CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO

CURSO DE ENFERMAGEM

ARACELIS MARIA ROCHA BASSO

VANDERLEIA DIAS DA CRUZ

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM TRANSTORNO ESPECTRO AUTISTA (TEA), NO INTERIOR DO PARANÁ

Campo Mourão, PR

2022

ARACELIS MARIA ROCHA BASSO

VANDERLEIA DIAS DA CRUZ

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM TRANSTORNO ESPECTRO AUTISTA (TEA), NO INTERIOR DO PARANÁ

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de graduação em enfermagem do Centro Universitário, como requisito para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientadora: Professora Ms. Camila Pawelski

Campo Mourão, PR

2022

**SUMÁRIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | INTRODUÇÃO................................................................................................. | 5 |
| 2 | MÉTODO......................................................................................................... | 6 |
| 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES.................................................................... | 7 |
| 4 | CONCLUSÃO.................................................................................................. | 15 |
|  | REFERÊNCIAS............................................................................................... | 16 |

# Perfil epidemiológico de pacientes com transtorno espectro autista (TEA), no interior do Paraná

**Epidemiological profile of patients with autistic spectrum disorder (ASD), in the interior of Paraná**

Aracelis Maria Rocha Basso, Centro Universitário Integrado, Brasil, aracelis.basso@gmail.com - https://orcid.org/0000-0003-0555-9076

Camila Pawelski, Centro Universitário Integrado, Brasil, camila.pwk@gmail.com,

https://orcid.org/0000-0002-5131-8663

Vanderleia Dias da Cruz, Centro Universitário Integrado, Brasil, kalstore@yahoo.com.br - https://orcid.org/0000-0003-4115-9651

**Resumo**

O Transtorno Espectro autista tem aumentado a incidência em todo o mundo, merecendo elucidação quanto a clínica e terapêutica deste. Tem como objetivo geral caracterizar os pacientes com diagnóstico de Transtorno Espectro Autista (TEA), encaminhados a APAE de Campo Mourão. Para isso será realizado um estudo transversal, descritivo, com uma abordagem quantitativa, baseada nas informações presentes documentos secundários. O perfil epidemiológico de TEA no noroeste do Paraná é caracterizado por 82,8 % do sexo masculino e 17,2 % do sexo feminino onde foi evidenciado a idade de diagnostico com maior índice em 24 meses de idade com 20,3 % tendo uma prevalência maior de diagnósticos antes da pandemia com 57 %, sendo que 73,4% não apresentam nenhuma comorbidade associada. Dos 128 casos apenas 17,2 teve origem de encaminhamento da saúde. Esta pesquisa nos mostra o perfil epidemiológico do TEA no Noroeste do Paraná suas características, comorbidades e medicamentos utilizados por eles.

**Palavras chaves**: Transtorno. Autistico. Diagnósticos. Enfermagem.

**Abstract**

The Autism Spectrum Disorder has increased incidence worldwide, deserving elucidation as to its clinical and therapeutics. Its general objective is to characterize patients diagnosed with Autistic Spectrum Disorder (ASD), referred to APAE in Campo Mourão. For this, a cross-sectional, descriptive study will be carried out, with a quantitative approach, based on the information present in secondary documents. The epidemiological profile of ASD in the northwest of Paraná is characterized by 82.8% of males and 17.2% of females, where the age of diagnosis with the highest index in 24 months of age was evidenced, with 20.3% having a prevalence highest number of diagnoses before the pandemic with 57%, with 73.4% having no associated comorbidity. Of the 128 cases, only 17.2 originated from health referrals. This research shows us the epidemiological profile of ASD in the Northwest of Paraná, its characteristics, comorbidities and medications used by them.

**Keywords**: Disorder. Autistic. Diagnostics. Nursing.

# 1. INTRODUÇÃO

O transtorno do Espectro Autista (TEA), compreende-se a um transtorno do neurodesenvolvimento, segundo o DSM-5 (Manual Diagnósticos e Estatístico de Transtornos Mentais). (1) São as manifestações comportamentais acompanhadas de déficits de comunicação e interação social, comportamentos repetitivos e estereotipados envolvendo alterações nas áreas de socialização, comunicação e cognição.

Desencadeando alteração das funções neurológicas, que não se desenvolvem como deveriam. Tratando-se de uma condição complexa, com muitos fatores que podem contribuir para o risco (2).

As primeiras descrições do autismo foram realizadas nos anos de 1940, por Leo Kanner, onde publicou em 1943 o artigo “Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)’’ Kanner descreveu sobre 11 crianças, cujo distúrbio patognomônico seria a “incapacidade de se relacionarem de maneira normal com pessoas e situações, desde o princípio de suas vidas” (3, 4)

Estima-se que 01 a cada 58 nascidos vivos possam apresentar TEA, com maior incidência no sexo masculino. Contudo, no Brasil em 2018, estima-se que cerca de 2 milhões de pessoas tinham TEA, considerando uma população de 209,3 milhões (3, 5).

O diagnóstico do TEA melhora o prognóstico, visto que o ideal seria diagnosticar nos 3 primeiros anos de vida em razão da capacidade do cérebro de receber novas informações, tendo maior facilidade nesta fase da vida (1).

A neuroplasticidade significa a possibilidade de desenvolver e aperfeiçoar as habilidades as quais o autista vai adquirindo por meio de experiências no seu dia a dia. (Autismo perspectivas atuais de detecção e intervenção clínica). (6)

Dentre os profissionais envolvidos na assistência à saúde à criança com TEA, o enfermeiro é o que tem maior contato com esse paciente visto que desempenha um papel nos procedimentos de triagem designados para identificar e avaliar o desenvolvimento da criança através da puericultura (7). Por outro, a enfermagem ainda aparece de forma muito tímida no atendimento e tratamento de pacientes com TEA, em parte, devido à falta de conhecimento do transtorno pelos profissionais (8).

Embora o diagnóstico de TEA seja baseado em achados clínicos, compreendendo que não há exames laboratoriais ou de imagens que possam detectar seu aparecimento. Ao realizar consultas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, durante a puericultura, o enfermeiro possui grande relevância no diagnóstico do autismo. Com isso torna-se imprescindível que este profissional tenha conhecimento para identificação do sofrimento psíquico no 1.**º**

ano de vida a partir das demandas do bebê. (9, 10).

Para que haja um diagnóstico real e precoce, é necessário um cenário de discussão sobre a temática de pessoas com TEA. Para elucidar as características que a pessoa com TEA apresenta, principalmente durante a nos primeiros anos de vida, onde o enfermeiro pode ser o principal elo entre a criança, os pais e a equipe multidisciplinar (11).

Este profissional auxilia como mediador entre a família e outros profissionais da saúde, encaminhando-os a uma equipe multiprofissional, conseguindo assim melhorar a assistência e criar um vínculo de confiança com a família e o indivíduo com TEA (12).

Este trabalho tem por objetivo caracterizar os pacientes com diagnóstico de TEA, encaminhados a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Campo Mourão.

# 2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, descritivo, com uma abordagem quantitativa, sendo analisados 218 prontuários de pacientes com diagnóstico de TEA atendidos na APAE de Campo Mourão, Paraná.

O estudo foi realizado no período de setembro de 2022 a outubro de 2022, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa e seguir as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. 466/12) do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer CAAE 63262722.0.0000.0092.

Foram incluídos na pesquisa todos os atendimentos realizados no serviço até setembro, levantando as informações em prontuários, correspondentes aos pacientes diagnosticados com TEA, sendo que os serviços específicos para esse diagnóstico se iniciaram em 2018.

As informações obtidas foram organizadas em banco de dados e submetidas à análise estatística descritiva, as variáveis foram organizadas em gênero, idade, medicações em uso, setor que encaminhou o paciente para o atendimento, comorbidades e idade de diagnóstico. Depois foram separados em subgrupos, referentes as variáveis, quanto ao perfil epidemiológico dos pacientes, itinerário terapêutico até o diagnóstico e dados de diagnóstico/terapêutica.

Para a criação de um banco de dados e elaboração das tabelas, os pesquisadores utilizaram os programas Excel e Microsoft Word 2016 e após discussão com literatura pertinente.

# 3. RESULTADO E DISCUSSÃO

Verificou-se que o gênero masculino é predominante, com 82,8%, enquanto o feminino apresenta 17,2% (Tabela 01), dados convergentes com a literatura. Estima-se que 1 em cada 58 nascidos vivos, tenham o diagnóstico de TEA e que dentre os diagnosticados, o sexo masculino apresenta-se com maior incidência (4). Mundialmente o diagnóstico de TEA é estimada quatro vezes mais comum em meninos. (13)

Quando se levanta dados referentes a faixa etária, a maioria apresenta-se com mais de 110 meses, ou seja, mais de 9 anos de idade (Tabela 01). Discute-se que no Brasil, com uma população média de 209,3 milhões, em 2018, estimava-se que aproximadamente 2 milhões de pessoas tinham autismo (2). A prevalência de pessoas com TEA tem aumentado nos últimos anos, em 2004, o número publicado pelo Centro de Controle de Doenças e Prevenção dos EUA (CDC), era que 1 em 166 pessoas, com diagnóstico de TEA, enquanto que em 2012, o número passou para 1 caso para 88 pessoas, em 2018, com um número de 1 caso para 59 pessoas, e na última publicação em 2020, a prevalência é de 1 caso para 54 pessoas.

Quando separados em número de comorbidades associadas a TEA (nenhuma comorbidade, com uma e duas ou mais) os dados levantados foram 73, %, 14,1% e 12,5%, respectivamente, ou seja, a maioria dos casos não apresentam comorbidades associadas, conforme mostra a tabela a seguir.

Tabela 1 – Caracterização do perfil epidemiológico de TEA na APAE de Campo Mourão- PR.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Variáveis | N | % |
| Sexo |
| Feminino | 22 | 17,2 |
| Masculino | 106 | 82,8 |
| Total | 128 | 100,0 |
| Faixa etária |
| < 6 meses | 0 | 0,0 |
| 6 a 12 meses | 0 | 0,0 |
| 13 a 18 meses | 0 | 0,00 |
| 19 a 24 meses | 9 | 7,0 |
| 25 a 36 meses | 17 | 13,3 |
| 37 a 48 meses | 20 | 15,6 |
| 49 a 60 meses | 33 | 17,2 |
| 61 a 72 meses | 9 | 7,0 |
| 73 a 84 meses | 7 | 5,5 |
| 85 a 96 meses | 5 | 3,9 |
| 97 a 109 meses | 6 | 4,7 |
| > 110 meses | 33 | 25,8 |
| Total | 128 | 100,0 |
| Comorbidades |
| Nenhuma | 94 | 73,4 |
| Uma | 18 | 14,1 |
| Duas ou mais | 16 | 12,5 |
| Total | 128 | 100,0 |

Conforme apresenta-se na Tabela 02, o Déficit intelectual (DI) e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDHA), são as comorbidades de maior prevalência, quando considera-se apenas uma comorbidade e associadas ao TEA, com 35,3% e 23,5%, respectivamente. Quando considera-se associação de mais de uma comorbidade, o TDHA e ASPERGER são os mais frequentes, com 43,8%, seguido por Transtorno Obsessivo Desafiador (TOD) e TDHA, com 37,5%. (12).

Ênfase a nova classificação na CID-11 (classificação internacional de doença) DE 2019 na qual os diagnósticos de autismo passam a fazer parte dos transtornos do espectro autista (6A02) e assim como na DSM-5, o termo síndrome de Asperger passa a não ser mais utilizado pois passa a fazer parte de um mesmo espectro que varia em relação a frequência e intensidade de algumas características. (15)

Em relação a prevalência de comorbidades psiquiátricas em pacientes com TEA, há evidências sugestivas da ocorrência de 70% e de 50% para múltiplas doenças da saúde mental, como TDAH. Essa alta prevalência, pode ser explicada tanto por mecanismos fisiopatológicos semelhantes entre os distúrbios quanto pela sobreposição de sintomas e influências do meio externo. Entre as doenças psiquiátricas mais comumente associadas ao TEA, se cita a ansiedade, depressão, transtorno do humor bipolar, déficit intelectual, transtorno obsessivo-compulsivo e esquizofrenia. (14)

O TEA e o déficit intelectual compartilham alguns aspectos, como o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, problemas de linguagem e presença de influências genéticas. Esses aspectos em comum podem dificultar a identificação e diferenciação entre as enfermidades bem como gerar mecanismos agravantes entre elas. De acordo com Teague (16), a presença de déficit intelectual em pacientes com TEA está associada a maior ocorrência e persistência de problemas emocionais e comportamentais em indivíduos no espectro autista. Dentro desses problemas, Farmer (17), relatam presença comum de heteroagressão, apesar desta ser mais reportada em indivíduos com TEA isolado. (18)

Além do diagnóstico diferencial, também é necessário identificar condições coexistentes com o TEA, a condição que mais frequentemente coexiste com o autismo é o DI que está presente em vários graus de gravidade em aproximadamente 60-75 % das crianças com TEA (19,20).

Existem também, casos nos quais quadros de TEA foram identificados como coexistentes em indivíduos com síndrome de Down, paralisia cerebral e síndrome de Tourette, bem como deficiências visuais e auditivas (18). Quadros de transtornos depressivos e de ansiedade, também são comuns em adolescentes e adultos com TEA de alto funcionamento cognitivo (22).

Condições concomitantes podem aparecer a qualquer momento, durante o desenvolvimento de uma criança; alguns podem não aparecer ou aparecer mais tarde na adolescência ou na idade adulta. Às vezes, essas condições têm sintomas que afetam o funcionamento das terapias e apoios do TEA, portanto, é importante identificar e diagnosticar as condições e tratá-las separadamente. (23)

Crianças com TEA têm maior número de alterações cromossômicas, e com isso, maiores chances de terem outros transtornos associados. Segundo o DSM V, (2013) cerca de 70% das pessoas com TEA têm alguma doença coexistente, e 40% dos indivíduos podem ter dois ou mais transtornos associados.

A comorbidade refere-se à existência de uma relação entre condições na mesma pessoa ao mesmo tempo, ou seja, a mesma pessoa tem múltiplos diagnósticos ou

tem diferentes condições clínicas. O autismo pode ser comórbido ou mesmo comórbido com outros transtornos neuropsiquiátricos ou do neurodesenvolvimento.

De qualquer forma, a associação de tais condições exacerba a doença, ou seja, um conjunto de genes compartilhados entre o autismo e outros distúrbios neurológicos e psiquiátricos como a esquizofrenia, a epilepsia e a deficiência intelectual. Não é coincidência que muitas vezes, se apresentem juntas, a deficiência intelectual é a comorbidade mais comum, atingindo cerca de 50% a 70% dos indivíduos com autismo, e cerca de 10% apresentam epilepsia.

Pesquisas desenvolvidas por Moreira (12) apontam que, dentre as comorbidades psiquiátricas mais comuns, se encontram: a ansiedade, presente em cerca de 42% a 56% dos indivíduos com TEA; a depressão, em cerca de 12% a 75%; o transtorno obsessivo-compulsivo, em 7% a 24%; o Transtorno Opositor – Desafiador (TOD), surge em 16% a 28%; o Abuso de substâncias psicoativas, em menos de 16%; e os Transtornos alimentares, em 4%. Sendo que, além disso, cerca 45% dos indivíduos diagnosticados com TEA apresentam déficit no desenvolvimento intelectual.

A mesma autora ainda expõe que aproximadamente 70% dos sujeitos com TEA apresentam também algum nível de perturbação mental, e que 40% deles pode ter duas ou mais comorbidades. Em contraste, a deficiência intelectual (DI) é a comorbidade mais comum encontrada na pesquisa de campo aqui examinada.

Quanto às medicações utilizadas, a risperidona antipsicótico de 2ª geração, apresentou-se com maior porcentagem com 6,3%, sendo que dos 128 casos, 8 utilizam risperidona, enquanto canabidiol, aripiprazol, neuleptil, haldol e fenobarbital apenas 0,8% dos casos utilizam. A maioria dos casos seguem sem terapêutica medicamentosa/sem informação em prontuário, cerca de 112 pacientes (87,5%) (Tabela 02).

As evidências científicas, demonstram que não há uma medicação específica para o autismo, mas medicações que auxiliam nos sintomas específicos, sintomas que perturbem a funcionalidade da vida diária, tais como insônia, agressividade, agitação, entre outros, podem ser medicados (24).

Tabela 2 – Variáveis de comorbidades e terapêutica de Transtorno Espectro Autista (TEA) na APAE de Campo Mourão – PR.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Variáveis** | **N** | **%** |
| **Comorbidades/Doenças pregressas** |
| Meningite | 1 | 5,9 |
| Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) | 4 | 23,5 |
| Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) | 0 | 0,0 |
| Transtorno de Conduta (TC) | 0 | 0,0 |
| Albinismo | 1 | 5,9 |
| Déficit Intelectual (DI) | 6 | 35,3 |
| Má Formação Cerebral | 1 | 5,9 |
| Epilepsia | 1 | 5,9 |
| Transtorno Alimentar | 1 | 5,9 |
| Deficiência visual | 1 | 5,9 |
| Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) | 1 | 5,9 |
| Septo pelúcido | 1 | 5,9 |
| Total | 18 | 105,9 |
| **Associação de comorbidades** |  |  |
| Transtorno Obsessivo Desafiador (TOD) e TDHA | 6 | 37,5 |
| TDHA, TOC e TC | 1 | 6,3 |
| DA e Hiperatividade | 1 | 6,3 |
| TDHA E ASPERGER | 7 | 43,8 |
| Dislexia e TDHA | 1 | 6,3 |
| Total | 16 | 100,0 |
| **Medicações em uso** |  |  |
| Rispiridona | 8 | 6,3 |
| Canabidiol | 1 | 0,8 |
| Aripiprazol | 1 | 0,8 |
| Neuleptil | 1 | 0,8 |
| Haldol | 1 | 0,8 |
| Fenobarbital | 1 | 0,8 |
| Rispiridona e Canabidiol | 2 | 1,6 |
| Fluoxetina e Rispiridona | 1 | 0,8 |
| Sem informações em prontuário/Sem uso de medicações | 112 | 87,5 |
| Total | 128 | 100,0 |

Canabidiol pode ser eficaz como monoterapia ou tratamento adjuvante em algumas das comorbidades mais comuns do portador de autismo, como distúrbios do sono, TDAH, ansiedade e convulsões. O nível de evidência ainda é muito baixo com relação aos efeitos em outras comorbidades, tais como psicose, comportamento aditivo, distúrbios cognitivos ou do humor e agressividade. (25)

A ação do canabidiol tem interação natural com esses neurotransmissores, ou seja, eles não buscam a interrupção, mas sim o equilíbrio da função dos neurotransmissores. Dessa forma, consegue-se melhor controlar efeitos colaterais indesejados, como a inquietação excessiva. (25)

Crianças com TEA, muitas vezes têm problemas comportamentais, que incluem hiperatividade, dificuldade em prestar e/ou manter a atenção, atenção hiperseletiva (por exemplo, tendência a prestar mais atenção nas partes X e detalhes do que no todo) e impulsividade, bem como comportamentos agressivos, autodestrutivos, perturbadores e destrutivos.

Alguns desses comportamentos podem facilmente ser negligenciados, especialmente em crianças pequenas, por apresentarem uma baixa tolerância, enfrentamentos, sendo comum queixas como se jogar no chão, berrar, choramingar, bater na cabeça, morder a si mesmo, bater nos outros, etc., que dificulta o diagnóstico precoce e o itinerário terapêutico adequado desse paciente (20;27,22).

Comenta-se que a associação de comorbidades deve ser avaliada constantemente, pois segundo os estudos tais condições concomitantes, podem se desenvolver em qualquer faixa etária, ou seja, podem aparecer em qualquer momento da infância ou vida adulta, a identificação de comorbidades é de extrema importância, para que sejam tratadas concomitantemente. Quase três quartos das crianças autistas, também têm outra condição médica ou psiquiátrica, recebendo a denominação de condições concomitantes. (22)

Os reflexos sensoriais e cognitivos podem incluir sensibilidade excessiva ou baixa à audição, visão, tato, olfato e paladar, resultando em limiares de dor física e medo de estímulos exagerados, que são considerados inofensivos. Assim, é comum observar crianças com TEA tapando os ouvidos e chorando ao ouvir sons triviais, como pressionar a testa ao seu lado (21,28,22).

Também é comum que crianças com TEA, sejam fascinadas por certos estímulos visuais, como luzes piscantes e reflexos, e tenham certas aversões ou tendências por certos gostos, cheiros e texturas, como recusar-se a tocar ou ficar fascinado por certas texturas, lambendo ou mesmo comendo indiscriminadamente coisas dessa textura, mesmo que não sejam comestíveis, etc. (21,27,22).

Considerando a importância do diagnóstico oportuno, levantou-se essa variável, confirmando que 53,9% dos pacientes receberam diagnóstico antes dos 36 meses, sendo que 47,1% receberam o diagnóstico após essa idade, o que interfere no prognóstico e inserção desse indivíduo nas terapias de suporte. E ainda, dos que receberam diagnóstico acima de 3 anos, 5,4% foram acima de 10 anos. Importante citar, que 20,3% não houve levantamento desse dado por não conter a informação em prontuário. No entanto, quanto mais cedo se inicia uma propedêutica singular para cada criança mais as chances de desenvolvimento. (Tabela 03).

A identificação de que algo não vai bem aos 12 meses ou até 36 meses está mais favorecida devido o desenvolvimento da criança com a fala, deambular. Associação com familiares. Qualquer alteração em um desses domínios acende um alerta. Essas alterações podem ser percebidas pelo familiar, por cuidadores que passam mais tempo com a criança como também é comum a família similar o desenvolvimento da criança com outras crianças da mesma faixa de idade. (29)

A identificação de sofrimento psíquico favorece ainda, a capacidade do nosso cérebro em absorver novas informações e comandos, quando trabalhadas no bebê nas terapias individuais, aumentam as chances de adaptação terapêutica,

compreendendo que quanto mais cedo se inicia, melhores resultados e um adulto mais independente no futuro resultará, acarretando em menores prejuízo na integração no meio comum (2).

Qualquer plano de intervenção deve conter objetivos, ou seja, metas que as crianças precisam alcançar, deve -se ser baseado em déficits individuais, avaliados e planejados para desenvolver habilidades funcionais para a vida da criança. Essa intervenção deve ser feita na clínica especializada, escola e no domicilio da criança, incluindo todas as pessoas do convívio, que necessitam de orientações especificas (2).

O planejamento das terapias envolve a equipe multidisciplinar que desenvolvem atividades para tratar vários comportamentos, problemas sensoriais, distúrbios específicos, problemas de comunicação e melhora da interação social (2)

Quando levantado o itinerário para diagnóstico, verifica-se que 51,6% tiveram acesso a instituição por demanda espontânea, 10,9% pelo encaminhamento da educação, 17,2% pela saúde e 20,3% não tinham essa informação em prontuário (Tabela 03). Dados que reforçam a importância da saúde e educação no encaminhamento e a capacitação continua desses setores, compreendendo que a ambos tem contato relevante com o desenvolvimento neuropsicomotor e que a identificação é extremamente necessária para melhora da evolução dos indivíduos.

Quando se trata de uma demanda espontânea, é uma dúvida ou uma percepção da família devido a convivência diária da criança com os membros da família, é mais evidenciado que a procura por esclarecimentos devidos ao comportamento da criança parta da própria família, principalmente das mães. Quando essa mera desconfiança se torna um diagnóstico de TEA, é crucial a forma como será conduzida essa informação e o profissional de saúde deve estar preparado para esclarecimentos de muitas dúvidas e apoio a propedêutica.

A aceitação familiar nem sempre acontece de imediato, o que é considerando normal, levando um tempo até a aceitação, e o entendimento da doença para que comece a buscar por um tratamento. Esse tempo deve ser considerado como um tempo de luto, passando esse tempo e acetando o diagnostico começa outra grande dificuldade, o medo e insegurança do cuidado, como cuidar e proporcionar uma qualidade de vida a essa criança, sendo de extrema importância a abordagem dos profissionais envolvidos e a humanização em todo o processo terapêutico Santos (27), afirma que a escola tem papel importante na investigação diagnóstica, uma vez que é o primeiro lugar de interação social da criança separada de seus familiares. É onde a criança vai ter maior dificuldade em se adaptar às regras sociais - o que é muito difícil para um autista. A escola recebe uma criança com dificuldades em se relacionar, seguir regras sociais e se adaptar ao novo ambiente, comportamento que é logo confundido com falta de educação e falta de limites.

E por falta de conhecimento, alguns profissionais podem não saber reconhecer e identificar as características de uma criança com TEA, principalmente os de alto funcionamento, com grau baixo de comprometimento. Os profissionais da educação precisam ser preparados para trabalhar com crianças com TEA, e a procura e acesso de bibliografias apropriadas pode dificultar o acesso às informações nessa área. (29).

No entanto, a demanda espontânea nos instiga a melhoria do fluxo para triagem e o atendimento dos pacientes com necessidades de avaliações por equipe multidisciplinar no SUS do munícipio de Campo Mourão- Paraná.

Também, o tempo de estudo teve a interferência da Pandemia pela COVID-19, compreende-se que o levantamento de dados sobre o diagnóstico pré e pós pandemia, se fazem necessários para compreender a interferência desse cenário, entendendo que de há data de diagnóstico a partir de 2005. Levantando-se que 57% ocorreram no período pré pandêmico e 43% no período pós pandêmico, sendo necessário maior período de estudo e analises de relação quando a esse dado.

Tabela 3 – Idade e Origem do encaminhamento de Transtorno Espectro Autista (TEA) na APAE de Campo Mourão – PR.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Variáveis** | **N** | **%** |
| **Idade de diagnóstico** |
| 5 meses | 1 | 0,8 |
| 12 meses | 20 | 15,6 |
| 24 meses | 26 | 20,3 |
| 36 meses | 22 | 17,2 |
| 4 anos | 11 | 8,6 |
| 5 anos | 4 | 3,1 |
| 6 anos | 1 | 0,8 |
| 7 anos | 3 | 2,3 |
| 8 anos | 4 | 3,1 |
| 9 anos | 3 | 2,3 |
| 10 anos | 3 | 2,3 |
| acima de 10 anos | 4 | 3,1 |
| Sem informação | 26 | 20,3 |
| Total | 128 | 100,0 |
| **Origem do encaminhamento** |
| Demanda espontânea | 66 | 51,6 |
| Educação | 14 | 10,9 |
| Saúde | 22 | 17,2 |
| Sem informação | 26 | 20,3 |
| Total | 128 | 100,0 |
| **Período de diagnóstico** |
| Antes da pandemia | 73 | 57,0 |
| Pós pandemia | 55 | 43,0 |
| Total | 128 | 100,0 |

Considera-se que a pandemia afetou diretamente a saúde mental mundial, especialmente nas pessoas com diagnostico de TEA, por não ser possível a continuidade das rotinas, tratamento e havendo inclusive uma piora no quadro e atraso no tratamento. (31)

Em termos de comportamento, a grande maioria das famílias achou os filhos desconfortáveis em casa e pediam para sair. Uma mudança na rotina costuma causar ansiedade e desconforto em crianças com TEA. Também constataram que seus filhos vivenciaram uma mudança de comportamento, 68,6 % consideram a mudança negativa. A pessoa autista enfrenta diferentes desafios na comunicação social, comportamento e funcionamento adaptativo ao longo de sua vida. A gravitação dessas dificuldades varia de pessoa para pessoa e cria uma situação heterogênea que requer diferentes modos de intervenção. (32)

Dentre os profissionais envolvidos na assistência à saúde à criança TEA, o enfermeiro na puericultura e na sala de vacinas é o que tem maior contato com esse paciente visto que desempenha um papel nos procedimentos de triagem designados para identificar e avaliar o desenvolvimento da criança através da puericultura. (7). Em contrapartida, a enfermagem ainda aparece de forma muito tímida no atendimento e tratamento de TEA, em parte, devido à falta de conhecimento da patologia pelos profissionais e a compreensão de estratégias de identificação de sinais e sintomas (8,22).

Observa-se um número maior de publicações científicas referentes ao autismo a partir do ano de 2002, por profissionais da medicina, notando a ausência do profissional de enfermagem para contribuir no rastreio dos sinais (33,34).

Compreende-se que os primeiros sinais aparecem nos primeiros meses de vida como: dificuldade de manter contato visual e gestual, hipersensibilidade, ecolalia, movimentos repetitivos e estereotipados, hiperatividades, irritabilidade, isolamento social e dificuldade de saírem da rotina. Para tanto, o enfermeiro deve estar atento e assim buscar formas e meios de estabelecer uma inter-relação que transmita confiança a família e segurança a esta criança.

O ministério da saúde preconiza durante a consulta de enfermagem alguns instrumentos para rastreamento de indicadores clínicos das alterações do desenvolvimento que sinaliza disfunções para o transtorno como: IRDI (indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento, 2009) e o m- chat (modifed checklist for autismo in toddlers,2001), (35)

O diagnóstico do TEA, é apenas clínico, ainda não há exames laboratoriais ou de imagens que possam detectar seu aparecimento. Ao realizar consultas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, durante a puericultura, o enfermeiro possui grande relevância no diagnóstico do autismo. Com isso, torna-se imprescindível que este profissional tenha conhecimento para identificar a presença de sinais de sofrimento psíquico através do comportamento e as características do portador (9,10).

Para que haja um diagnóstico, é necessário um cenário de discussão sobre a temática da assistência de enfermagem a pessoas com autismo. Face ao exposto o profissional deve saber sobre as características que a criança austitica apresenta, principalmente durante a puericultura, onde o enfermeiro é o principal elo entre a criança, os pais e a equipe multidisciplinar (11).

Este profissional servirá de mediador entre a família e outros profissionais da saúde, encaminhando-os a uma equipe multiprofissional, conseguindo assim melhor assistência e criando um vínculo de confiança com a família e o autista (melo al., 2016). O enfermeiro pode apresentar dificuldades na identificação do TEA, visto que possui uma variedade de sinais e sintomas com diferentes manifestações (36;34).

O acolhimento do indivíduo com TEA e da família, deve ser constituído de uma escuta qualificada, onde os pais fala sobre suas experiências e o enfermeiro viabiliza orientações e soluções. Diante disto é a partir do acolhimento, a realização da consulta de enfermagem e da coleta de dados, o enfermeiro identifica possíveis diagnósticos (5).

Por todo o contexto, é de suma importância que a equipe de enfermagem tenha conhecimento dos sinais. Esses profissionais estão à frente dos cuidados das crianças, fazendo atendimento mensais de puericultura, nessas consultas de rotina, com um atendimento cuidadoso e relacionando o desenvolvimento com os padrões esperados em relação a idade é possível observar desde pequenas alterações de desenvolvimento (11).

O enfermeiro, como membro da equipe multiprofissional, compartilha a responsabilidade por esse acompanhamento e deve estar disposto a avaliar o desenvolvimento da criança e identificar anormalidades e tomar ações consistentes para melhorar a qualidade de vida, principalmente a qualidade de vida das crianças com TEA e suas famílias. (37)

Podem intervir através do aconselhamento familiar. Mentoria de professores e revitalização da comunidade apoio do cuidador ações para promover e proteger os direitos humanos de crianças e famílias acompanhamento no retorno ao normal. E outras regras de encaminhamento de serviço. (39)

É fundamental ter competências para saber avaliar essas famílias para que a intervenção vá no sentido de apoiar a família / cuidador, bem como indicar estratégias para minimizar o impacto dos transtornos autistas na vida familiar. A enfermagem tem um papel crucial nessas intervenções. (39).

# 4. CONCLUSÃO

O presente trabalho possibilitou uma análise do perfil epidemiológico de pacientes com transtorno espectro autista (TEA) no Município de Campo Mourão, paraná, de forma a mapear o perfil dos clientes que são acompanhados pela APAE. A análise colabora com a literatura, quando a maior incidência no gênero masculino, com maior apresentação de comorbidades como o DI e TDHA.

Conclui-se que embora a saúde e a educação sejam de suma importância para o diagnóstico, eles encaminharam menos do que a demanda espontânea. Levantando a importância de capacitações, fluxo de processo para o encaminhamento e interação familiar, para que o diagnóstico ocorra, favorecendo

# REFERENCIAS

|  |  |
| --- | --- |
| (1) | MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS[recurso eletrônico]: **DSM-5 /American Psychiatric Association**; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento.et al.; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014 |
| (2) | GAIATO, M. S.O.S. **Guia completo para entender o transtorno do espectro autista**. 4. ed. São Paulo: NVERSOS, 2018. |
| (3) | BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias no sistema único de saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao>\_pessoas\_transtorno.pd. |
| (4) | PINTO, R.N.M. et al. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. **Revista gaúcha de enfermagem**. 2016, set. 37(3): e6 1572. Disponível em: https://[www.seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/](http://www.seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/) 61572/ 38763. Acesso em: 2022. |
| (5) | MAIA, F.A. Importância do acolhimento de pais que tiveram diagnóstico do transtorno do espectro do autismo de um filho. **Cad. saúde colet**. 24 (2) • Apr-Jun 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1590/1414-](https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020282) [462X201600020282](https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020282). Acesso em: 2022, |
| (6) | WANDERLEY, D.; CATÃO, I.; PARLATO-OLIVEIRA, E. (Orgs.) **Autismo:****perspectivas atuais de detecção e intervenção clínica**. São Paulo: Instituto Langage, 2018 |
| (7) | BRAGA, PCBB, RUSSO, F.B. **Projeto**: geração de células pluripotentes induzidas de pacientes com transtorno autista. Bolsa de Doutorado.Universidade de São Paulo - USP; 2018. |

|  |  |
| --- | --- |
| (8) | HOFZMANN, R.R, et al. Experiência dos familiares no convívio de crianças com transtorno do espectro autista (TEA). **Enferm. Foco 2019**; 10 (2): 64-69. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio- 1015984. Acesso em: 2022. |
| (9) | CAVALCANTE, A. S., ALVES, N. A.; ALMEIDA, A. B. S. (2016). **A****assistência do enfermeiro à pessoa portadora de autismo**: uma revisão integrativa. Simpósio de TCC e Seminário de IC. 2. ed. p. 1780-1791.Disponível em: <http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_> simposio/arquivos\_up/documentos/artigos/afb8f6610160496bbd59be6f5291 0637.pdf. Acesso em: 2022. |
| (10) | COSTA, L. et al. **Assistência de enfermagem a criança com transtorno do espectro autista**: estudo de caso. Encontro Internacional de Jovens Investigadores. Edição Brasil. Disponível em: [www.joinbr.com.br.](http://www.joinbr.com.br/) Acesso em: 2022 |
| (11) | OLIVEIRA, J.E.L.C.; et al. (2018) Cuidados de enfermagem à criança portadora de transtorno do espectro autista: uma revisão integrativa. **Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**, Campina Grande.Disponível em: <http://editorarealize.com.br/> revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO\_EV108\_MD1\_SA4\_ID2010\_2105 2018215251.pdf. Acesso em: 2022. |
| (12) | MELO, Camila Alves de et al. Identificação do papel do enfermeiro na assistência de enfermagem ao autismo. Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem, [S.l.], v. 2, n. 2, jun. 2017. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/arti> cle/view/1154. Acesso em: 2022. |
| (13) | VOLKMAR, F.R, MCPARTLAND, J.C. From Kanner to DSM-5: autism as an evolving diagnostic concept. **Annu Rev Clin Psychol**. 2014;10:193-212. |
| (14) | MOREIRA, D. P. Estudos de comorbidades e dos aspectos genéticos de pacientes com transtorno do espectro autista. Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 18(1), 166177. São Paulo, SP, jan.abr. 2012. ISSN 15163687 (impresso), ISSN 19806906. |
| (15) | CID 10. Disponível em: https://cid10.com.br. Acesso em: 2022. |
| (16) | FARMER, C. A.; AMAN, M. G. (2011). Aggressive behavior in a sample of children with autism spectrum disorders. Research in **Autism Spectrum Disorders**, 5, disponível em: 317– 323. DOI: 10.1016/j.rasd.2010.04.014.Acesso em: 2022. |
| (17) | TEAGUE, S.J. et al. Attachment and child behaviour and emotional problems in autism spectrum disorder with intellectual disability. **J Appl Res Intellect Disabil**. 2019; 33(3):475-487. Disponível em: 10.1111/jar.12689.Acesso em: 2022. |

|  |  |
| --- | --- |
| (18) | RONZANI, L.D. et al. Comorbidades psiquiátricas no transtorno de espectro autista: um artigo de revisão. **Bol Curso Med UFSC** 2021; 7 (3). Disponível em: https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/medicina/article/view/4827/3853.Acesso em: 2022 |
| (19) | BAILEY, A.; PHILLIPS, W.; RUTTER, M. Autismo: para uma integração de perspectivas clínicas, genéticas, neuropsicológicas e neurobiológicas. **J Psiquiatria Psicológica Infantil**. 1996 Jan;37(1):89-126. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8655659. Acesso em: 2022. |
| (20) | BARBARESI, W. J. et al. The incidence of autism in Olmsted County, Minnesota, 1976-1997: Results from a populationbased study. **Archive of Pediatric and Adolescent Medicine**, 159, 37-44. |
| (21) | CHARMAN, T.; Revisão de BAIRD G. Practitioner: Diagnóstico do transtorno do espectro do autismo em crianças de 2 e 3 anos de idade. **J Psiquiatria Psicológica Infantil**. 2002 mar;43(3):289-305.Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11944873. Acesso em: 2022. |
| (22) | NEWSOM, C.; HOVANITIZ, C. A. Autistic spectrum disorders. in e. J. MASH, A. BARKLEY (eds.), **Treatment Of Childhood Disorders** (3rd ed., pp. 455-511). New York: Guilford Press, 2006. |
| (23) | ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (2013). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5ª ed.) (DSM-5). Arlington, VA: Publicação Psiquiátrica Americana. |
| (24) | LOPES, A.M.P.S. O autismo e suas conexões: qual medicação para o autista? **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, p. 1343-1352, dez. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v25n3/> v25n3a26.pdf. Acesso em 2022. |
| (25) | AUTISMO. Adequado para 1-18 anos. **Condições que podem ocorrer com autismo**. Disponível em: https://raisingchildren.net.au/autism/learning- about-autism/about-autism/conditions-that-occur-with-asd. Acesso em: 2022. |
| (26) | FERNANDES, F. **O potencial dos canabinoides no tratamento do autismo**. Disponível em: https://pebmed.com.br/o-potencial-dos- canabinoides-no-tratamento-do-autismo/?utm\_source=artigoportal&utm\_ medium =copytext? utm\_source=artigoportal&utm\_medium=copytext.Acesso em: 2022. |
| (27) | FILIPEK, P. A. et al. The screening diagnosis of autistic spectrum disorders.**Journal of Autism and Developmental Disorders**, 29(6), 439-484, 1999. |
| (28) | LINDSAY, R. L.; AMAN, M. G. Pharmacologic therapies aid treatment for autism. **Pediatric Annals**, 32(10), 671-676. 2003. |
| (29) | PIERCI, K. et al. Avaliação da estabilidade diagnóstica do fenótipo do transtorno do espectro autista precoce na população geral a partir dos 12 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | meses. **JAMA Pediatra**.1º de junho de 2019;173(6):578-587.Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31034004. Acesso em:2022. |
| (30) | SANTOS, A.M.T. **Autismo**: um desafio na alfabetização e no convívio escolar. São Paulo: CRDA, 2008. |
| (31) | GIVIGI, R.C.N.et al. Efeitos do isolamento na pandemia por COVID-19 no comportamento de crianças e adolescentes com autismo. **Revista Latino- americana de Psicopatologia Fundamental**. 24 (03) Set 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n3p618.8. Acesso em: 2022. |
| (32) | AMEIS, S.H., et al. Lidar, promover a resiliência e impulsionar a inovação no cuidado de pessoas autistas e suas famílias durante a pandemia de COVID-19 e além. Autismo Molecular. 11, 61 (2020). Disponível em: https://doi.org/ 10.1186/s13229-020-00365-y. Acesso em: 2022 |
| (33) | BORTONE, A.R.T.; WINGESTER, E.L.C. (2016). Identificação do espectro do transtorno autista durante o crescimento e o desenvolvimento infantil: o papel do profissional de enfermagem. **Revista Digital FAPAM**, Pará de Minas, 7(7), 131-148. Disponível em: https://periodicos.fapam.edu.br/index.php/synthesis/ article/view/133.Acesso em: 2022. |
| (34) | SILVA, et al. **O fazer do enfermeiro na assistência à criança autista**: uma pesquisa–ação. Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Rev Paraninfo digital, 2016. |
| (35) | OLLIAC, B. et al. Infant and dyadic assessment in early communty-based sreening for autismo spectrum desorder with the Oreaut grid. **Plos One**, Califórnia, US, v. 12, n. 12, p. 1-22, dez. 2017. Disponível em https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188831. Acesso em: 20221. |
| (36) | SENA, R.C.F. et al. Prática e conhecimento dos enfermeiros sobre o autismo infantil. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. Online 2015. jul./set. 7(3):2707-2716. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i3. 2707-2716. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidado>fundamental/ article/view/3883. Acesso em: 2022. |
| (37) | ANDRADE, R. D. et al. A puericultura como momento de defesa do direito à saúde da criança. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 4, p. 719 - 727, 5 dez. 2013. Disponível em: 10.4025/cienccuidsaude.v12i4.21037. Acesso em: 2022. |
| (38) | OMS. Organização mundial da saúde. **Mi-mhgap manual de intervenção para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas para os serviços de atenção à saúde não especializados**: programa de ação para reduzir as lacunas em saúde mental. Genebra; 2015. Disponível em: https:/[/www](http://www.who.int/pt/publications/i/item/).[who.int/pt/publications/i/item/](http://www.who.int/pt/publications/i/item/) 978924154806. Acesso em: 2022. |

|  |  |
| --- | --- |
| (39) | NOGUEIRA MAA, RIO SCMM. A família com criança autista: apoio deenfermagem. **Rev. Port. Enferm. Saúde Mental**. 2011 jun;5:16-21. |