
Diagnóstico e tratamento do transtorno autístico em publicações brasileiras: revisão de literatura

Diagnosis and treatment of autistic disorder in brazilian publications: a literature review

¹Wanessa Santos Mesquita, ^{1,2}Renata Fabiana Pegoraro

¹Curso de Psicologia da Universidade Paulista de Goiânia, Goiânia-GO, Brasil; ²Pontifícia Universidade Católica de Goiás, GO, Brasil

Resumo

O autismo é um dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento e se expressa heterogeneamente dentre sua população, variando desde autistas sujeitos a déficits cognitivos profundos até aqueles que conseguem viver de maneira independente. O objetivo deste artigo é revisar a produção científica brasileira a cerca das atuais formas de diagnóstico e tratamento recomendadas pelos autores brasileiros que pesquisam o tema, verificando, em especial, se a literatura aborda a intervenção precoce como forma de tratamento. Foram selecionados 24 artigos disponíveis no Scielo para esta revisão, segundo critérios de inclusão. Foram identificados os critérios para diagnóstico precoce e tratamento do transtorno autístico com diferentes métodos. Um dos indicadores de autismo precoce unânimes citados nos artigos pesquisados é a “atenção compartilhada” e uma das principais características do transtorno são os prejuízos frente a comunicação, sendo justamente esta a principal queixa inicial dos pais. Este estudo permite apontar para a necessidade do diagnóstico precoce em crianças do espectro autístico, bem como o envolvimento de diferentes profissionais da área da saúde no diagnóstico e cuidados a essa clientela.

Descritores: Transtorno autístico; Diagnóstico; Terapêutica

Abstract

Autism is one of the Pervasive Developmental Disorders and is expressed heterogeneously among its population ranging from autistic subject to profound cognitive deficits to those who can live independently. The purpose of this article is to review the scientific production about the current forms of diagnosis and treatment recommended by Brazilian authors who research the topic, checking in particular the literature discusses early intervention as a treatment. We selected 24 articles in SciELO available for this review, criteria for inclusion. We identified the criteria for early diagnosis and treatment of autistic disorder with different methods. One of the early indicators of autism unanimous cited in the articles surveyed is the “shared care” and one of the main features of the disorder are the losses forward communication, this being precisely the initial chief complaint of parents. This study allows us to point to the need for early diagnosis of autistic spectrum children as well as the involvement of different health professionals in the diagnosis and care for these patients.

Descriptors: Autistic disorder; Diagnosis; Therapeutics

Introdução

A primeira descrição referente ao Autismo, efetuada por Kanner em 1943, foi baseada na observação comportamental de 11 crianças que, em comum, compartilhavam um aparente desligamento da sociedade como a característica mais marcante. Além disso, apresentavam estereotípias motoras, como caminhar sob a ponta dos pés, balançar do corpo, e idiosincrasias relacionadas ao uso da linguagem, tais quais inversão pronominal e ritmo da voz monótono¹. Kanner denominou tal patologia como “Autismo Infantil Precoce”.

Recorrendo à origem do termo, encontramos o radical “Autos”, que vem da língua grega e significa em português “si mesmo”, o que evidencia o isolamento exterior e a perda de interação social dessas crianças².

A partir da classificação efetuada por Kanner, o autismo passou a ser alvo de várias pesquisas que permitiram novas formas de abordagens para o tratamento, assim como tornaram o diagnóstico mais preciso do que na época de descoberta do transtorno.

O autismo é atualmente definido como uma condição crônica incapacitante para o sujeito conforme a intensidade com a qual este incide. Manifesta-se antes dos

36 meses, perpetuando-se à derradeira idade, gerando gastos tanto econômicos, quanto sociais e emocionais para a família e para a sociedade³. Isso justifica o interesse por diagnósticos e formas de intervenção precoces, na medida em que atrasos na intervenção implicam na manutenção a longo prazo de comportamentos disruptivos⁴. A identificação precisa do autismo por diferentes métodos avaliativos vem evoluindo conforme se amplia o conhecimento sobre esta patologia. Além disso, os estudos promovem uma aceitação universal, por parte dos profissionais envolvidos, para melhor tratamento com base na certeza de identificação da síndrome.

Em face a isso, o objetivo deste artigo é revisar a produção científica brasileira a cerca das atuais formas de diagnóstico e tratamento recomendadas pelos autores brasileiros que pesquisam o tema, verificando, em especial, se a literatura aborda a intervenção precoce como forma de tratamento.

Revisão de literatura

A base de dados utilizada para o levantamento bibliográfico foram o SCIELO. Inicialmente foram identificados, no mês de outubro de 2011, 76 artigos por

meio das palavras-chave: autismo, identificação, intervenção precoce, autismo precoce, transtorno autístico. Não houve estabelecimento de limite temporal para a busca.

Dentre os 76 artigos inicialmente selecionados, todos os artigos foram lidos, separadamente pelas duas autoras. A seguir, foi efetuada a seleção dos artigos que compuseram a amostra, num total de 24, a partir do preenchimento dos *critérios de inclusão* estabelecidos para o estudo, como abordar: a) critérios diagnóstico, b) etiologia, c) pródromos; d) histórico do transtorno; e) comportamentos autísticos; f) artigos que comportavam revisão de literatura a cerca do transtorno autista.

Os *critérios de exclusão* de artigos adotados foram a problematização destes com relação a) diagnóstico diferencial; b) discussão sobre os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento sem ênfase no autismo; c) o papel das cuidadoras ou cuidadores; d) aspectos da anatomia cerebral no autismo; e) avaliação da linguagem ou cognição, f) teorias que explicam o comportamento autista; ou g) redação do artigo em outra língua que não a portuguesa.

Considerados tais critérios, dos 24 artigos inicialmente selecionados, cinco foram excluídos, pois foram redigidos em inglês, perfazendo um total de 19 que preencheram os *critérios de inclusão* elencados.

Os artigos selecionados foram lidos na íntegra repetidas vezes. A partir dessa leitura, foram organizados a partir dos objetivos propostos, a saber, em dois grandes grupos: Diagnóstico e Tratamento do autismo.

Os critérios de diagnóstico

Em 1975, o Autismo foi avaliado como uma Psicose pela nona edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-9). Já no Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais, tanto em sua primeira edição (DSM-I), em 1952, quanto na segunda, em 1968 (DSM-II), o Autismo foi apontado mais especificamente como uma Esquizofrenia do Tipo Infantil. Hoje, no entanto, há uma certa homogeneização tanto em referência à definição de Autismo, como a quais critérios são relevantes para o diagnóstico. Segundo a *American Psychiatric Association*, a A.P.A., em sua edição mais recente do Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais, DSM-IV-TR, o Autismo encontra-se entre os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (T.I.D.s). Os diversos transtornos elencados nesta categoria apresentam, em comum, prejuízos da interação social, da comunicação e da presença de comportamento, interesses e atividades estereotipadas⁵.

O autismo se expressa heterogeneamente dentre sua população, variando desde autistas sujeitos a déficits cognitivos profundos até autistas que conseguem viver de maneira independente¹. Não obstante são encontrados fortes indícios da relação proporcional entre a incidência do transtorno e o fator genético subjacente a este. Não existe um marcador biológico que determine o diagnóstico dispensando a observação clínica que, aliás, é o meio pelo qual se estabelece o diagnóstico⁶.

As informações epidemiológicas são decisivas para a elaboração de políticas públicas adequadas a população alvo, todavia esse tipo de estudo é escasso na produção literária brasileira⁷. Não obstante a incidência populacional é frequentemente citada como 2-5 casos em 10.000 pessoas, com predominância do sexo masculino, de 4:1^{8,6}.

A heterogeneidade expressiva do quadro comporta extremos que formam uma condição de *continuum*: de maneira geral existem autistas que não apresentam associação a deficiência mental, aproximadamente 25-30%; em outros há essa associação, cerca de 60-70%, sendo que metade destes exprimem-na variando-se o grau de moderada a profunda e a outra metade somente se enquadra na expressão leve da condição associada¹. Além do déficit intelectual, as convulsões estão relacionadas a quase 30% dos autistas.

A chance de ter mais de uma pessoa com autismo na mesma família é de 50 a 200 vezes maior do que na população geral. A ocorrência do transtorno entre gêmeos monozigóticos varia de 36 à 92%, não obstante esta é quase inexistente ou muito baixa para gêmeos dizigóticos⁶.

O autismo tem etiologia desconhecida ou múltipla, forte componente genético na expressão da síndrome e quadro demasiadamente heterogêneo^{6,9}.

O autismo é um dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (DITs) mais conhecidos; dentre estes se encontram várias patologias que, juntas, formam um continuum autístico podendo variar desde condições que guardam peremptoriamente o retardo mental (transtorno desintegrativo da infância e síndrome de Rett) à condições que não estão associadas a este (síndrome de Asperger) ou, ainda, condições que podem ou não estarem relacionadas com déficits cognitivos, como é o caso do próprio autismo e do TID sem outra especificação¹.

Na sua edição mais recente, o DSM-IV-TR⁵ determina que a manifestação sintomológica do transtorno autista esteja presente antes dos três anos de idade, sendo este um dos critérios diagnóstico. Não obstante, a identificação do transtorno antes dos 36 meses, mais especificamente aos 18 meses já é levantada na literatura como uma possibilidade plausível¹⁰.

O DSM-IV-TR⁵ aponta para três principais áreas de identificação da síndrome: a) a interação social, b) o uso inapropriado da linguagem e c) comportamentos e interesses estereotipados e repetitivos, segundo os quais o diagnóstico se estabelece.

O sujeito autista deve preencher ao menos seis critérios para que possa ser realizado o diagnóstico do Transtorno Autista conforme o DSM-IV-TR⁵. Dois destes são que o Transtorno não pode ser melhor explicado pelos Transtornos de Rett e Desintegrativo da Infância, além de, necessariamente, ter início antes dos três anos de idade. Os quatro critérios restantes dizem respeito à presença de ao menos dois sintomas relacionados ao comprometimento da interação social, um relacionado ao comprometimento da comunicação e um expresso por meio de estereotípias e comportamentos repetitivos:

1) *Comprometimento da interação social* tendo em vista I) o desuso quase total de meios não verbais para fins de comunicação, II) o não relacionamento com os pares da própria idade, III) falta tanto de interesse em compartilhar prazer ou mesmo realizações com outras pessoas, IV) quanto de reciprocidade emocional ou social;

2) *Comprometimento da comunicação*, que se manifesta por meio de: I) retardo ou ausência de linguagem falada, II) não obstante quando a fala se desenvolve existe uma inabilidade demasiada para começar ou manter uma conversação, III) do uso idiossincrático da linguagem e IV) da ausência de jogos de imitação típicos da própria idade;

3) *Comportamentos estereotipados e repetitivos* que podem se manifestar por meio: I) de interesses não usuais em intensidade ou foco, II) de rotinas invariavelmente rígidas e não funcionais, III) de comportamentos motores estereotipados e IV) preocupação com partes de objetos.

Um dos indicadores de autismo precoce unânimes citados nos artigos pesquisados é a “atenção compartilhada”¹⁰⁻¹², termo que pode ser definido como a procura do bebê pelos outros, a fim de compartilhar experiências, acontecimentos e jogos com estes¹⁰, fazendo-o por meio do contato ocular, o qual sinaliza para o locutor o interesse do ouvinte, e da linguagem acompanhada de gestos¹¹.

A atenção compartilhada se afirma no bebê em torno do final do primeiro ano de vida¹¹, o que possibilitaria a identificação ainda mais precoce do que é resguardado na literatura, 18 meses. Não obstante, antes dessa idade apreende-se, também como consenso, indivíduos com alta probabilidade de serem, no futuro, diagnosticados como autistas, o que remete à questão: quais seriam, antes do primeiro ano de vida, os comportamentos necessários para a classificação de bebês sujeitos a patologia posteriormente? O diagnóstico em torno dos 12 meses, por hora, se apresenta como uma falácia visto que os comportamentos-chave para a identificação não estão totalmente coerentes na literatura a cerca do tema¹².

Em um dos artigos identificados nessa revisão chama-se atenção para a associação entre a suspeita inicial de perda auditiva e o posterior diagnóstico de autismo¹³⁻¹⁴, outros se referem aos prejuízos na atenção compartilhada subjacentes a confirmação, ao passar dos anos, da síndrome¹⁰⁻¹². Mesmo com razoável respaldo literário, o estabelecimento do diagnóstico antes dos 36 meses ainda se apresenta incerto visto que os sintomas podem mudar ao longo do crescimento da criança e diante da escassa informação sistemática do desenvolvimento inicial de bebês autistas¹².

Um das principais características do transtorno são os prejuízos frente a comunicação, sendo justamente esta a principal queixa inicial dos pais. Estes começam a se preocupar quando percebem alterações no desenvolvimento da linguagem ou quando esta se desenvolve para posteriormente regredir. Cerca de 25 à 30% dos pais relatam a segunda possibilidade¹.

Por meio da produção científica referente ao diagnóstico precoce, este passa a ser discutido como uma possibilidade a ser alcançada. Para tanto, a observação de bebês jovens que serão, ao passar dos anos, identificados como autistas se torna imprescindível. Uma das formas citada na literatura pesquisada é a observação de vídeos caseiros de bebês autistas, outra é o relato dos pais¹², além da utilização de instrumentos.

Ainda que os vídeos caseiros sejam uma fonte inegável de informação a cerca do comportamento destas crianças e que por meio destes se consiga dados comportamentais sem a interferência de um pesquisador, por exemplo, faz-se mister considerar que os contextos nos quais estes são emitidos são sempre diferentes, oferecendo distintas oportunidades as diferentes condutas dos bebês¹².

Quanto aos pais a preocupação só se afirma, relacionada ao desenvolvimento dos seus bebês, quando a linguagem não emerge. Pelo contrário, em famílias que já se constituem de um membro autista os comportamentos são também encarados como preocupantes¹.

Sendo assim os estudos sobre o estabelecimento sistemático do diagnóstico ainda mais precoce não devem descartar nem o relato dos pais, nem os vídeos caseiros, pois são fontes irrefutáveis de informações do comportamento de bebês autistas. Mas deve buscar conhecer as limitações destas fontes, o aprimoramento das mesmas e a criação ou uso de instrumentos que possibilitem a identificação de bebês autistas, além de novas metodologias.

Existem instrumentos que proporcionam, se não o diagnóstico do autismo, ao menos fatores de risco do bebê em desenvolvê-lo, como o *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), usado em crianças maiores de dois anos; STAT (o *Screening Tool for Autism in Two Years Old*), que pode ser aplicada em torno dos 24 e 35 meses de idade; a *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT), criada a fim de identificar crianças com alto risco em desenvolver autismo em idade precoce, 18 meses; dentre outros¹⁵.

O diagnóstico e a intervenção precoce contribuem peremptoriamente para melhora na qualidade de vida desses pacientes quando adultos^{1,4,13,16}. Assim como estão também relacionados a diminuição da porcentagem de autistas que nunca falam, em torno de 20 a 30%, graças em grande parte a intervenção precoce e intensiva¹.

O diagnóstico realizado até os anos pré-escolares ainda é incomum, levando-se em conta que aos 3 anos a maioria das crianças já se enquadram nos critérios diagnóstico¹².

Tratamento

Independentemente do tipo de intervenção realizada na criança autista seu desfecho prognóstico leva em consideração três fatores determinantes: a) a idade com a qual é diagnosticada, b) o início do tratamento e o c) grau de comprometimento de aspectos como linguagem, interação social e funcionamento cognitivo. Quanto mais comprometido, pior é o prognóstico^{1,4,10}.

Levando-se em conta a inexistência de intervenções completamente eficientes, existem vários tratamentos dispondo de igual variedade de efetividade para cada caso^{3,4}. Alguns autores defendem a estruturação do processo de tratamento quanto a idade do indivíduo, outros quanto as peculiaridades de cada criança, baseando-se no nível de especialização do profissional envolvido, ou, ainda, com equipes multidisciplinares⁴.

Basicamente os tratamentos tem como alvos principais as habilidades de interação social e linguagem, a fim de torná-las o quanto funcional quanto possível, e comportamentos desadaptativos, trabalhando-se para atenuá-los³.

A linguagem é um dos tripés que sustenta o diagnóstico autístico e direciona o processo terapêutico fonoaudiológico⁹. Sendo a linguagem uma das preocupações iniciais dos pais ao decorrer do desenvolvimento da criança autista, na medida em que está não progride ou se desenvolve para posteriormente regredir¹.

A preocupação com o desenvolvimento e intervenção precoce quanto da linguagem na literatura se justifica, pois esta está diretamente associada ao desfecho desfavorável, se seu decurso é tardio⁹.

Ademais a linguagem também pode ser um bom indicativo do prognóstico no desenvolvimento da vida da criança autista ao adulto autista. Alguns estudos relacionam os prejuízos na linguagem com desfechos desfavoráveis, estando os prejuízos demasiados desta, associados ao baixo nível cognitivo e a comportamentos disruptivos^{4,9}.

As características do uso da linguagem pelos autistas são peculiares mesmo quando esta é comparada entre os mesmos, levando-se em conta a expressão extremamente variada do transtorno⁶. Podem estar presentes manifestações como a ecolalia tardia (repetição da fala alheia algum tempo depois da emissão desta) ou imediata (repetição da fala alheia logo após sua emissão); a entoação, melodia, da voz idiossincrática; a inversão pronominal, ao invés de dizer “EU” a criança autista diz “VOCÊ”; melhor compreensão do uso de termos lacônicos do que frases permeadas de analogia, metáforas, ironia ou mesmo sarcasmo; sendo que a falta de linguagem verbal não é compensada pelo uso da não verbal¹.

Por meio da fonoaudiologia são focadas intervenções que se orientam sob a perspectiva do uso comunicativo da linguagem e/ou maximização da qualidade desta^{9,14,17-20}. As formas de tratamento encontradas com foco especial na linguagem foram os programas que se orientam sob enfoque desenvolvimentista, terapia da fala, da linguagem embasada sob a perspectiva pragmática, terapia da linguagem sócio-pragmática, PECS (*Picture Exchange Communication System*), Comunicação facilitada, TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*), terapia fonoaudiológica e Análise Comportamental Aplicada.

A intervenção sob abordagem desenvolvimentista visa a potencialização da linguagem tanto verbal quanto pré-verbal, assim como da qualidade em utilizar esta com fins comunicacionais. Subjacentes ao modelo desenvol-

vimentista estão linhas de intervenção que buscam fornecer ao autista a possibilidade de espontaneidade e iniciativa ao começar um diálogo (*Developmental Social-Pragmatic Model – DSP*); a funcionalidade da comunicação, *Social-Communication, Emotional Regulation, Transactional Support model of intervention* (SCERT), sendo este orientado pela terapia da linguagem sócio-pragmática; e o desdobramento tanto das habilidades comunicativas, interacionais, como da idéia de sujeito, (DIR) *Developmental, Individual-difference, Relationship-based Model*¹⁰.

A intervenção pode também se guiar ante comunicação alternativa como O PECS (*Picture Exchange Communication System*), que fornece a criança imagens como meio comunicativo ajudando-a a relacionar situações e conceitos, melhorando sua compreensão; a “Comunicação facilitada”, técnica que oferece figuras as crianças, por meio de cartões, os quais possibilitariam a potencialização do uso da linguagem; o TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*), por meio de estímulos visuais proporciona à criança maior qualidade linguística e ao aprendizado, além de atenuar comportamentos desadaptativos⁴.

A intervenção por meio da terapia da linguagem sob a perspectiva pragmática apreende o contexto da fala como decisivo, pois interfere excessivamente na qualidade/quantidade comunicativa da criança¹⁷⁻¹⁸. Em estudos realizados durante a terapia da linguagem, contextos que forneciam atenção e jogos compartilhados maximizavam o uso comunicativo da linguagem, ao passo que contextos pobres (com cadeiras e mesas, por exemplo) não atingiam o mesmo efeito.

A terapia fonoaudiológica fora abordada num estudo longitudinal com cinco crianças autistas e cinco diagnósticas com a síndrome de Asperger, onde pôde-se observar que após três momentos distintos de intervenção fonoaudiológica houve aumento no número de palavras por emissão, por frase, de emissões espontâneas¹⁹. Malgrado o estudo não ser passível de generalização, corrobora para a eficácia da terapia fonoaudiológica no aumento de vocabulário e emissões. Outro estudo a cerca desse modelo também relata ganhos tanto qualitativos quanto quantitativos na linguagem²⁰.

Outra intervenção sobre a linguagem é a Análise Comportamental Aplicada (ABA), que se orienta sob a Análise Comportamental aplicada à linguagem. Escolhidos aspectos específicos do comportamento socialmente requeridos, estes são reforçados e modelados durante o processo terapêutico a fim de que sejam incorporados ao leque comportamental da criança autista⁹.

O aprimoramento da interação social e diminuição dos comportamentos estereotipados e repetitivos são o foco dos programas de intervenção das intervenções que se seguem.

O modelo de tratamento *Developmental, Individual-difference, Relationship-based Model* (DIR) promove as habilidades comunicativas, interacionais e a afirmação do autista como sujeito. Dessa forma fornece qualidade e quantifica a interação social¹⁰.

A intervenção *Communication, Emotional Regulation, Transactional Support model of intervention* (SCERT), além de abordar aspectos disfuncionais da comunicação também o faz com os déficits da interação social e processamento sensorial. Outras procuram desenvolver as habilidades imitativas e das brincadeiras nos autistas, pois estas são associadas ao desenvolvimento da atenção compartilhada, do uso intencional da comunicação, do jogo simbólico e empatia¹⁰.

Outro programa é o TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*) que, como já citado acima, dentre outras contribuições, diminui comportamentos disruptivos^{10,21}.

O tratamento farmacológico é uma opção para atenuar comportamentos considerados indesejáveis. O grupo dos antipsicóticos atípicos (AAPs) são administrados a fim de interferirem em comportamentos demasiadamente desajustados, podendo ser aplicados ao grupo das DITs. As medicações estimulantes, que são usadas no tratamento de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), agem na debilidade de agitações motoras, hiperatividade e comportamentos não adaptativos. Os anticonvulsivantes são usados especificamente na população autista, visando a diminuição das convulsões³.

Um estudo brasileiro sobre as famílias dos autistas na busca do diagnóstico e tratamento²² apresenta um quadro bem aquém das possibilidades classificatórias descritas na literatura. Das crianças participantes da pesquisa uma foi diagnosticada em torno dos 2 anos, sete em torno dos três, seis aos quatro ou cinco, e mais seis por volta dos seis, sete anos de idade. Durante a descoberta do transtorno as mães alternavam visitas à fonoaudiólogas, psicólogas, pediatras, médicas até conseguirem fechar o diagnóstico e começar o tratamento. Apesar desse tipo de estudo ser escasso, é de demasiada relevância, tendo em vista a orientação de políticas públicas.

Discussão

O diagnóstico autista é dado por meio da identificação do comprometimento da interação social, de comportamentos estereotipados e repetitivos, juntamente com prejuízos na comunicação. Estes comprometimentos e comportamentos desajustados se expressam de maneira heterogênea nessa população. Existem autistas que não falam e nem se envolvem na interação social ficando isoladas; outros que querem se engajar socialmente, mas que não sabem como fazê-lo apropriadamente; podem apresentar hipersensibilidade ao toque, aos sons, auto-agressividade, heteroagressividade, andar sob as pontas dos pés, carência de contato ocular, comportamentos obsessivos, emissão de comportamentos em lugares inapropriados e estereotipados¹⁴. Assim as peculiaridades dos comportamentos sociais e das brincadeiras são frequentemente expressos pelos pais como fontes de preocupação durante o desenvolvimento da criança autista⁴.

Foi possível verificar, por meio da literatura pesquisada, que a maneira pela qual os autistas utilizam a comunicação subjaz o sucesso na interação social. Os

tratamentos que visam o desenvolvimento funcional da linguagem parecem que, invariavelmente, proporcionam a promoção da interação social e da diferenciação do sujeito, visto que o uso da linguagem somente adquire sentido quando esta se direciona para o "outro". Ademais o "outro" somente pode existir se existe um "eu".

Não obstante, apesar do tratamento em equipes multidisciplinares ser de suma importância para o desenvolvimento do sujeito, contribuindo para o diagnóstico e intervenções precoce¹³, este não foi frequente na literatura pesquisada. Cada área do conhecimento ancora sua produção em alguns aspectos mais inteligíveis do seu próprio campo, apesar de existirem artigos que extrapolam essa delimitação, levando-se em conta os limites do presente artigo.

Não obstante, por meio da seleção artigos pôde-se apreender que as revistas de Psicologia, área de graduação dos autores, não produzem tanto sobre o tema, levando-se em conta as palavras-chave utilizadas, se comparadas as de Psiquiatria e, principalmente, as de Fonoaudiologia. A participação de autores com formação em Psicologia foi de 34 %, o que mostra interesse na temática. Baseando-se nos artigos que preencheram os critérios de inclusão, a porcentagem de revistas de psicologia que abordou o tema foi de 15% (3 artigos dos 19 utilizados). O que é menos frequente do que as publicações em revistas de Psiquiatria (26%) e Fonoaudiologia (47%) da base Scielo.

Conclusão

Este estudo permite apontar para a necessidade do diagnóstico precoce em crianças do espectro autístico, bem como o envolvimento de diferentes profissionais da área da saúde no diagnóstico e cuidados a essa clientela. Além disso, é um tema de interesse para profissionais e estudantes da área da Saúde e também da área de Psicologia, tendo em vista características de cunho psicológico presente nos indivíduos que desenvolvem esse quadro. O baixo número de publicações envolvendo psicólogos e em revistas de Psicologia indica a necessidade de maior ênfase a respeito deste tema nos cursos de graduação no Brasil.

Referências

1. Klin A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. Rev Bras Psiquiatr. 2006;28(supl.1):s3-s11.
2. Gobry I. Vocabulário grego da filosofia. São Paulo: Martins Fontes; 2007.
3. Nikolov R, Jonker J, Scahill L. Autismo: tratamentos psicofarmacológicos e áreas de interesse para desenvolvimentos futuros. Rev Bras Psiquiatr. 2006; 28(supl.1):s39-s46.
4. Bosa C. Autismo: intervenções psicoeducacionais. Rev Bras Psiquiatr. 2006; 28(supl.1):s47-s53.
5. American Psychiatric Association. DSM IV TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais 4. ed. Lisboa: Climepsi; 2002.
6. Carvalheira G, Vergani N, Brunoni D. Genética do autismo. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26(4):270-2.

7. Teixeira MCTV, Mecca TP, Velloso RL, Bravo RB, Ribeiro SHB, Mercadante MT *et al.* Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. *Rev Assoc Méd Bras.* 2010;56(5):607-14.
8. Tamanaha AC, Perissinoto J, Chiari B.M. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2008;13(3):296-99.
9. Silva RA, Lopes-Herrera AS, De Vitto LPM. Distúrbio de linguagem como parte de um transtorno global do desenvolvimento: descrição de um processo terapêutico fonoaudiológico. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2007;12(4):322-8.
10. Lampreia C. A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. *Estudos Psicol (Campinas).* 2007;24(1):105-14.
11. Bosa C. Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2002;15(1):77-8.
12. Garcia M, Lampreia C. Limites e possibilidades da identificação de risco de autismo no primeiro ano de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2011;24(2):300-8.
13. Sousa EC, Lima FT, Tamanaha AC, Perissinoto J, Azevedo MF, Chiari BM. A associação entre a suspeita inicial de perda auditiva e a ausência de comunicação verbal em crianças com transtornos do espectro autístico. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2009;14(4):487-90.
14. Amato CALH, Molini-Avejonas DR, Santos THF, Pimentel AGL, Valino VC, Fernandes FDM Fatores intervenientes na terapia fonoaudiológica de crianças autistas. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2011;16(1):104-8.
15. Losapio M, Pondé M. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2008;30(3):221-9.
16. Souza-Morato PF, Fernandes FDM. Adaptação sócio-comunicativa no espectro autístico: dados obtidos com pais e terapeutas. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2009;14(2):3.
17. Misquiatti A, Brito M. Terapia de linguagem de irmãos com transtornos invasivos do desenvolvimento: estudo longitudinal. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2010;15(1):134-9.
18. Misquiatti A, Fernandes F. Terapia de linguagem no espectro autístico: a interferência do ambiente terapêutico. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2011;16(2):204-9.
19. Rodrigues LCCB, Tamanaha AC, Perissinoto J. Atribuição de estados mentais no discurso de crianças do espectro autístico. *Rev Soc Brasil Fonoaudiol.* 2011;16(1):25-9.
20. Fernandes FDM, Santos TH Ferreira, Amato CALH, Molini-Avejonas DR. Recursos de informática na terapia fonoaudiológica de crianças do espectro autístico. *Pró-Fono Rev Atual Cient.* 2010; 22(4):415-20.
21. Kwee CS, Sampaio TMM, Atherino CCT. Autismo: uma avaliação transdisciplinar baseada no Programa Teacch. *Rev CEFAC.* 2009;11(2):217-26.
22. Favero-Nunes MA, Santos MA. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2010;23(2):208-21.

Endereço para correspondência:

Renata F Pegoraro
Rua J16, Q106, Lote 11, Sobrado 2, Setor Jaó
Goiânia-GO, CEP 74631-310
Brasil

E-mail: rfpegoraro@yahoo.com.br

Recebido em 31 de janeiro de 2012
Aceito em 6 de maio de 2013