

# 4

CAPÍTULO

## **DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO PRECOCE NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO: RELATO DE UM CASO**

Cíntia Perez Duarte

Psicóloga, Mestre e Doutora em Distúrbios do Desenvolvimento  
cperezduarte@yahoo.com.br

José Salomão Schwartzman

Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo-SP

josess@terra.com.br

Michele Sayulli Matsumoto

Psicóloga, Especialista em Educação Inclusiva e Deficiência Intelectual  
sayullimatsumoto@gmail.com

Decio Brunoni

Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo-SP

decio.brunoni@mackenzie.br

## 4.1 RESUMO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um transtorno do desenvolvimento caracterizado por prejuízos precoces na socialização e comunicação, bem como comportamentos e interesses restritos e estereotipados. Podemos caracterizar o TEA como um contínuo de alterações na comunicação social. Os indivíduos com TEA podem também apresentar vários sintomas adicionais como déficits cognitivos, hiperatividade, agressividade, ansiedade, entre outros. O diagnóstico pode ser suscitado nos dois primeiros anos de vida. Mesmo sem confirmação diagnóstica, a intervenção precoce deve ser instituída. A intervenção precoce, baseada na análise do comportamento, é fundamental, pois tem como objetivo a melhor adaptação do sujeito, com foco na diminuição de comportamentos identificados como inadequados e no aumento de comportamentos mais adaptativos e funcionais para o desenvolvimento da criança. Relata-se o caso de um bebê que foi encaminhado para avaliação aos 9 meses de idade e permaneceu por 10 meses em intervenção comportamental, em sua casa e no consultório, associado a orientações da família. Com o decorrer dos meses de intervenção, a criança demonstrou avanços significativos em diversas áreas do desenvolvimento, tais como a habilidade de imitação motora e verbal, contato visual, vocabulário receptivo (referente ao vocabulário isoladamente e também compreensão e resposta a comandos) e expressivo, comunicação não verbal, habilidade motora, brincar funcional e de atenção compartilhada.

## 4.2 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) engloba um conjunto muito heterogêneo de distúrbios da socialização, com início precoce e curso crônico, que possuem um impacto variável em áreas múltiplas e nucleares do desenvolvimento. O autismo afeta uma em cada 370 crianças ou 0,3%, devendo existir aproximadamente 40 mil crianças e adolescentes com TEA apenas no Estado de São Paulo, segundo o único estudo de prevalência brasileiro (PAULA et al., 2011). O relato do CDC de 28 de março de 2014 indica a impressionante cifra de 1:68 como sendo a prevalência de TEA entre crianças de 8 anos de idade em 11 cidades dos EUA (MMWR, 2014, <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6302.pdf>). O TEA tornou-se um dos transtornos do desenvolvimento mais frequentes, com alto impacto pessoal, familiar e social (FOMBONNE, 2009).

Estima-se que os custos humanos, sociais e financeiros decorrentes das necessidades dos indivíduos com TEA sejam bastante elevados. Dados epidemiológicos de países desenvolvidos revelam que crianças com TEA frequentam nove vezes mais os serviços de saúde do que crianças com outros problemas médicos

e três vezes mais que crianças com deficiência mental (NEWSCHAFFER *et al.*, 2007). Com esses dados podemos considerar as implicações financeiras aos serviços de saúde e de educação, e aos programas de intervenção precoce. Estudos apontam que tanto o diagnóstico como a implementação de intervenções precoces propiciam um melhor prognóstico de pessoas com TEA e conseqüentemente a redução de custos financeiros e sociais (VOLKMAR *et al.*, 2014).

Sabe-se que os procedimentos relativos ao diagnóstico e à assistência dos TEA são complexos, e pesquisa populacional recente aponta que os casos de TEA não estão sendo identificados, nem estão recebendo tratamento especializado no Brasil (PAULA *et al.*, 2011).

Este relato descreve um caso no qual a suspeita diagnóstica foi feita em uma criança antes do primeiro ano de vida, para enfatizar a sintomatologia nesta faixa etária e a intervenção realizada.

### 4.3 DIAGNÓSTICO PRECOCE DO TEA

De acordo com a nova proposta publicada no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), fazem parte desse grupo o Transtorno Autista (TA), a Síndrome de Asperger (SA) e o Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (TGDSOE), antes descritos no DSM IV-R.

Para melhor caracterizar o quadro, devem ser utilizados os seguintes especificadores:

- Presença ou ausência de deficiência intelectual;
- Presença ou ausência de comprometimento de linguagem;
- Associação com condição médica ou genética ou com fator ambiental conhecidos;
- Associação com outra desordem do desenvolvimento, mental ou comportamental;
- Presença ou ausência de catatonias.

Enquanto no DSM-IV-R (2002) os critérios diagnósticos incluíam prejuízos na interação social, comportamento e comunicação, na proposta atual são enfatizadas duas dessas características, ou seja, as desordens da interação e do comportamento. No que se refere ao comprometimento da interação, enfatizam-se os prejuízos persistentes na comunicação e na interação social em vários contextos, e no que tange ao comportamento, citam-se padrões repetitivos e restritos dos comportamentos, interesses ou atividades. Como mencionado acima, há referências à hipo ou hiper-reatividades a estímulos sensoriais ou a intenso interesse nos aspectos sensoriais do ambiente.

No DSM-5 (2013), a justificativa para não terem sido incluídos os prejuízos na comunicação oral seria a de que atrasos nessa área não estariam presentes em todos os casos. Porém, chama-se a atenção para a presença de comprometimentos na comunicação não verbal.

O TEA pode se manifestar já nos primeiros meses de vida ou se apresentar após período inicial de desenvolvimento aparentemente normal seguido por regressão do desenvolvimento (autismo regressivo), o que ocorre em cerca de 30% dos casos diagnosticados.

Nas crianças muito jovens, antes dos 3 anos, em geral, não é possível estabelecer o diagnóstico de TEA; todavia, em boa parte dos casos, poderão ser identificados sinais compatíveis com essas condições que, quando identificados, justificam o início do atendimento que deverá ser mantido até que os sinais e sintomas suspeitos desapareçam ou, então, prosseguir, caso fique evidente que um TEA está realmente presente.

Uma característica marcante nas pessoas com o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) desde a descrição inicial desta condição tem sido a dificuldade em manter contato com os olhos (KANNER, 1943; JONES *et al.*, 2008). Portanto, a observação no declínio da habilidade da fixação do olhar oferece uma oportunidade promissora de intervenção precoce (JONES; KLIN, 2013).

Nos primeiros anos de vida, uma das primeiras áreas do desenvolvimento a despertar preocupação nos cuidadores de crianças com diagnóstico de TEA é a de comunicação social e interação (LORD *et al.*, 1993).

Estudo realizado a partir da análise de videotapes gravados no primeiro ano de vida de crianças diagnosticadas tardiamente apontou que os prejuízos relacionados aos comportamentos da atenção compartilhada, ou seja, dificuldades na capacidade de apontar objetos, dificuldades em olhar para os outros e dificuldades com aspectos de receptividade já estavam presentes aos 12 meses de idade (BARANEK, 1999).

A Atenção Compartilhada (AC) se refere à capacidade humana para coordenar a atenção social (alternância do olhar e outros sinais comunicativos) com os outros e/ou com objetos/eventos nas interações sociais (SHEINKOPF *et al.*, 2004).

A observação direta da criança é o melhor método para levantar a suspeita diagnóstica e a melhor escala de rastreamento para sinais precoce é a MCHAT. Foi feita a tradução e adaptação cultural desta escala para o português do Brasil (Losapio & Pondé, 2008). A mesma está disponibilizada em diversos sites (<http://autismoerealidade.org/ferramentas-de-apoio/instrumentos-diagnosticos/>).

## 4.4 INTERVENÇÃO PRECOCE

Assim como o processo de diagnóstico e rastreamento precoce de crianças com risco de autismo, o início da terapia é essencial. De acordo com a *European Agency For Development in Special Needs Education* (2005) em um levantamento de 20 anos de publicações sobre o tema, os cuidados e serviços precoces, de maneira geral, podem ser definidos como um conjunto de intervenções para as crianças e suas famílias em um determinado momento de suas vidas. Devem compreender qualquer ação voltada para uma necessidade especial que garanta e melhore o desenvolvimento pessoal, intervir e fortalecer as competências da família, planejar a inclusão social da família e da criança preferencialmente próximo do local onde moram inseridos na comunidade e um trabalho com base em aspectos multidimensionais orientado a estas famílias.

Como critérios básicos deste tipo de serviço estão a disponibilidade e a acessibilidade, considerando-se a proximidade da residência e necessidades de serviços do público, além de serem acessíveis financeiramente. Também devem oferecer opções em relação às modalidades de serviços prestados, para que possam ser consideradas as diferenças particulares de cada caso, com quadro de profissionais capacitados e qualificados para a prestação de tais serviços e uma equipe multidisciplinar. Em todos os casos, devem ser consideradas as necessidades de cada criança, para que um plano individualizado possa ser traçado.

A intervenção precoce pode ocorrer logo após o nascimento ou em seguida do diagnóstico, considerando-se até o período da primeira infância. De acordo com Pires (2011), tem-se como objetivo garantir que crianças com distúrbios ou atrasos no desenvolvimento tenham atendimento adequado de acordo com a demanda, possivelmente com diminuição dos danos já causados e aumento das chances de melhor prognóstico, além da ampliação da rede de fortalecimento e apoio aos familiares.

A Análise Aplicada do Comportamento (*Applied Behavior Analysis - ABA*) contribui neste sentido, com base em evidências publicadas mundialmente. Já em 1987 Lovaas descrevia a *Early Intensive Behavioral Intervention - EIBI*, visando a uma melhor adaptação do sujeito, com foco na diminuição de comportamentos identificados como inadequados e no aumento de comportamentos mais adaptativos e funcionais para o desenvolvimento da criança, sendo que a carga horária indicada é de 30 a 40 horas semanais. Através de seus estudos foi possível comprovar que os comportamentos das crianças com um Transtorno do Espectro do Autismo podem ser modificados frente a procedimentos específicos, com ampliação do repertório referente a diversas habilidades importantes para o aprendizado.

De acordo com Lear (2004), o ideal é que a criança realize um programa intensivo, para isso em ABA as instruções são estruturadas. Em muitas situações, a terapia ocorre em um esquema de um terapeuta para uma criança. A intervenção precoce costuma ocorrer inicialmente em casa, mas também beneficia outras faixas etárias. Baseia-se em um currículo individualmente planejado, de acordo com o repertório apresentado inicialmente na avaliação que é chamada de linha de base. Tal avaliação costuma contemplar habilidades acadêmicas, de linguagem, sociais, de cuidados pessoais, motoras e de brincar, e os progressos e objetivos são reavaliados e reestruturados constantemente. O autor também ressalta a importância do envolvimento da família durante todo o processo de intervenção.

Pires (2011) realizou uma revisão sistemática sobre a eficácia da EIBI e seus achados apontaram para dados relevantes, tais como aumento do Quociente de inteligência (QI), além de melhoras significativas em relação à linguagem e no comportamento adaptativo, em parte dos estudos.

Deste modo, a terapia com Análise Aplicada do Comportamento vem mostrando-se como um caminho eficaz e promissor para crianças com TEA.

## **4.5 RELATO DO CASO E DISCUSSÃO**

A criança esteve em avaliação aos 9 meses de idade por encaminhamento do neurologista, após os pais identificarem alguns sinais compatíveis com um Transtorno do Espectro do Autismo, tais como oscilação do contato visual, ausência de imitação motora e verbal, manipulação repetitiva de alguns objetos, ausência de atenção compartilhada e movimentos repetitivos e estereotipados das mãos e pés, em situações específicas. Iniciou terapia baseada em ABA, sendo uma vez por semana no consultório, com duração de 1 hora, e duas vezes por semana em casa, com duração de 2 horas cada. A avaliação foi realizada através de anamnese com os pais, aplicação de escalas de desenvolvimento com os pais e verificação com a criança, além de contato direto através de atividades direcionadas e livres para observação de habilidades e comportamentos alvo.

No primeiro momento, o foco foi direcionado à estimulação de habilidades básicas e ampliação do repertório que auxiliam no desenvolvimento geral. O planejamento e os objetivos iniciais contemplaram programas de contato visual, imitação motora com objetos, imitação verbal, solicitações através do apontar, seguimento de instruções simples e uso funcional de brinquedos. Além disso, em casa também houve direcionamento e orientações quanto à alimentação, estimulação da habilidade motora grossa e atenção compartilhada. Para tal, foram empregadas estratégias como o Ensino por Tentativas Discretas, Ensino Incidental, Modelagem e orientação à família para manejo de comportamentos inadequados

e estimulação de habilidades deficitárias.

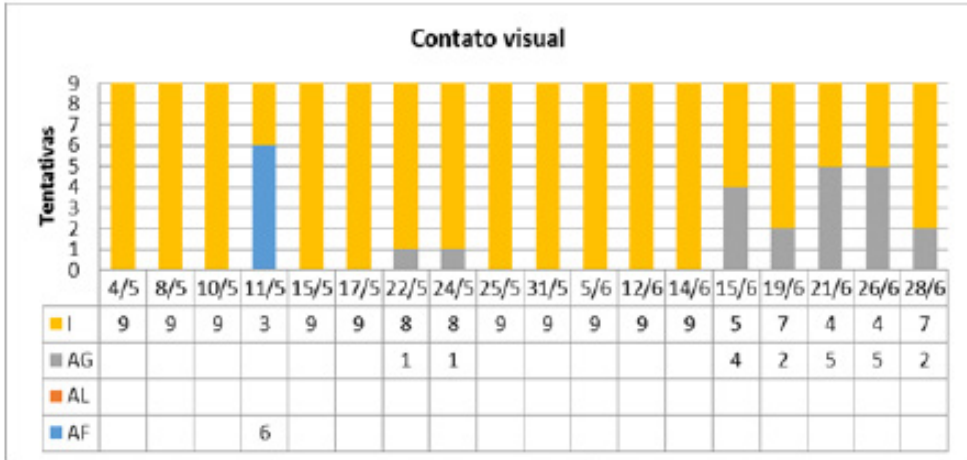
A criança passou a apontar espontaneamente para diversos objetos após a conclusão do programa, sendo que foram trabalhados inicialmente 9 estímulos diferentes (bolinha de sabão, pandeiro, boneca, telefone, chocalho, peças de encaixe do balde, giz de cera, adesivos e massa de modelar) (Figura 1). A família relatou que a criança passou a apontar para objetos que queria em casa e, além disso, também desenvolveu a habilidade de atenção compartilhada, que também foi trabalhada intensamente nas sessões. Apontava para fazer solicitações e também para mostrar algo para o outro, além de alternar entre olhar para o outro e para o objeto novamente. Atingiu o critério de aprendizagem neste programa no mês de julho, após apenas 3 meses de intervenção.

**Figura 1.** Dados parciais sobre o programa de apontar, com as respostas emitidas de acordo com as dicas necessárias. AF=ajuda física total, AL=ajuda física leve, AG=ajuda gestual e I=independente.



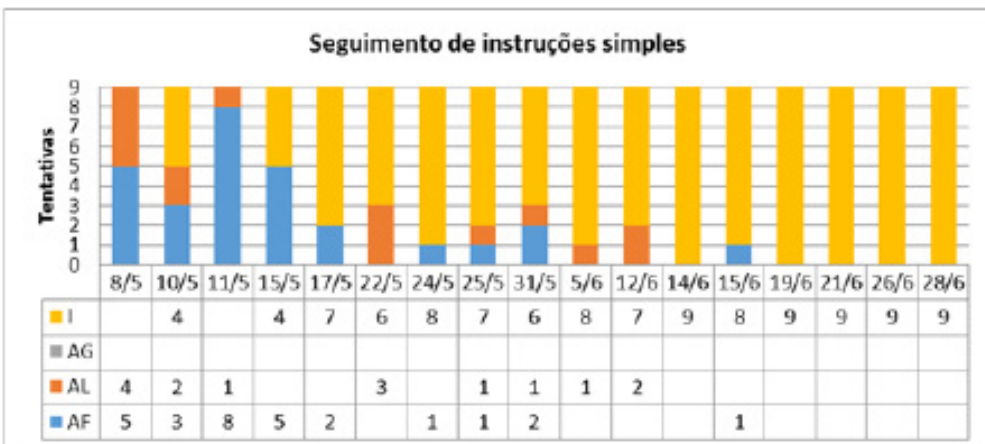
O contato visual foi uma das habilidades que se desenvolveram mais rapidamente durante a terapia da criança. Houve um aumento significativo de frequência do contato visual e passou a responder de imediato quando chamada pelo nome. Quanto aos critérios iniciais estabelecidos, o desempenho atingiu nível satisfatório após 5 meses de intervenção (Figura 2). Inicialmente foi exigido que apenas direcionasse o olhar para as terapeutas quando colocavam um adesivo entre os olhos pareando com o chamado de seu nome, depois dessa fase precisou manter o contato visual sem apoio por 2 segundos após a retirada da dica (adesivo) e, por fim, na última fase, o mesmo precisava ser feito por, pelo menos, 5 segundos consecutivos. Com o decorrer dos meses, a criança passou a fazer isso espontaneamente, sem o auxílio de dicas e passou a manter por períodos mais longos quando havia algo de seu interesse. Além disso, passou a buscar as pessoas conhecidas com o contato visual e a apresentar intenção comunicativa.

**Figura 2.** Dados parciais sobre o programa de contato visual, com as respostas emitidas de acordo com as dicas necessárias. AF=ajuda física total. AL=ajuda física leve. AG=ajuda a gestual e I=independente.



Em relação ao seguimento de instrução simples, o objetivo era que a criança passasse a seguir instruções verbais simples emitidas por outras pessoas, tanto na terapia quanto nos outros momentos. O avanço novamente foi satisfatório, sendo que atingiu o critério de aprendizagem após 6 meses de intervenção (Figura 3). Neste período, além das instruções direcionadas pelas terapeutas em sessão, outras eram solicitadas pela família em casa. A criança ampliou seu repertório e passou a seguir um número muito maior de instruções. As 9 primeiras selecionadas para as sessões foram: dá para mim, bate aqui, abre, guarda no pote, bate na mesa, dá tchau, manda um beijo, bater palmas e piscar.

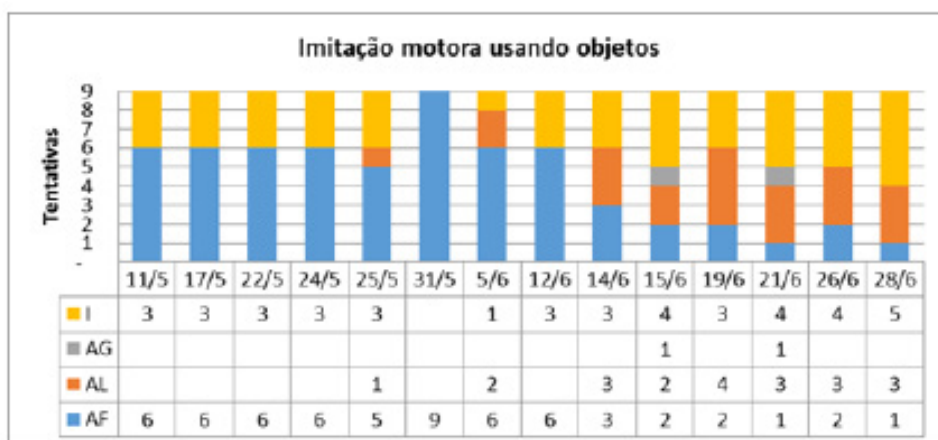
**Figura 3.** Dados parciais sobre o programa de apontar, com as respostas emitidas de acordo com as dicas necessárias. AF=ajuda física total, AL=ajuda física leve, AG=ajuda gestual e I=independente.





No que se refere à imitação motora com objetos frente à solicitação do outro com o comando “faz igual”, a criança precisava imitar o mesmo movimento feito pelas terapeutas, utilizando objetos para a execução. Novamente concluiu todas as etapas, sendo que passou a imitar as ações de enfiar o palito na massinha, jogar a bola, empurrar o cubo em cima da mesa ou no chão, levar o copo à boca, riscar o papel com giz de cera, empilhar 2 cubos, fazer carinho na boneca, dar um beijo na boneca e pentear o cabelo da boneca (Figura 4).

**Figura 4.** Dados parciais sobre o programa de apontar, com as respostas emitidas de acordo com as dicas necessárias. AF=ajuda física total, AL=ajuda física leve, AG=ajuda gestual e I=independente.



Após 10 meses de intervenção, a criança estava respondendo para grande parte dos programas e avançando continuamente. Possíveis atrasos ou déficits em comparação com outras crianças da mesma idade foram eliminados ou diminuíram significativamente. A habilidade que se desenvolve com mais lentidão, considerando-se o restante do desempenho da criança, é a linguagem verbal, mas ainda assim passou da fase de arrulhamento para o balbucio e, ao término, já iniciava alguns jargões. A criança conseguia fazer imitação verbal de vogais (apesar da resposta não ser sistemática) e, quando era exigido, tentava imitar algumas palavras, dando ênfase às vogais. A criança passou a se comunicar e manifestar seus desejos, e passou a utilizar a linguagem não verbal, com gestos indicativos de mãos (ex.: apontar e fazer tchau) e de cabeça (ex.: sim e não).

Os programas complementares, além dos já descritos, que foram trabalhados com a criança até o período da alta foram: Identificação de partes do corpo nela mesma, Identificação de cores, Imitação verbal, Imitação motora sem objetos, Identificação de pessoas, Encaixe de formas, Identificação de objetos e

Brincar funcional. Quanto aos movimentos estereotipados apresentados nos primeiros meses (em especial movimentação dos pés e balanço de mãos), orientações foram passadas à família e, após redirecionamento de todos e ensino de comportamentos alternativos, cessaram por completo, sendo que nenhum outro surgiu em substituição destes.

Com o decorrer da terapia, a criança apresentou evoluções significativas em períodos curtos de tempo, mostrando-se a cada dia mais responsiva, atenta aos estímulos apresentados e com compreensão preservada. Frente ao desenvolvimento da criança, optou-se pelo processo de alta da terapia comportamental, que foi endossado pelo neurologista responsável pelo acompanhamento médico. A criança estava respondendo como era esperado para uma criança da mesma idade nas tarefas em geral, apresentou ganhos a cada dia e generalizou todos os conteúdos aprendidos, além de expandir seu repertório progressivamente frente à estimulação da família. Sessões foram realizadas posteriormente para acompanhamento, em casa e no consultório, e observou-se que todos os ganhos se mantiveram. Por fim, sugeriu-se avaliação com fonoaudióloga para avaliação mais específica dos aspectos de comunicação e linguagem, tendo em vista que a estimulação precoce foi fundamental e poderia prosseguir nas demais áreas se necessário.

## 4.6 CONCLUSÃO

1- O diagnóstico precoce de autismo pode ser suspeitado dentro dos primeiros 2 anos de vida;

2- Mesmo que o diagnóstico não seja conclusivo, intervenções visando suprir as áreas do desenvolvimento mais comprometidas devem ser efetuadas;

3- Contato visual, atenção compartilhada e imitação estão entre as funções básicas que podem ser desenvolvidas, com intervenções adequadas;

4- O caso relatado ilustra os ganhos obtidos em intervenção precoce com Análise Aplicada do Comportamento, com ampliação do repertório em várias áreas do desenvolvimento, tais como imitação motora e verbal, contato visual, vocabulário receptivo (referente ao vocabulário isoladamente e também compreensão e resposta a comandos) e expressivo, comunicação não verbal, habilidade motora, brincar funcional e de atenção compartilhada.

## REFERÊNCIAS

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Revised. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: ARTMED, 4a. ed., 2002.

- BARANEK, G. T. Autism during infancy: a retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 months of age. *J. Autism Dev. Disord.*, v. 29, n. 3, p. 213-24, 1999.
- EUROPEAN AGENCY FOR DEVELOPMENT IN SPECIAL NEEDS EDUCATION. *Intervenção Precoce na Infância: Análise das Situações na Europa Aspectos-Chave e Recomendações*, 2005.
- FOMBONNE E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res.* 65(6): p.591-598, 2009.
- JONES, W., CARR, K. & KLIN, A. Absence of preferential looking to the eyes of approaching adults predicts level of social disability in 2-year-olds with autism spectrum disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 65, p.946-954, 2008.
- JONES, W., KLIN, A. Attention to eyes is present but in decline in 2-6-month-old infants later diagnosed with autism. *Nature*, 2013.
- KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, p.217-250, 1943.
- LEAR, K. Help Us Learn: A Self-Paced Training Program for ABA *Part I: Training Manual* (Ajude-nos a aprender Manual de Treinamento em ABA), Toronto, 2a ed., 2004.
- LORD, C.; STOROSCHUK, S.; RUTTER, M.; PICKLES, A. Using the ADI-R to diagnose autism in preschool children. *J. Infant Mental Health*, v. 14, n. 3, p. 234-52, 1993.
- LOSAPIO, M. F., & PONDÉ, M. P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *Revista de Psiquiatria*, 30(3), p.221-229, 2008.
- LOVAAS, O. I. Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. v. 55, n. 1, p. 3-9, Washington, 1987.
- NEWSCHAFFER, C.J., CROEN, L.A., DANIELS, J., GIARELLI, E., GREETHER, J.K., LEVY, S.E., MANDELL, D.S., MILLER, L.A., PINTO-MARTIN, J., REAVEN, J., et al. The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annu. Rev. Public Health.*; 28: p. 235-258, 2007.
- PAULA CS, RIBEIRO SH, FOMBONNE E, MERCADANTE MT. Brief report: Prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: A pilot study. *J Autism Dev Disord.* 41(12): p. 1738-42, 2011.
- PIRES, I.H. *Eficácia da Early intensive behavioral intervention para crianças com transtornos do espectro autista: uma revisão sistemática*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Faculdade Presbiteriana Mackenzie, 2011.
- SHEINKOPF, S. J.; MUNDY, P. C.; CLAUSSEN, A. H.; WILLOUGHBY, J. Infant

joint attention skill and preschool behavior outcomes in at-risk children. *Dev. Psychopathol.*, v. 16, n. 2, p. 273-91, 2004.

VOLKMAR F, SIEGEL M, WOODBURY-SMITH M, KING B, MCCRACKEN J, STATE M. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Elsevier Inc.* Feb; 53(2): p. 237-57, 2014.