

Sinais clínicos do transtorno do espectro autista (TEA) para auxiliar o odontopediatra no diagnóstico precoce

Clinical signs of autistic spectrum disorder (ASD) to assist pediatric dentists in early diagnosis

Aíla Andrade Batista¹ <https://orcid.org/0000-0003-4212-3650>

Gabriela Mancia de Gutierrez¹ <https://orcid.org/0000-0003-1538-5823>

Renata de Faria Santos¹ <https://orcid.org/0000-0003-2748-3295>

¹Department of Dentistry, Centro Universitário Ages, Paripiranga, BA, Brazil

Autor de correspondência:

Renata de Faria Santos

E-mail: renatads@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio de desenvolvimento que interfere nas áreas de interação social e comportamental, podendo ser classificado em níveis leve, moderado e severo. **Objetivo:** Realizar uma revisão de literatura para identificar os sinais presentes em pacientes com esse transtorno, e assim auxiliar os cirurgiões dentistas, principalmente o odontopediatra, no diagnóstico precoce. **Revisão de literatura:** As primeiras manifestações do TEA aparecem antes dos 36 meses de idade. Um dos sinais clínicos relacionados à interação social são crianças que preferem ficar sozinhas, não participando de brincadeiras. Costumam ser observados sinais de comportamentos repetitivos e interesses restritos, que podem dificultar o convívio social. Atrasos na fala são, frequentemente, o principal sinal observado pelos pais. Alguns questionários de rastreamento de TEA podem ser aplicados pelos profissionais da saúde. **Discussão:** O cirurgião-dentista, especialmente o odontopediatra, deve estar atento ao desenvolvimento do paciente infantil, verificando a presença de atraso na fala, característica importante do espectro, bem como de desvios de comportamento

incompatíveis com a idade ou procedimento odontológico. Na presença de algum sinal do espectro o profissional não deve hesitar em encaminhar para outros profissionais para melhor avaliação. **Conclusão:** O conhecimento desses sinais por parte dos profissionais de saúde, em especial o odontopediatra, é de fundamental importância para auxiliar no diagnóstico precoce, a fim de minimizar os sintomas e contribuir para o desenvolvimento e integração da criança com TEA na sociedade.

Palavras-chave: Transtorno do espectro autista. Sinais e sintomas. Diagnóstico precoce.

ABSTRACT

Introduction: Autism Spectrum Disorder (ASD) is a developmental disorder that interferes in the behavioral and social interaction areas, and can be classified into mild, moderate, and severe levels. **Aim:** To conduct a literature review to identify the signs present in patients with ASD, and thus assist dentists, especially pediatric dentists, in early diagnosis. **Literature review:** The first manifestations of ASD appear before 36 months of age. One of the clinical signs related to social interaction are children who prefer to be alone, not participating in games. Signs of repetitive behaviors and restricted interests are usually observed, which can hinder social interaction. Speech delays are often the main sign observed by parents. Some ASD screening questionnaires can be applied by healthcare professionals. **Discussion:** The dentist, especially the pediatric dentist, must be attentive to the development of the patient, verifying the presence of speech delay, an important characteristic of the spectrum, as well as behavioral deviations incompatible with age or dental procedure. In the presence of some signs of the spectrum, the professional should not hesitate to refer the patient to other professionals for further evaluation. **Conclusion:** Knowledge of these signs by health professionals, especially pediatric dentists, is of fundamental importance to assist in early diagnosis in order to minimize symptoms and contribute to the development and integration of children with ASD in society.

Keywords: Autism spectrum disorder. Signs and symptoms. Early diagnosis.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio de desenvolvimento que compromete as áreas da comunicação, da socialização e do comportamento, com interesses estereotipados e restritos. A palavra "autismo" vem do termo grego "autos", que significa "em si mesmo", e o sufixo "ismo" se refere à ideia de direção ou estado¹.

O TEA pode ser classificado em níveis leve, moderado e severo por meio de uma avaliação no estilo entrevista, através da escala *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)¹. A nova Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) une os transtornos do espectro em um só diagnóstico alinhando-se ao DSM-5, de maneira que as subdivisões passaram a ser apenas relacionadas a prejuízos na linguagem funcional e deficiência intelectual². Outra escala é a *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), utilizada para rastreamento precoce de autismo, e aplicada a pais e cuidadores de crianças de 18 a 24 meses³. Esta apresenta alta sensibilidade e especificidade, e por ser autoaplicável e de simples entendimento, é bastante utilizada para identificar traços do Transtorno do Espectro Autista em crianças com baixa idade⁴.

O diagnóstico precoce é de extrema importância para o desenvolvimento social da criança⁵. Baseado nisso, é preciso que os responsáveis e os profissionais (professores, familiares, gestores e profissionais da saúde) estejam atentos aos sinais clínicos da criança com TEA nos primeiros anos de vida, permitindo que o diagnóstico seja realizado antes dos três anos de idade. É importante o encaminhamento ao especialista (neurologista e psiquiatra) quando observado na criança comportamentos atípicos severos para avaliação de fatores motores, sensoriais, rotinas, e aspectos emocionais⁶.

Sabe-se que o tratamento precoce, ainda no período de maior plasticidade cerebral presente nas primeiras fases de vida da criança, tende a melhorar a conectividade neuronal, reduzindo alterações nas habilidades sociais e cognitivas⁷.

Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho é, portanto, realizar uma revisão de literatura a respeito dos sinais clínicos do TEA, no intuito de orientar o cirurgião-dentista a reconhecer precocemente os sinais e sintomas desse espectro.

REVISÃO DE LITERATURA

Definição do TEA e etiopatogenia

A primeira definição do TEA foi feita pelo psiquiatra infantil Leo Kenner em 1943, como sendo uma condição com predileção pelo sexo masculino, inicialmente denominada “Distúrbio Autístico do Contato Afetivo”, e apresentando características comportamentais bastante específicas, como: solidão autística extrema, perturbações das relações afetivas, incapacidade no uso da linguagem, aspecto físico com aparência de normalidade, presença de boa capacidade cognitiva, comportamentos ritualísticos, ecolalia, obsessividade e estereotipia⁸.

Atualmente, segundo o DSM-5 o autismo é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades de interação social, comunicação e comportamentos repetitivos e restritos. Sendo classificado em três níveis de gravidade: leve, moderado e grave¹. O TEA possui uma heterogeneidade na expressão dos comportamentos e características, podendo gerar alterações no desenvolvimento motor fino, no sensorial, na linguagem e no socioemocional^{1,9}.

A prevalência do TEA varia bastante entre diferentes populações e etnias, mas se observa um aumento na prevalência desse transtorno. De acordo com Maenner et al.¹⁰ a estimativa da prevalência de TEA na população americana foi de 18.5 casos em cada 1.000 (1:54) crianças na idade de 8 anos em 2016. Segundo os autores, essa prevalência é maior do que as estimativas de prevalência de anos anteriores, provavelmente por mudanças nas práticas da comunidade para identificação do TEA, por alterações nos sistemas de coleta dos dados e por outros fatores desconhecidos¹⁰. No que diz respeito ao gênero, o TEA demonstra uma prevalência 4.3 vezes maior em meninos do que em meninas¹⁰.

Sendo o autismo uma condição complexa, sua etiologia ainda é inconclusiva. Muitos estudos têm buscado descobrir fatores genéticos associados. Acredita-se que a heterogeneidade de fenótipos ocorre por eventuais fatores em conjunta atuação, sendo eles: biológico-genético, relacional, ambiental, neurodiversidade^{7,11}.

Uma corrente orgânica analisa o autismo como biológico-genético, referindo-se como uma doença neurológica e protege a ideia de que sua etiologia estaria nas mudanças do sistema nervoso central, acreditando que estaria mais especificamente

nos genes, podendo ser herdado ou sofrer alguma alteração genética automática¹². Algumas síndromes possuem íntima associação com o autismo, como por exemplo a X-Frágil, Rett, Angelman entre outras. Além disso vários genes desempenham um papel crucial na fisiopatologia do TEA, dentre eles SHANK3, CNTN4, CNTNAP2, CHD2, MET¹³.

Já a corrente psicogênica entende o TEA como sendo um problema de falha psicológica relacionada à mãe e ao bebê iniciada na infância¹². Este fator ocorre devido a criança não interagir com a mãe e ela não interagir de volta, desse modo criando o mito da “mãe geladeira”. Isso acontece pelo fato de muitas crianças não responderem ao contato físico da mãe, ao sorriso e ao olhar, provocando assim distanciamento entre a mãe e a criança¹⁴. No entanto, essa teoria já caiu por terra visto que o psicólogo Bernard Rimland, pai de uma criança autista, através do seu livro publicado em 1964, negou a tese da “mãe geladeira”, apontando que a base do autismo era orgânica e não emocional¹⁵.

Em relação aos fatores ambientais, acredita-se que o Transtorno do Espectro Autista possa ocorrer devido à exposição a agentes ambientais durante a fase pré-natal, perinatal e pós-natal, sendo as vacinas alvo de várias contestações em associação ao TEA. Apesar de estar evidente que vacinas não provocam e não agravam o TEA, muitos pais ainda acreditam que as mesmas possam ser a causa, ou que possam piorar a sua condição¹⁶. Essa falsa associação foi levantada pela publicação de uma pesquisa preliminar na conceituada revista *Lancet*, a qual trouxe a conclusão de vínculo causal entre vacina e sintomas regressivos em crianças abaixo de 2 anos^{17,18}. Após anos dessa publicação foi comprovado que o pesquisador possuía conflito de interesse com uma possível patente de vacina, levando a revista a se retratar após revisão dos dados erroneamente publicados, reconhecendo falhas na análise estatística dos mesmos¹⁸.

Outros fatores ambientais estão sendo pesquisados como causadores do TEA, como a exposição durante o período gestacional a uso de álcool, antibióticos, drogas e outros entorpecentes, carência nutricional, infecções, exposição a metais pesados, poluentes e hormônios. Comprovadamente, a idade avançada dos progenitores aumenta o risco do autismo¹³. Segundo revisão sistemática com meta-análise realizada por Wu et al.¹⁹, a cada 10 anos de aumento na idade materna e paterna, há

um aumento de 18% e 21%, respectivamente, no risco de desenvolvimento de TEA pela criança. Uma revisão sistemática de outras revisões sistemáticas publicada por Modabbernia et al.²⁰ demonstrou que fatores ambientais como vacinação, tabagismo materno e provavelmente técnicas de reprodução assistida não estariam relacionadas a aumento no risco de TEA. Contrariamente, complicações no parto relacionados a trauma, isquemia e hipóxia demonstraram forte associação²⁰.

Em contrapartida, os estudos relacionados à neurodiversidade caracterizam o TEA como uma maneira do ser humano demonstrar sua singularidade, apontando que seja respeitado e aceito como tal, desse modo, sem intervenções do ponto de vista da área da saúde e social²¹.

Atualmente, a tese mais aceita para o seu surgimento é uma combinação dos fatores genéticos e ambientais. Desse modo, esse conjunto de fatores acaba levando a uma desordem neurológica gerando consequências negativas para o funcionamento cerebral. Por assim ser, pesquisas atuais têm o objetivo de avaliar como os genes interagem entre si e em conjunto com outros fatores ambientais, com o intuito de compreender como a rede neuronal causa o comportamento autista^{12,13}.

Sinais do TEA

Os sinais do TEA se baseiam em três fatores principais, a saber: inadequada interação social, distúrbio de comunicação social e comportamento repetitivo e restrito. Apresentam-se a partir do desenvolvimento do bebê e se potencializam quando a criança chega aos dois ou três anos de idade. Na interação social, elas apresentam pouco interesse, costumam ficar isoladas, afastando-se da convivência com outras crianças¹. Esses aspectos ocasionam danos à vida social, sendo que, muitas vezes, de acordo com a ocasião ou o ambiente, elas não conseguem ser solidárias, empáticas, expressivas ou mediadoras, apresentando dificuldades em fazer amizades, em participar de brincadeiras e tendem a ter predileção por ficarem sozinhas⁹.

Em relação à comunicação social, a criança com TEA apresenta dificuldade em iniciar, manter e concluir uma conversa com devida compreensão e concordância de acordo com os diferentes tipos de ferramentas de comunicação verbal ou não-verbal. Pode apresentar alterações mais graves, como a ecolalia, que significa “repetição em

eco de fala” sem oferecer uma continuidade correta ao que foi dito, sendo uma desordem grave de comprometimento da linguagem discursiva que interfere de forma significativa no processo de manter a comunicação com outras pessoas^{1,9}.

Além disso, muitas vezes, comunicam-se com gestos em vez de palavras, usam rimas sem sentido, discursam fora do contexto e não sabem se referir a si mesmas de modo correto. Em vez de dizer por exemplo “eu quero brincar”, elas usam “você quer brincar”^{9,22}. Não costumam colocar emoções em suas falas (transparecem frieza, discurso mecânico e protocolar na fala), usam termos copiados de textos, imitam desenhos e personagens para dizer o que pensam, não compreendem linguagem de duplo sentido, metáforas, piadas, sarcasmos e normalmente costumam falar bem sobre assuntos que são de seus interesses, sempre voltando ao mesmo tema sem respeitar os dialogadores^{9,22}.

No que se refere ao comportamento repetitivo e aos interesses restritos, apresentam dificuldades para manter o convívio social, pois não conseguem aceitar pressões e obrigações do cotidiano, como tarefas de casa e da escola, bem como do convívio com amigos. Desse modo, podem demonstrar irritabilidade, agressividade, perda rápida de interesse, falta de empenho por novos assuntos e abandono de grupo, bem como podem apresentar dificuldade em ouvir “não” e em obedecer, desenvolvendo sofrimento extremo a pequenas mudanças^{1,9}. Esses interesses são visíveis quando eles agem de maneira peculiar, como mania de enfileirar objetos e brinquedos. Apresentam fascínio por coisas que têm o ato de rodar, deslumbramento por estímulos visuais específicos como luzes e elementos de seus interesses, e hábito exagerado de citar e trazer de volta determinados assuntos e personagens²³.

Alguns apresentam estereotípias motoras, que são movimentos repetitivos sem nenhuma finalidade, manifestando esse comportamento de várias formas quando ficam ansiosos e excitados; a exemplo invertem lateralmente as mãos, como também balançam para cima e para baixo, realizando o *flapping* de mãos, pulam repetidamente, correm sem direção, movimentam o tronco para frente e para trás, movem as mãos e os dedos frente à face, além de costumarem cheirar objetos^{1,22}.

Ligados a esses sinais principais estão os secundários vinculados, tais quais: predileção por objetos, focando toda sua atenção e deixando as pessoas de lado; distúrbios sensoriais, manifestando hipo e/ou hipersensibilidade do tato, visão,

audição, olfato e paladar. Assim, realizam algumas reações a estímulos sensoriais como: reflexo de cobrir o ouvido com as mãos mesmo na presença de ruídos de intensidade considerada normal; evitam contato físico, por ser muito opressivo ou estimulante; possuem o hábito de cheirar pessoas ao invés de cumprimentá-las; lambem amigos como ato de reconhecimento; optam pelo isolamento social por terem hipersensibilidade auditiva; apresentam sensibilidade quase inexistente a dor; seletividade alimentar e fobias inexplicáveis^{1,9}.

Além de ausência de contato visual, problemas no uso e na compreensão da linguagem, comportamentos estereotipados e repetitivos, ausência de interesses e presença de atividades que se restringem a seus gostos pessoais, presentes em maior ou menor grau no TEA, essas pessoas podem apresentar alterações comportamentais dos tipos: agressão, autolesão, autoestimulação, preocupação com partes de objetos inanimados e apego a rotinas^{1,9}.

Alguns outros sinais que podem ser observados no TEA são a automutilação, agressividade, e comportamentos socialmente inadequados como a birra. Esses sinais não estão nos critérios de diagnóstico do DSM-5, mas são secundários aos sinais primários^{9,24}.

Durante o desenvolvimento de bebês é importante observar o desenvolvimento motor, da linguagem e social, já que a presença de pouca expressão facial, ausência de sorriso social, baixo contato ocular, e ausência de balbucios acabam sendo sinais de pouco engajamento sociocomunicativo, sendo manifestações precoces do autismo⁹. O diagnóstico de TEA pode ser feito em crianças muito jovens, de 15 a 24 meses em alguns casos, embora esses diagnósticos precoces devam ser monitorados²⁵. Apesar disso, muitas crianças só conseguem ter o diagnóstico fechado após os 3 anos de vida²⁶. No Brasil, o tempo médio para diagnóstico é aos cinco anos de idade, apesar de os pais já observarem os primeiros sinais do TEA por volta dos 23 meses de vida dos seus filhos²⁷.

Diagnóstico e Tratamento

Conforme os critérios diagnósticos do DSM-5¹, as primeiras manifestações do TEA devem aparecer antes dos 36 meses de idade, sendo que o diagnóstico é estabelecido com base em uma lista de critérios comportamentais (Tabela 1).

Tabela 1: Critérios diagnósticos do transtorno do espectro autista (F84.0) DSM-V

Critério	Características
A	Deficiências persistentes na comunicação e interação social: 1. Limitação na reciprocidade social e emocional; 2. Limitação nos comportamentos de comunicação não verbal utilizados para interação social; 3. Limitação em iniciar, manter e entender relacionamentos, variando de dificuldades com adaptação de comportamento para se ajustar às diversas situações sociais.
B	Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestadas pelo menos por dois dos seguintes aspectos observados ou pela história clínica: 1. Movimentos repetitivos e estereotipados no uso de objetos ou fala; 2. Insistência nas mesmas coisas, aderência inflexível às rotinas ou padrões ritualísticos de comportamentos verbais e não verbais; 3. Interesses restritos que são anormais na intensidade e foco; 4. Hiper ou hiporreativo a estímulos sensoriais do ambiente
C	Os sintomas devem estar presentes nas primeiras etapas do desenvolvimento. Eles podem não estar totalmente manifestos até a demanda social exceder suas capacidades ou podem ficar mascarados por algumas estratégias de aprendizado ao longo da vida.
D	Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento atual do paciente.
E	Esses distúrbios não são melhor explicados por deficiência cognitiva ou atraso global do desenvolvimento.

Fonte: American Psychiatric Association, 2013¹

O diagnóstico e o tratamento precoce do TEA são de fundamental importância para melhorar a qualidade de vida, minimizar os sintomas e ajudar na interação entre a família e a sociedade, sobretudo em virtude de na atualidade ainda não existir um exame específico capaz de diagnosticá-lo¹¹. O diagnóstico é essencialmente clínico, sendo o rastreamento precoce indicado ainda nos bebês variando de 12-30 meses^{4,28,29}. Atualmente, os níveis de detecção do Transtorno do Espectro Autista se intercalam em divisões de graus ou níveis de gravidade¹.

No nível 1, considerado TEA leve, as pessoas apresentam dificuldades na interação social e no comportamento repetitivo e restrito, porém necessitam de suporte mínimo no auxílio das atividades do dia a dia. No nível 2, TEA moderado, os indivíduos possuem maior dificuldade com habilidades sociais em comparação ao

nível 1, podendo ou não se comunicar verbalmente. Geralmente apresentam conversas curtas e sobre algo específico do interesse delas. Podem apresentar dificuldade em mudanças de ambiente, necessitando de suporte em muitos momentos. Em relação ao nível 3, TEA severo, demonstram dificuldades mais expressivas nas habilidades e comunicação social, com comportamentos repetitivos e restritos que dificultam o convívio e as atividades do cotidiano. Apresentam dificuldade extrema com mudanças, necessitando de suporte substancial para a execução de atividades da vida diária, incluindo as de autocuidado e higiene pessoal¹.

Um dos questionários mais utilizados para o rastreamento do TEA é M-CHAT (Escala *Modified Checklist for Autism in Toddlers*), que tem por finalidade auxiliar e guiar na identificação de sinais e diagnóstico do TEA para crianças entre 16 e 30 meses. O M-CHAT é formado por questões que devem ser respondidas pelos pais ou cuidadores, cada questão pontuada resulta no acréscimo de 01 ponto, e há questões que são consideradas críticas para sinais do TEA, como a 2, 7, 9, 13, 14 e 15 que avaliam aspectos importantes sociais e de atenção compartilhada, como: interesse social, apontar objetos e imitações. Já as outras questões têm como intuito avaliar fatores sensoriais, motores e aspectos de relacionamento. Desse modo, as crianças que falham em três ou mais questões consideradas críticas são qualificadas como afirmativas para os sinais do TEA⁴.

A CARS (*Childhood Autism Rating Scale*) é outro método utilizado, aplicado em crianças de 3 a 17 anos de idade, e além de ser um método de triagem, possibilita distinguir os níveis de gravidade em leve, moderado e severo. É uma escala com 15 tópicos que analisam respostas emocionais, reações pessoais, imitações, uso corporal, resposta a mudanças, uso de objetos, resposta visual, auditiva, tato, olfato, paladar, nervosismo e medo, comunicação verbal e não-verbal, resposta intelectual, nível de atividade e impressões gerais²⁸. Para cada um dos 15 tópicos a pontuação varia de 1 (sem evidência de anormalidade) a 4 (comportamento severamente anormal). O somatório total varia de 15 a 60, sendo o indivíduo classificado como dentro do espectro a partir de 30 pontos, e quanto maior o somatório, maior o nível de gravidade²⁸.

Apesar da existência de diversas escalas de triagem para a avaliação de crianças com suspeita de TEA^{4,28,30}, o diagnóstico de TEA é de exclusão e por isso os

profissionais da saúde encontram dificuldades em realizá-lo precocemente³¹. Os pais possuem papel primordial para auxílio no diagnóstico, pois convivem mais intensamente com a criança, sendo fonte de informações para ajudar os profissionais na identificação dos sinais^{29,31}. Os problemas no desenvolvimento da linguagem verbal costumam ser os primeiros sinais identificados pelos pais, seguidos pelo desvio no comportamento social e pela presença de comportamentos repetitivos e estereotipados^{29,32}.

O comportamento social é o melhor indicativo para o diagnóstico diferencial da criança com TEA, e esse diagnóstico se dá a partir de um profissional qualificado, dos testes psicológicos e educacionais, dos exames neurológicos (para descartar outros diagnósticos) e do acompanhamento multidisciplinar com neurologista, psiquiatra, psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo, fisioterapeuta e dentista³³.

Não existe cura para as pessoas com TEA, mas as intervenções, com terapias em diversas áreas, podem melhorar suas habilidades de comunicação, socialização e funções motoras¹¹. O diagnóstico precoce é essencial para um bom prognóstico, já que intervenções nos primeiros anos de vida levam a melhores resultados de desenvolvimento pela maior plasticidade cerebral nesse período e pelo maior potencial para promover a reorganização do cérebro da criança com TEA³⁴.

A intervenção comportamental intensiva precoce mais utilizada nas pessoas com TEA é a terapia ABA (*Applied Behavior Analysis*), a qual se baseia no modelo da análise de comportamento aplicada. Sua finalidade é remover os comportamentos indesejáveis, melhorando o desenvolvimento verbal, intelectual e social dos pacientes dentro do espectro^{23,35,36}.

O instrumento de avaliação VB-MAPP (*Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program*) tem a capacidade de medir 170 marcos da linguagem e aprendizado. Esse instrumento é dividido em 3 níveis de acordo com a idade cronológica da criança, sendo o nível 1 de 0-18 meses, nível 2 de 18 a 30 meses, e nível 3 de 30 a 48 meses. O VP-MAPP é um protocolo importante já que abrange diversas questões essenciais para a intervenção da criança com autismo. Após a avaliação pode-se planejar quais habilidades devem ser prioridades na intervenção, em qual nível a intervenção deve ser iniciada, quais estão sendo as barreiras para o desenvolvimento da linguagem e do aprendizado, quais as

estratégias de ensino específicas e qual o melhor ambiente educacional para a criança³⁰. Isso possibilita o Plano de Ensino Individualizado (PEI), que deve ser construído em conjunto com a escola, família e os terapeutas que acompanham a criança. O VB-MAPP é normalmente aplicado pelo terapeuta antes de iniciar a ABA³⁰.

DISCUSSÃO

O Transtorno do Espectro Autista se caracteriza por um distúrbio de desenvolvimento neurológico de início precoce que gera comprometimento das habilidades, e que apresenta maior prevalência no gênero masculino³⁶. Alguns estudos discutem sobre a idade ideal para o diagnóstico do TEA¹. No entanto, Zaqueu et al.³⁷ relatam que a idade ideal é controversa, pois quanto mais cedo o reconhecimento dos sinais e o encaminhamento antecipado acontecer, melhor será o desempenho da criança. Uma vez que o TEA não apresenta cura, o diagnóstico precoce seguido de intervenção precoce é extremamente importante para o desenvolvimento das habilidades da criança e melhora do prognóstico³⁸.

Em concordância com a DSM-5¹, os profissionais da saúde, principalmente odontopediatras, devem ficar atentos e ter um olhar mais aprimorado frente aos sinais do TEA. Devem analisar o paciente como um todo, avaliando o seu desenvolvimento, pois esses conhecimentos vão contribuir de forma positiva para o rastreamento a ponto de alertar a família para auxiliar no diagnóstico precoce, favorecendo o desenvolvimento desses indivíduos. Os odontopediatras devem ter conhecimento sobre os sinais do autismo para poder identificar casos de TEA no seu consultório e encaminhá-los ao especialista, neurologista ou psiquiatra, para fechamento do diagnóstico.

Uma boa anamnese com os pais, analisando o desenvolvimento infantil é de grande importância para a identificação dos primeiros sinais do autismo²⁹. Os odontopediatras devem ficar atentos aos sinais atípicos apresentados pela criança durante a consulta odontológica, verificando se esta apresenta atraso na fala, se é possível estabelecer um diálogo com a criança ou se há presença de ecolalia. Também é importante verificar se há falhas na troca de olhar no momento em que se direciona a fala diretamente à criança, bem como se esta costuma desviar toda a sua

atenção para objetos específicos. Irritação e choro em excesso de maneira incompatível com a idade também são sinais de alerta.

Quando do reconhecimento dos sinais é possível realizar a aplicação de testes de rastreamento para TEA por meio de um questionário, como o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), que é facilmente aplicável com perguntas de “sim” ou “não”, sendo sua utilização para crianças de 18 a 30 meses de idade⁴. Assim como os profissionais da Fonoaudiologia, vale salientar que o profissional de Odontologia é capacitado para aplicar esse teste aos pais, sem a necessidade de um exame específico, e caso a criança pontue uma possibilidade para risco de TEA, conforme o teste aplicado, é indicada uma avaliação mais precisa com profissional especialista para o diagnóstico³⁹.

O diagnóstico precoce tem se demonstrado bastante dificultoso pelo fato de muitos pais não terem boa aceitação, talvez pela falta de conhecimento sobre o transtorno e por acreditarem que o filho vai sofrer preconceitos diante da sociedade⁴⁰. Contudo, além dessa não aceitação, Ferreira e Smeha⁴¹ relatam que as consultas ficam prejudicadas, pois os pais tendem a procurar outros profissionais na esperança de que estes levantem outras suposições diagnósticas. Apesar dessa dificuldade, o profissional da área da saúde não pode correr o risco de deixar a suspeita diagnóstica passar despercebida por medo ou receio da reação dos pais, pois é de nossa responsabilidade notificar e encaminhar ao profissional especializado para acompanhar o desenvolvimento do bebê e/ou criança.

É importante ressaltar que não existe cura para o autismo e que o tratamento precoce é o fator primordial para melhorar e maximizar as habilidades comunicativas e sociais da criança por meio da diminuição dos sinais do TEA, contribuindo para o seu desenvolvimento e aprendizagem^{11,34}. As abordagens terapêuticas também podem ser adotadas pelas profissionais da Odontologia no intuito de conseguir melhor colaboração do paciente durante o tratamento odontológico³³, e durante ensino do processo de higiene bucal⁴².

Essencialmente, o cirurgião-dentista deve saber trabalhar com diversas áreas da saúde e durante a consulta deve estar atento aos sinais do TEA, por exemplo ao perceber que seu paciente infantil possui atraso na fala, característica importante do espectro³⁵, não devendo hesitar em encaminhar ao fonoaudiólogo. Observado algum

atraso de desenvolvimento neurológico⁹, desvios de comportamentos incompatíveis com a idade¹ ou com o procedimento odontológico, ou desvios relatados pelos pais durante a anamnese, o profissional deve encaminhar o paciente ao neuropediatra ou psicopedagogo para avaliação. Assim como quando a criança apresentar seletividade alimentar⁴³, deve-se realizar indicação ao nutricionista.

O cirurgião-dentista deve ser capaz de perceber qualquer alteração no desenvolvimento da criança com TEA, auxiliando no diagnóstico precoce e contribuindo juntamente com a equipe multiprofissional para um melhor desenvolvimento da criança⁴⁴.

CONCLUSÃO

O Transtorno do Espectro Autista apresenta uma ampla variedade clínica e sintomatológica, fazendo com que a definição do diagnóstico precoce seja um dos principais obstáculos vivenciados pelos profissionais da saúde. Contudo, o conhecimento e a observação dos sinais clínicos por pais e profissionais, em especial os odontopediatras, são fatores primordiais para uma abordagem e terapias não tardias, favorecendo desse modo o diagnóstico precoce e um melhor desenvolvimento da criança com TEA.

O cirurgião-dentista deve estar alerta para situações durante o atendimento onde a criança não responda com contato visual ao ser chamada pelo nome, em especial se associado atraso na linguagem ou presença de ecolalia (repetição em eco da fala), estereotípias e interesse restrito a determinado objeto.

Por se tratar de um transtorno permanente e difuso, e não possuir cura, a intervenção precoce influenciará no melhor desenvolvimento do indivíduo, tornando o diagnóstico precoce essencial. Vale salientar que a intervenção envolverá muitas horas diárias de terapias com equipe multidisciplinar, o que impacta de forma significativa na vida financeira e social da família, uma vez que muitas vezes as terapias não são fornecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou mesmo pelos planos de saúde.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-5. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
2. World Health Organization. ICD-11: International classification of diseases. 11th revision [Internet]. 2019 [acesso 2022 out 3]. Disponível em: <https://icd.who.int/>.
3. Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA. The modified checklist for autism in toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*. 2001;31:131-44.
4. Losapio MF, Pondé MP. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *Rev Psiquiatr RS*. 2008;30(3):221-9.
5. Seize MM, Borsa JC. Instrumentos para rastreamento de sinais precoces do autismo: revisão sistemática. *Psico-USF, Bragança Paulista*. 2017 Jan-Abr;22(1):161-76.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA). Brasília; 2014.
7. Baranova J, Dragunas G, Botelho MCS, Ayub ALP, Bueno-Alves R, Alencar RR, et al. Autism spectrum disorder: signaling pathways and prospective therapeutic targets. *Cell Mol Neurobiol*. 2021;41(4):619-49.
8. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Acta Paedopsychiatr*. 1968;35:100-36.
9. Medina Alva MDP, Caro-Kahn I, Muñoz Huerta P, Leyva Sánchez J, Moreno Calixto J, Vega Sánchez SM. Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32:565-73.
10. Maenner MJ, Shaw KA, Baio J, EdS1, Washington A, Patrick M, et al. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2016. *MMWR Surveill Summ*. 2020 Mar 27;69(4):1-12.
11. Steffen BF, De Paula IF, Martins VMF, López ML. Diagnóstico precoce de autismo: uma revisão literária. *RSM. Revista Saúde Multidisciplinar*. 2019;6:1-6.
12. Fadda GM, Cury VE. O enigma do autismo: contribuições sobre a etiologia do transtorno. *Psicologia em Estudo*. 2016 Jul-Set;21:411-23.
13. Lyall K, Croen L, Daniels J, Fallin MD, Ladd-Acosta C, Lee BK, et al. The changing epidemiology of autism spectrum disorders. *Annu Rev Public Health*. 2017;38:81-102.
14. Freitas NA, Santos ÉGR. A relação mãe-bebê: análise de duas situações para se pensar a clínica do TEA. *Id on Line Rev. Mult. Psic*. 2019;13:18-35.
15. Lopes BA. Autismo, narrativas maternas e ativismo dos anos 1970 a 2008. *Rev bras educ espec*. 2020 Jul-Sep;26:511-26.
16. Chen WJ, Zhang Z, Wang H, Tseng TS, Ma P, Chen LS. Perceptions of autism spectrum disorder (ASD) etiology among parents of children with ASD. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18.
17. Vasconcellos-Silva PR, Castiel LDG, Griep RH. A sociedade de risco midiaticizada, o movimento antivacinação e o risco do autismo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20:607-16.
18. Wakefield AJ. MMR vaccination and autism. *Lancet*. 1999;354:949-50.
19. Wu S, Wu F, Ding Y, Hou J, Bi J, Zhang Z. Advanced parental age and autism risk

- in children: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2017;135:29-41.
20. Modabbernia A, Velthorst E, Reichenberg A. Environmental risk factors for autism: an evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. *Mol Autism.* 2017;8:13.
21. Kapp SK, Gillespie-Lynch K, Sherman LE, Hutman T. Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. *Dev Psychol.* 2013;49:59-71.
22. Gutiérrez JF, Chang M, Blanche EI. Funciones sensoriales en niños menores de 3 años diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA). *Revista Chilena de Terapia Ocupacional.* 2016;16:89-98.
23. Sousa DLD, Silva AL, Ramos CMO, Melo CF. Análise do comportamento aplicada: a percepção de pais e profissionais acerca do tratamento em crianças com espectro autista. *Contextos Clínicos.* 2020 Jan-Abr;13:105-24.
24. Koegel LK, Koegel RL, Ashbaugh K, Bradshaw J. The importance of early identification and intervention for children with or at risk for autism spectrum disorders. *Int J Speech Lang Pathol.* 2014;16:50-6.
25. Clark ML, Barbaro J, Dissanayake C. Continuity and change in cognition and autism severity from toddlerhood to school age. *J Autism Dev Disord.* 2017;47:328-39.
26. Visani P, Rabello S. Considerações sobre o diagnóstico prévio na clínica do autismo e das psicoses infantis. *Rev Latinoam Psicopatol Fund.* 2012 Jun;15:293-308.
27. Zanon RB, Backes B, Bosa CA. Diagnóstico do autismo: relação entre fatores contextuais, familiares e da criança. *Psicologia: teoria e prática.* 2017;19:152-63.
28. Pereira A, Riesgo RS, Wagner MB. Childhood autism: translation and validation of the childhood autism rating scale for use in Brazil. *J Pediatr (Rio J)* 2008;84:487-94.
29. Zanon RB, Backes B, Bosa CA. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2014;30.
30. Sundberg ML. *The verbal behavior milestones assessment and placement program: the VB-MAPP.* Concord, CA: AVB Press; 2014.
31. de Oliveira Jendrieck C. Dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde ao realizar diagnóstico precoce de autismo. *Psicologia Argumento* 2017;32.
32. Chakrabarti S. Early identification of autism. *Indian Pediatr* 2009;46:412-4.
33. Sant`anna LFC, Barbosa CCN, Brum SC. Atenção à saúde bucal do paciente autista. *Revista Pró-UniverSUS.* 2017;8:67-74.
34. Losardo A, McCullough KC, Lakey ER. Neuroplasticity and young children with autism: a tutorial. *Anat Physiol* 2016;6:209.
35. Fernandes FD, Amato CA. Applied behavior analysis and autism spectrum disorders: literature review. *Codas* 2013;25:289-96.
36. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J. Autism spectrum disorder. *Lancet.* 2018;392:508-50.
37. Zaqueu LC, Teixeira MCTV, Alckmin-Carvalho F, De Paula CS. Associações entre sinais precoces de autismo, atenção compartilhada e atrasos no desenvolvimento infantil. *Psic: Teor e Pesq* 2015;31:293-302.
38. Onzi FZ, Gomes RF. Transtorno do espectro autista: a importância do diagnóstico e reabilitação. *Caderno Pedagógico.* 2015;12:188-99.
39. Machado FP, Palladino RRR, Barnabé LMW, Cunha MC. Respostas parentais aos sinais clássicos de autismo em dois instrumentos de rastreamento. *Audiol Commun Res.* 2016;21:e1659.
40. Rabelo IF, Smeha LN. A identificação precoce dos sinais de risco para o transtorno

do espectro autista e as intervenções antecipadas: um encontro necessário. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas*. 2018;19:247-59.

41. Ferreira ME, Smeha LN. E agora Dr.? O pediatra diante do diagnóstico do transtorno do espectro autista. *PSI UNISC*. 2018;2:156-71.

42. Zink AG, Baeder F, Pinho MZ, Pinho MD, Fonseca MEG. Materiais estruturados para instrução de higiene bucal de pessoas com autismo. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2019;73:215-20.

43. Flores MR, Smeha LN. Bebês com risco de autismo: o não-olhar do médico. *Ágora*. 2013;16:141-57.

44. Amaral COF, Malacrida VH, Videira FCH, Parizi AGS, Oliveira A, Straioto FG. Paciente autista: método e estratégia de condicionamento e adaptações para o atendimento odontológico. *Arch Oral Res*. 2012;8:143-51.

VERSÃO DE PROVA