autor como uma das dificuldades para o diagnóstico preciso. Desse modo, a pouca habilidade em maneiras de a criança se comunicar para além da fala devem ser percebidas, como a ausência de gestos e a falta de resposta a estímulos, pois essas características são perceptíveis antes dos 2 anos de idade. Além disso, o contexto familiar assume destaque:

Uma opção para buscar lidar com a dificuldade do diagnóstico precoce seria que os pediatras orientassem os pais para fazerem observações sobre a comunicação da criança em casa. Principalmente quando se trata de autismo, o olhar do profissional para a família também é muito importante. Como os profissionais entrevistados declararam, há famílias que se desestruturam quando recebem o diagnóstico. Uma família desestruturada dificilmente contribuirá para o tratamento da criança autista e o profissional tem que estar consciente disso.

Isso revela que, muitas vezes, a observação de determinadas nuances só é feita no espaço do consultório, e que a atenção do médico acaba, também se desdobrando à família. VISANI entende famílias desestruturadas como aquelas permeadas por violência, drogadição e separações constantes dos cônjuges. Nesses espaços, pelo fato de a criança não receber a atenção adequada, há maior recorrência de diagnósticos tardios, como sugeriram a análise dos prontuários realizada pelas autoras. PAVONI e RAFAELI trazem o conceito psicanalítico de transitivismo como problema na relação entre pais e filhos durante o processo de diagnóstico. A compreensão do filho enquanto “outro” independente dos desejos e fantasias parentais e não uma extensão do próprio “eu” e das expectativas que envolviam a criança promovem o desconforto já abordado por MERLETTI, mas, para essas autoras, por motivações mais profundas e específicas. A negação da realidade, portanto, pode fazer parte do processo de aceitação da condição da criança por parte de um dos parentais ou ambos. A troca constante de profissionais da saúde mostra-se, também de acordo com a pesquisa de ZANON, prejudicial ao diagnóstico precoce, posto que as crianças que não mudaram de pediatra puderam obter o diagnóstico mais rapidamente que os que o fizeram. ORTEGA, traz, a partir da investigação da opinião pública em uma rede social, de acordo com aquela amostragem, o destaque sobre a tendência de muitos pais e familiares em buscar informações e até mesmo “tratamentos” para o autismo em fontes alternativas, secundarizando por vezes o papel dos Médicos frente o diagnóstico e tratamento do TEA e priorizando seus próprios conhecimentos e vivências. Por outro lado, o pesquisador destaca que muitos pais relatam, nos depoimentos coletados na pesquisa, a dificuldade em se obter o diagnóstico – muitas das queixas trazidas na pesquisa convergem com as conclusões de ZANON sobre desafios financeiros - e informações gerais sobre o TEA. Isso faz com que esses pais de crianças autistas se unam por meios virtuais na troca de informações médicas em fóruns e grupos diversos como alternativa aos obstáculos já destacados.

A nível das instituições e profissionais da saúde: Em VISANI e RABELLO, a palavra “descaminhos” é citada repetidas vezes. Esse termo é escolhido por elas para designar impasses enfrentados pelos familiares e médicos até o diagnóstico final. Elas procuram elibir, portanto, os descaminhos a partir de descritores de tempo entre a identificação de sinais e o início do tratamento, revelando que uma minoria dos prontuários observados na pesquisa tinham como característica o diagnóstico em tempo hábil.

Em relação ao autismo, em 14,3% dos casos se passou menos de um ano entre a percepção inicial dos pais e o primeiro diagnóstico; em 14,3%, se passou um ano; em 7,1%, se passaram dois anos entre a percepção dos pais de que havia algo errado com seu filho e o primeiro diagnóstico de autismo; em 21,4%, se passaram três anos; e em 7,1% dos casos, se passaram quatro anos. [...]os dados obtidos revelam o fato do diagnóstico formal, no caso do autismo, ser dado aos dois anos em 21,4% dos casos; aos três anos, em 14,3%; aos quatro anos, em 28,6%; com cinco anos, em 18,6%; e aos seis anos, em 7,1% dos casos.

A crítica que essas autoras tecem ao médicos da primeira infância reside no fato de elas defender uma possível insegurança no que se refere ao diagnóstico preciso e, por conta disso, atrasos ocorrem. O encaminhamento dessas crianças à clínicas especializadas, para VISANI e RABELLO, se dá majoritariamente (75% das vezes) por intermédio do CAPSi, e por instituições de ensino e psicólogos nas demais vezes. As autoras destacam, nas considerações finais, a importância do trabalho intensivo junto à família para evitar que o processo de diagnóstico não demore mais de um ano e meio. Essa escuta, em VISANI, deve ocorrer preferencialmente nas primeiras consultas, durante a anamnese, para que sejam traçadas as percepções da família até aquele momento.

Estabelecem, ainda, que

Para evitar os descaminhos – passagem frustrada por profissionais e instituições de saúde – entre a percepção de sinais geradores de preocupação, por parte dos pais, e o primeiro diagnóstico formal da patologia, seguido do início do tratamento, será preciso trabalhar junto aos profissionais e instituições de saúde mais procurados por esses pais.

Esses profissionais, segundo elas, são neurologistas, pediatras, psicólogos, fonoaudiólogos, psiquiatras, otorrinolaringologistas, neuropediatras e oftalmologistas, que devem ter o tempo necessário com a criança, visto que a mudança rápida de profissionais no caso da criança é um fator de atraso nesse diagnóstico. Além da dificuldade na realização do diagnóstico do autismo e das psicoses infantis, o trabalho das autoras revela também uma dificuldade por parte de profissionais e instituições de saúde em promover um tratamento para estas crianças, prejudicando a permanência delas com uma mesma equipe ou mesma rotina devido à sobrecarga e falta de recursos nos centros de atendimento. O Centro de Atenção Psicossocial Infantil que foi objeto de estudo de VISANI e RABELLO apresenta destaque, sendo que 92,9% dos pacientes já haviam passado por outras instituições, como Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e Associação de Amigos do Autista (AMA) antes de chegarem, de fato, aos CAPSi, onde a maioria (70%) recebeu o tratamento específico e continuado pela primeira vez.

O artigo de JENDREIECK engloba os fatores que atrapalham o diagnóstico precoce a nível clínico, que são

- 1) a dificuldade de conhecer melhor a criança e a família, uma vez que as consultas são muito curtas e o ambiente do consultório é muito diferente do ambiente ao qual a criança está acostumada;
- 2) a falta de maior conhecimento da família sobre o autismo;
- 3) a necessidade de observar a criança por mais tempo;
- 4) a falta de elementos importantes para o diagnóstico na entrevista com os pais;
- 5) a demora na realização dos exames;
- 6) a existência de diferentes graus de comprometimento dentro do espectro autista;
- 7) a necessidade do diagnóstico diferencial;
- 8) a necessidade de cuidado ao informar a família sobre o diagnóstico.

Conclui-se em JENDREIECK que a diversidade de sintomas dentro de uma mesma categoria exige atenção maximizada do médico, em especial do médico pediatra, e o suporte familiar, muitas vezes ausente, pois é na comunicação da criança (ou problemas em se estabelecer uma) em forma de choros, sorrisos, gestos, olhares, brincadeiras, que moram as diferenças entre o TEA e demais transtornos no desenvolvimento para o autor.

Recursos diagnósticos ao alcance do médico: A análise dos artigos trouxe à tona a necessidade de avaliação conjunta do paciente. Muitos dos recursos abordados a seguir são indicados pelos autores como sendo necessários desde que sejam aplicados de maneira associada a outros. Isso porque a utilização de apenas um ou dois recursos, além de não fornecer precisão diagnóstica, ameaça a postergação do diagnóstico final por abrir margem a análises errôneas do quadro clínico infantil.

O contexto da observação clínica: O segundo eixo temático na pesquisa de JENDREIECK trata de procedimentos utilizados para realizar o diagnóstico de autismo. O resultado revelou que o conjunto observação, entrevista com os pais, anamnese, exclusão de outras doenças e exames é ideal para traçar o diagnóstico. O diagnóstico clínico une, portanto, as queixas da família e a observação continuada do brincar e comunicar da criança na clínica. Para isso, são usados instrumentos de auxílio no diagnóstico de autismo. São eles brincadeiras específicas, questionários e instrumentos de observação que podem elucidar a existência de sintomas. É possível citar, em FERNANDES, a abordagem do Protocolo de Avaliação Comportamental para Crianças com Suspeita de Transtorno do Espectro Autista (Protea), que utiliza entrevista com pais e avaliação da interação social, linguagem e comunicação, da relação com os objetos e brincadeiras; e do comportamento estereotipado e prejudicial.

O método *Autism Diagnostic Observation Schedule* (Ados), também é composto por entrevista e observação a partir de comportamentos de comunicação expressiva e social e a *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADIS-R) é uma entrevista 93 questões referentes aos marcos de desenvolvimento e áreas de sintomatologia do TEA. Todos avaliam interação social, atenção compartilhada, brincadeira simbólica, uso de linguagem e exigem maior treinamento de profissionais. Por conseguinte, o terceiro ponto destacado por JENDREIECK em sua pesquisa trata de instrumentos de auxílio no diagnóstico de autismo. São eles brincadeiras específicas, questionários e instrumentos de observação que podem elucidar a existência de alguns sintomas.

Escalas diagnósticas: O artigo “Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas (FERNANDES, 2020)” aborda os caminhos de evolução pelos quais passaram as escalas CID e DSM. A principal evolução, para o autor, se deu pelo fato de que a visão que se tinha da doença por volta da década de 80 era uma visão psicanalítica da doença mental, fundamentada nos conceitos de personalidade, estrutura e psicodinâmica, que é progressivamente substituída pelo modelo biomédico com diagnóstico categórico (agrupamento de sintomas) e abordagem multiaxial, que considera também a dimensão orgânica e a influência dos fatores externos sobre o comportamento. Assim, em FERNANDES, estabelecer critérios para sintomas observáveis foi uma evolução pela qual o processo de diagnose do autismo passou.

Sobre o DSM-V, o autor declara que

o autismo passa a ser considerado um transtorno do neurodesenvolvimento e denominado transtornos do espectro autista (TEA). Essa categoria absorve em um único diagnóstico os outros transtornos especificados no transtornos invasivos de desenvolvimento (TID), fazendo apenas distinção quanto ao nível de gravidade em relação à interação e comunicação. O diagnóstico é clínico, feito por indicadores, por meio de observações comportamentais e relatos quanto ao histórico do desenvolvimento, guiado por critérios universais e descritivos com base em teorias do desenvolvimento e das neurociências.

Já acerca do CID, ele diz que

O CID-11, publicado em 2018, mantém a terminologia (TEA) e as alterações realizadas no DSM-5, mas com redução dos subdomínios que embasam o diagnóstico”. [...] A linguagem funcional passa a ser central no diagnóstico em detrimento da

linguagem estruturada. Ao deslocar o transtorno de linguagem da CID-10 de F84 para F80, a linguagem pragmática da comunicação passa a ser o foco para o diagnóstico.

Tanto a classificação CID quanto a DSM, para FERNANDES, entendem o autismo dentro de um único espectro ou categoria, variando em níveis de gravidade, baseado na funcionalidade (DSM-5) ou em níveis de deficiência intelectual e linguagem funcional (CID-11). Ou seja, consideram um espectro, adotam também critérios cognitivos e de adaptação ao meio (funcionalidade/atividades da vida diária). Para o autor, a retirada do atraso de linguagem, por exemplo, como critério diagnóstico das versões mais recentes dessas classificações pode aumentar a sensibilidade do diagnóstico às crianças muito pequenas, favorecendo a agilidade no processo de análise do caso da criança. JENDREIECK entrevistou 8 profissionais da área da saúde acerca das dificuldades em se identificar o autismo em crianças com menos de 3 anos e dá destaque, novamente, ao DSM-V e ao CID-10, abordados anteriormente, pois os profissionais entrevistados atestaram a relevância do uso cotidiano dessas escalas em meio à avaliação clínica da criança.

Escalas de Rastreo: Foi citado no tópico 4 dessa revisão bibliográfica que há outras categorias de rastreo de sintomas que podem ser usadas como recursos acessórios na identificação de desvios do desenvolvimento infantil. Para rastreo até 36 meses o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) possui grande adesão no Brasil, principalmente nas consultas de enfermagem. Algumas outras escalas também validadas no Brasil são: escala de avaliação de traços autísticos (ATA) composta por 23 subescalas divididas em diferentes itens e a *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), que compreende quinze itens avaliados em escalonamento de sintomas o que permite verificar sua gravidade. CUCOLICCHIO et. al. abre definições para as escalas CARS (Childhood Autism Rating Scale) e ATA (Avaliação de Traços Autísticos e a relação entre elas. Essa pesquisa aplicou em 76 indivíduos com deficiência e mental e com atraso no desenvolvimento as escalas acima citadas. A escala ATA não é uma entrevista diagnóstica e sim uma prova estandarizada que dá o perfil de conduta da criança, embasada nos diferentes aspectos diagnósticos. Cada subescala possui valor de 0 a 2 e a soma das pontuações fornece o indicativo de traços autísticos. A CARS, por sua vez, apresenta 15 itens de análise e é utilizada especialmente para diferenciar atrasos no desenvolvimento de crianças sem autismo daquelas que possuem o TEA. Os pesquisadores consideraram a ATA sensível e de fácil aplicação não apenas quando comparada com a escala CARS, mas com a DSM também ao proporcionar suspeitas diagnósticas que são corroboradas por essas escalas. Assim, os Transtornos Invasivos de desenvolvimento contam com esse instrumento de avaliação de pacientes na composição de diagnósticos precisos.

Multidisciplinaridade: Sabe-se que o diagnóstico é clínico, baseado nos critérios do DSM-IV. Os exames de neuroimagem e neurofotologia e os estudos genéticos contribuem para o melhor entendimento da neurobiologia do autismo (SBP, 2019). JENDREIECK destacou que os profissionais frisaram a importância de se estabelecer o diagnóstico diferencial e multidisciplinar com fonoaudiólogos e oftalmologistas além de exames como ressonância magnética, tomografia computadorizada e eletroencefalograma para descartar também má formações no cérebro. VISANI e RABELLO destacaram que a clínica psiquiátrica, para além da pediátrica, possui protagonismo tanto no diagnóstico quanto no tratamento, em especial no âmbito dos CAPSi – modalidade especializada em fornecer auxílio psicossocial a infantes e adolescentes. SANTOS e colaboradores e PESSIN partem de uma perspectiva lacanianiana para traçar as contribuições da teoria psicanalítica na análise do quadro clínico do autismo, bem como no estabelecimento do diagnóstico. Ele cita, especificamente, que antes de haver uma classificação própria do autismo, ele era confundido como “demência precoce” ou como sintoma da esquizofrenia. Posteriormente, como descreve SANTOS, na década de 30, o autismo foi descrito como condição de uma patologia específica da infância. Muitos problemas na classificação do autismo decorreram do fato de que estudava-se, na época, as

manifestações autísticas como sendo análogas às manifestações esquizofrênicas. Os estudos de Asperger, em 1944, representaram, também, grandes avanços no conhecimento do espectro, mesmo que o autor tenha considerado o autismo – e mais especificamente o autismo-Asperger – como um “déficit compensatório”, sendo enquadrado num campo de estudos que relacionava a psicologia e a educação. SANTOS também deixa claro que a psicanálise opõe-se a uma leitura ancorada na concepção do autismo como déficit, mantendo uma preocupação que se estende à posição subjetiva. Apesar disso, há controvérsias, mesmo entre os psicanalistas lacanianos, sobre o enquadramento do autismo como clínico ou não, ou ser ou não uma psicose. Além disso, SANTOS critica o que ele chama de reducionismo da concepção das causas do autismo ao eu (inato) ou ao outro (ambiente).

diagnóstico em psicanálise é estabelecido frente ao estatuto do inconsciente — instância que permite a objetificação das realidades externa e interna, nas quais sua estrutura se configura como linguagem —, ele é postulado como uma interpretação do agente operador do saber psi. O diagnóstico, então, possibilita compreender como o sujeito se regula diante da transferência e apresenta-se como artifício do fazer científico, permitindo abordar, diante do enigma “autismo”, uma apreensão parcial de suas implicações na atualidade e principalmente fomentar o debate no campo psicopatológico.

É possível observar, portanto, que SANTOS trata da análise da concepção de eu/outro da criança como uma alternativa diagnóstica no campo da psiquiatria, bem como um recurso para observar e compreender a relação da criança com o mundo que a cerca e a relação dessa criança consigo mesma. Desse modo, o diagnóstico de autismo afirma a conceituação lacanianiana acerca da alteridade e permite subverter a dicotomia da causalidade psicopatológica. Em vista disso, o nascimento subjetivo não coincide com o biológico, mas permite ao sujeito inserir-se no campo da linguagem. Por fim, ele destaca que o diagnóstico não é universal nem particular. Ele não deve ser entendido como classificação ou inclusão do caso em uma cláusula genérica; deve ser tomado como reconstrução da forma de vida. Essa concepção, especificamente, amplia a maneira de se ver um diagnóstico e o processo que o cerca. Essa mesma linha de raciocínio é seguida por PESSIN, ao recomendar a compreensão da teoria de Lacan para que o profissional analise o contexto da criança tendo, também, uma base psicopatológica. Essa base auxilia no diagnóstico diferencial de outros transtornos. FERNANDES, de forma mais pragmática diz que se deve considerar a avaliação neuropsicológica, pois a literatura descreve perfis condizentes com TEA que envolvem alterações em Teoria da Mente no que diz respeito à falsa crença, aos domínios de funções executivas como memória de trabalho, ao controle inibitório e flexibilidade cognitiva, que variam de acordo com o grau de intensidade do Transtorno.

MACHADO expõe que, muitas vezes, é no fonoaudiólogo que crianças são encaminhadas a serviços pediátricos especializados em autismo, pois o sintoma mais perceptível pelos pais é o atraso na aquisição da linguagem. Além disso, encaminhar crianças com suspeita de TEA à avaliação fonoaudiológica é um possível recurso par avaliação conjunta – e não excludente – do médico pediatra, com vistas à redução do tempo de diagnóstico. Para PAVONE e RAFAELLI, a psicanálise os fenômenos não têm o mesmo valor de verdade que têm para as ciências empíricas, ou seja, o dado clínico não é o único critério de verdade para afirmar um diagnóstico ou o tratamento num viés psicanalítico. Essa percepção deriva da máxima de que “toda relação do sujeito com o mundo é mediada pela realidade psíquica”.

Há a separação de dois planos: o da fenomenologia, que descreve minuciosamente os signos e comportamentos da patologia e o da estrutura, que vem apontar a relação do sujeito com o Outro. Para a psicanálise os fenômenos (sejam eles falas, comportamentos, a motricidade, a percepção, a interpretação que alguém tem das coisas no mundo) estão condicionados pela estrutura que os antecede e determina, ou seja, se ordenam a partir do campo significante.

Por isso, o diagnóstico psicanalítico é estrutural e não fenomenológico, afinal a ausência de fala, comunicação ou percepções não são “o autismo em si”, mas consequências da relação da criança com o mundo (outro) e consigo mesma (eu).

uma alucinação, estereotípias, alterações na motricidade, maneirismos, ecolalias – o brincar e a pluralidade de discursos que a apresentam – a fala dos pais, dos profissionais, da criança.

Tabela acerca das literaturas utilizadas

Objetivo relacionado	Títulos dos trabalhos selecionados
Identificar as dificuldades em se diagnosticar de modo efetivo os casos de autismo.	<i>Desafios do diagnóstico</i> <i>Experiências dos pacientes com diagnóstico tardio</i> <i>Diagnóstico do autismo em crianças com outras condições no desenvolvimento</i> <i>Diagnóstico tardio em crianças com TDAH</i> <i>Descrição do processo de obtenção de um primeiro diagnóstico</i>
Buscar perspectivas de melhoria dos métodos de diagnóstico de casos indicativos de TEA entre as obras revisadas.	<i>Características de crianças com diagnóstico precoce versus diagnóstico tardio de transtorno do espectro autista</i> <i>Consequências positivas do diagnóstico precoce</i> <i>Consequências da melhoria diagnóstica e uma alternativa para realizá-la</i> <i>Efetividade do diagnóstico precoce</i> <i>Potencial biomarcador do autismo</i> <i>Potencial biomarcador do autismo</i> <i>Tempo entre percepção dos pais e diagnóstico</i>
Esclarecer a conduta do médico pediatra diante de tais casos para promover tanto a adesão ao tratamento quanto a eficiência dos métodos terapêuticos a serem empregados a partir da diagnose	<i>Escala diagnóstica em crianças de 12 a 18 meses</i> <i>Uso de escala diagnóstica para apoio clínico</i> <i>Diagnóstico diferencial</i> <i>Estabilidade do diagnóstico inicial</i> <i>Efeitos neuronais do autismo em casos de diagnóstico precoce. Achados neurológicos</i> <i>Situações clínicas que o diagnóstico de autismo é discutível</i> <i>Recomendações de conduta</i> <i>Escala diagnóstica tailandesa</i> <i>Diferenças diagnósticas de autismo entre sexo e idade</i> <i>Percepções dos pais sobre o desenvolvimento dos filhos aos 14 meses e apoio diagnóstico dessa percepção</i> <i>Vocabulário de crianças com perfil de TEA</i> <i>Efeito da intervenção preventiva precoce</i> <i>Diagnóstico diferencial e precoce na avaliação psicológica – multidisciplinaridade?</i> <i>Avaliação diagnóstica do bebê e criança</i> <i>Relação do diagnóstico do com o sexo biológico e marcos do desenvolvimento</i>

Fonte: autores, 2022

Diagnóstico Diferencial: Nesse tópico, merecem destaque os artigos “Surdez e transtornos do espectro do autismo: reflexões sobre a avaliação fonoaudiológica para o diagnóstico diferencial (MACHADO e colaboradores, 2016) e [...]”

MACHADO postula que “é recomendado que crianças sob investigação diagnóstica para TEA realizem avaliação audiológica completa para estabelecimento do diagnóstico diferencial entre um problema exclusivo de audição e TEA”. Nesse caso, destaca-se a multidisciplinaridade e a recorrência a otorrinolaringologistas como suporte diagnóstico necessário porque:

queixas em relação ao atraso no desenvolvimento da linguagem, ausência de resposta/orientação à fala, ausência de resposta da criança quando chamada pelo nome, utilização de um tom de voz aumentado são as que levam os pais e profissionais de saúde a questionarem as habilidades auditivas dessas crianças prioritariamente. Tais queixas, somadas às alterações perceptuais, de atenção e memória, tendem a ser, erroneamente, interpretadas como problemas exclusivos de audição.

Além disso, o artigo “Contribuições teóricas baseadas em Lacan para o diagnóstico diferencial do autismo e da psicose (PESSIN, 2013)” retoma a importância de se conhecer a teoria lacaniana para realizar o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo infantis a partir da constatação de problemas orgânicos. Assim, o afastamento de outras possibilidades como o Transtorno Obsessivo Compulsivo, Ansiedade ou Déficit de Atenção, visto que a rigidez na rotina, dificuldades comunicativas e hiperfoco também podem atingir em especial crianças mais velhas. É importante, ainda, estabelecer a diferenciação entre autismo e psicose infantil, segundo PAVONE e RAFAELLI. Essas autoras tecem uma crítica ao DSM por se tratar de uma escala que classifica as psicoses infantis como transtornos do desenvolvimento, não realizando, portanto, diferenciação entre elas e o autismo. O foco, portanto é a relação da criança com o que é denominado Outro, ou seja, os fenômenos – seja um atraso de fala,

As autoras concluem, por fim, que no tempo da infância nenhum diagnóstico pode ser definitivo, quando se assume a perspectiva psicanalítica. É importante ressaltar, por fim, que a psicose infantil é uma psicopatologia severa, comprometedor do desenvolvimento da criança em termos de linguagem, interação social, brincar, entre outros. Por mais que ela possa ser confundida com autismo, na perspectiva psicanalítica, a função materna e paterna tem um importante papel na estruturação do quadro psicótico, enquanto o autismo apresenta essa diferenciação, já que o contexto não é fator provocante do quadro, diferentemente dos casos das psicoses infantis. É levantada, ainda por PAVONI e RAFAELLI, a possibilidade de a causalidade do autismo ser puramente biológica e não contextual.

CONCLUSÃO

O contato com essas diferentes obras, que possuíam metodologias, perspectivas e assuntos diversos, ainda que unidas pelo mesmo tema, permitiu que fosse vislumbrada a amplitude dos elementos que compõe o diagnóstico eficiente de autismo. Nesse sentido, ficaram claros os principais detalhes aos quais o pediatra, em especial, deve estar atento ao avaliar um possível caso de autismo. Assim sendo, a evolução dos métodos diagnósticos permite que, na atualidade, ele seja efetivado em tempo hábil. Para além deles, no entanto, existe um contexto que permeia a criança de peculiaridades e a compreensão desse contexto é uma das maiores aliadas do médico no diagnóstico preciso e diferencial do autismo. Além disso, os recursos multidisciplinares tanto teóricos quanto profissionais são necessários à efetivação do diagnóstico e à minimização de possíveis erros no processo. Ficou claro, também, que conhecer os possíveis obstáculos a serem enfrentados na trajetória rumo à diagnose é essencial para que o médico esteja preparado para contorná-los e evitar mais complicações que atrasem a avaliação da criança. Para tanto, orientar a família sobre a melhor conduta durante esse período, bem como recorrer a profissionais de outras áreas foram indicativos muito repetidos nas obras analisadas, demonstrando que há, sim, um padrão de conduta médica que favorece o diagnóstico rápido e efetivo.

Destaca-se, por fim, o uso de escalas diagnósticas e de rastreio de sintomas como o maior aliado no espaço clínico em prol da compreensão do quadro do paciente e do encaminhamento a terapias e tratamentos adequados ao caso e ao grau do mesmo. A compreensão de cada um desses elementos por parte do médico pediatra, em especial, mostrou-se aliada da promoção do bem estar do paciente e da precisão e rapidez no diagnóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Leticia Eleutério; MONTEIRO, Bruno Massayuki Makimoto; SOUZA, José Carlos. Comparação da classificação dos transtornos do desenvolvimento infantil por meio do DSM-5, CID-10 e CID-11. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 10, p. e6579109058-e6579109058, 2020.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. 848 p.
- AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES MONITORING NETWORK (USA). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years. *In: CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Morbidity and Mortality Weekly Report*. [S. l.], 2016. Disponível em: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/ss/ss6904a1.htm?s_cid=ss6904a1_w. Acesso em: 14 nov. 2021.
- CÔRTEZ, Maria do Socorro Mendes; DE ALBUQUERQUE, Alessandra Rocha. CONTRIBUIÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: DE KANNER AO DSM-V. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 3, n. 7, p. 864-880, 2020.
- COUTO, Cirleine Costa et al. Experiências de professores com o autismo: impacto no diagnóstico precoce e na inclusão escolar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 21, 2019.
- CUCOLICCHIO, Simone et al. Correlação entre as escalas CARS e ATA no diagnóstico de Autismo. *Med. rehabil*, 2010.
- FERNANDES, Conceição Santos; TOMAZELLI, Jeane; GIRIANELLI, Vania Reis. Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. *Psicologia USP*, v. 31, 2020.
- GADIA, Carlos A.; TUCHMAN, Roberto; ROTTA, Newra T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *Jornal de pediatria*, v. 80, p. 83-94, 2004.
- HALPERN, Ricardo. MANUAL DE PEDIATRIA DO DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO. [S. l.: s. n.], 2014. 556 p.
- JENDREIECK, Céres. Dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde ao realizar diagnóstico precoce de autismo. *Psicologia argumento*, v. 32, n. 77, 2014.
- Kleinman et al. (2008) 'The Modified Checklist for Autism in Toddlers: a Follow-up Study Investigating the Early Detection of Autism Spectrum Disorders', *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38:827-839
- MACHADO, Fernanda Prada et al. Surdez e transtornos do espectro do autismo: Reflexões sobre a avaliação fonoaudiológica para o diagnóstico diferencial. *Distúrbios da Comunicação*, v. 28, n. 1, 2016.
- MANDELL, MORALLES, XIE, LAWER, STAHRMER, MARCUS. Age of Diagnosis Among Medicaid-Enrolled Children With Autism, 2001–2004. *Psychiatr Serv*. 2010;61(8):822–9
- MERLLETI, Cristina. Autismo em causa: historicidade diagnóstica, prática clínica e narrativas dos pais. *Psicologia USP*, v. 29, p. 146-151, 2018.
- NELSON. Tratado de Pediatria - Richard E. Behrman, Hal B. Jenson, Robert Kliegman. 19ª Edição. Elsevier. 2013
- ORTEGA, Francisco et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, p. 119-132, 2013.
- PAUL, J.; CRIADO, A. R. The art of writing literature review: What do we know and what do we need to know?. *International Business Review*, p. 101717, 2020.
- PAVONE, Sandra; RAFAELI, Yone Maria. Diagnóstico diferencial entre psicose e autismo: impasses do transitivismo e da constituição do outro. *Estilos da Clínica*, v. 16, n. 1, p. 32-51, 2011.
- PRESTES, Marga Aparecida. Diagnóstico de autismo na rede pública de ensino do DF: um estudo exploratório da situação atual. *BVS*, [s. l.], 2009. Disponível em: http://www.btdt.ucb.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1024. Acesso em: 28 nov. 2021.
- Robins, D. (2008) 'Screening for autism spectrum disorders in primary care settings', *Autism*, Vol 12(5) 481-500
- ROBINS, Diana. Hospital Pediátrico de Coimbra. *In: CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA - (Portugal). Unidade de Autismo. Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)*. [S. l.], 1999. Disponível em: https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT_Portuguese2.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.
- SANTOS, Igor Tomé Silva; MATTOS, Roberto Pires Calazans; ABREU, Douglas Nunes. Diagnóstico de autismo: contribuições da teoria psicanalítica. *aSEPHallus*, p. 129-147, 2021.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (Brasil). Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Transtorno do Espectro do Autismo – Manual de Orientação. [S. l.: s. n.], 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21775d-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo__2_.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.
- TRANFIELD, David; DENYER, David; SMART, Palminder. Towards a methodology for developing evidence-informed management knowledge by means of systematic review. *British Journal of Management*, v. 14, n. 3, p. 207-222, 2003
- VISANI, Paola; RABELLO, Silvana. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 15, p. 293-308, 2012.
- ZANON, Regina Basso; BACKES, Bárbara; BOSA, Cleonice Alves. Diagnóstico do autismo: relação entre fatores contextuais, familiares e da criança. *Psicologia: teoria e prática*, v. 19, n. 1, p. 152-163, 2017.
