

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

Bruna Bianchi

**TRIAGEM E DIAGNÓSTICO DE TEA: PERSPECTIVAS DE MÉDICOS
ATUANTES EM MUNICÍPIOS PAULISTAS**

São Carlos
2021

BRUNA BIANCHI

**TRIAGEM E DIAGNÓSTICO DE TEA: PERSPECTIVAS DE MÉDICOS
ATUANTES EM MUNICÍPIOS PAULISTAS**

Dissertação apresentada no Exame de Defesa como requisito para obtenção do título de Mestra, na Linha de Pesquisa “Aprendizagem e cognição de indivíduos com necessidades especiais”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Stella C. A. Gil

Coorientadora: Prof. Dra. Ana Lucia Aiello

São Carlos

2021

Bianchi, Bruna

Triagem e diagnóstico de TEA: perspectivas de médicos atuantes em municípios paulistas / Bruna Bianchi -- 2021. 86f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos
Orientador (a): Maria Stella Coutinho de Alcantara Gil
Banca Examinadora: Adriana Garcia Gonçalves, Monalisa Muniz Nascimento, Valéria Peres Asnis
Bibliografia

1. Educação especial . 2. TEA. 3. Diagnóstico. I. Bianchi, Bruna. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Educação Especial

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Bruna Bianchi, realizada em 27/09/2021.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Maria Stella Coutinho de Alcantara Gil (UFSCar)

Profa. Dra. Adriana Garcia Gonçalves (UFSCar)

Profa. Dra. Monalisa Muniz Nascimento (UFSCar)

Profa. Dra. Valéria Peres Asnis (UFU)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial.

Dedico este trabalho a todas as crianças com autismo e aos seus familiares que lutam buscando por um diagnóstico precoce.

AGRADECIMENTOS

As minhas colegas do laboratório, que cada uma, com seu jeitinho singular de ser, me cativou e que estão em meu coração e na lembrança. Obrigada pelas dicas, ajudas e debates durante esse processo.

Aos professores da pós por terem compartilhado os seus conhecimentos comigo. Em especial, a minha orientadora Maria Stella C. Alcantara Gil e minha coorientadora Ana Lucia Rossito Aiello, por toda confiança depositada em minha pessoa, por acreditarem que eu conseguiria, mesmo depois de toda a turbulência enfrentada por conta da pandemia, por acreditarem no meu potencial. Obrigada por terem me incentivado a continuar. Obrigada por terem compartilhado os seus conhecimentos comigo.

Às professoras doutoras que compuseram a banca de qualificação e de defesa da minha dissertação. Obrigada pela solicitude em participar e por transmitirem seus conhecimentos, contribuindo ainda mais com a pesquisa.

A coordenação do PPGEEs e a toda a equipe da gestão do curso, por sempre estarem dispostas a auxiliar os alunos em todas as dúvidas.

A Capes pela bolsa concedida durante o meu mestrado, ao qual possibilitou a realização deste trabalho com financiamento.

E a todos os médicos e médicas que aceitaram participar da minha pesquisa, me ajudando a realizar este trabalho, compartilhando os seus conhecimentos e experiências com crianças com TEA.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me concedido a honra de prestar e conseguir concluir o mestrado, realizando mais um sonho dos meus pais, de me tornar Mestre na UFSCar!

Aos meus pais, Elaine e José e ao meu irmão Vinicius por continuarem me apoiando nas minhas escolhas, por me mostrarem o caminho a ser seguido, pela dedicação que eles têm comigo, por todo carinho e incentivo nessa longa trajetória, mas o mais importante, por me influenciarem a ser uma pessoa feliz e realizada dentro da área que eu escolhi, pela compreensão, pela paciência e por serem pessoas maravilhosas na minha vida. Eu admiro e sinto muito orgulho de vocês! E aos meus cachorros, Emily, Meg e Thuco por alegrarem o dia-a-dia da gente, vocês são a nossa família.

Aos meus familiares e minha prima que deu a nossa família um anjinho, que me ajudou a enfrentar as barreiras do dia-a-dia com a alegria e bondade que uma criança tem. Obrigada a todos vocês, que sempre estão do meu lado, me apoiando e se alegrando com cada conquista minha.

Aos meus avós, Josephina e José que estão no céu, olhando por todos aqui. Espero que estejam orgulhosos da sua neta. Aos meus avós Maria e Florisvaldo, por sempre estarem presentes na minha vida, me apoiando, dando carinho, afeto e incentivo para crescer cada vez mais como uma pessoa melhor.

Ao meu namorado, Matheus, por me ajudar durante todo esse processo, me aconselhando nos momentos em que achei que não conseguiria, por estar ao meu lado me apoiando nas minhas escolhas. Obrigada por ser paciente, companheiro, amigo, me fazer rir, quando minha vontade era chorar! Você foi um anjo que caiu na minha vida para torná-la melhor! E aos meus sogros e cunhada por serem a minha família, me sinto muito acolhida por vocês!

As minhas maiores parceiras da pós, mais conhecidas como Gabriela e Giulia, que sempre que precisei me ajudaram sem medir esforços, ficaram até tarde da noite no laboratório me auxiliando, enxugaram minhas lágrimas quando necessitei, que eu tanto admiro como pessoas, pelos abraços, pelas sábias palavras que me fortaleceram em momentos de tristeza. Obrigada por terem facilitado a minha caminhada da pós, com as intermináveis risadas, com os jantares, conversas e conselhos. Agradeço a Deus por ter colocado vocês em minha vida.

Aos amigos que eu fui colhendo durante toda a minha vida, obrigada pelas risadas

e conversas, que me davam força para continuar e que se não fossem por todos, eu não teria chegado até aqui, vocês eram meu escape, meu lar de descanso dessa turbulência que é a pós-graduação. Agradeço a oportunidade de ter conhecido pessoas tão especiais como vocês.

A minha melhor amiga da vida, Nathalia com quem sempre posso contar, em qualquer situação, pelas angustias divididas, por ouvir meus aborrecimentos, tristezas e alegrias da vida acadêmica e social. Queria agradecer imensamente pela sua amizade, por todos os momentos divididos, pelo carinho, pelas eternas conversas, pelas risadas, pelas puxadas de orelha, pelos segredos compartilhados, sei que posso contar com você por toda a minha vida. Obrigada por ter me aguentado durante esse processo.

Meus mais sinceros e imenso agradecimento a cada pessoa, amo todos vocês!

Trabalho realizado com o suporte de:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),
processo nº 88887.334986/2019-00 e da

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)
Código de Financiamento 001.

Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia sobre Comportamento, Cognição e Ensino (INCT-ECCE) com o apoio de: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES - processo 88887.136407/2017- 00); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq - processo 465686/2014-1) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP - processo 2014/50909-8

“O que eu faço é uma gota no meio de um oceano.
Mas sem ela, o oceano será menor.”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

Considerando o avanço do conhecimento sobre Transtorno do Espectro Autista (TEA), as mudanças que ocorreram na caracterização das pessoas com autismo de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) e o surgimento de novos instrumentos para o diagnóstico, questionou-se a respeito de quais procedimentos os médicos/as especializados/as em pediatria, neuropsiquiatria e/ou neurologia empregam para realizar diagnósticos melhor informados na investigação do TEA. O presente estudo teve por objetivos: Identificar os procedimentos utilizados por médicos pediatras, neurologistas e neuropsiquiatras para a triagem e o diagnóstico de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA); Descrever a formação e experiência desses/as profissionais na realização de diagnósticos de crianças com autismo/TEA; Identificar os critérios que esses médicos utilizam para o diagnóstico precoce; e Identificar o conhecimento dos profissionais sobre TEA. O delineamento foi de cunho descritivo com uma abordagem mista. Os/as participantes foram profissionais graduados/as no curso de medicina, especializados/as em pediatria, neurologia ou neuropsiquiatria que exerciam a profissão no interior do estado de São Paulo. Os/as profissionais foram identificados nas relações de especialidades disponíveis para consulta online nos sites dos planos de saúde e um site com o rol de faculdades de medicina do Brasil, selecionando-se aqueles que eram do interior de São Paulo. De posse das listas, os profissionais foram contatados via e-mail ou telefone. O questionário foi aplicado no formato online, via Formulários Google. O estudo teve análise estatística descritiva. Participaram da pesquisa nove pediatras, sendo um especializado em neurologia e neuropsiquiatria. Os resultados mostraram que para os médicos, as características do TEA estão presentes na comunicação social, nos movimentos motores, no uso de objetos ou da fala estereotipados ou repetitivos e, em alguns casos, na persistência na interação social. A maioria dos médicos não trabalha com uma equipe multidisciplinar e daqueles que afirmaram trabalhar, contam com o apoio do Terapeuta Ocupacional e do Fonoaudiólogo como principais membros da equipe. Quanto aos recursos utilizados, o manual e/ou cartilha mais empregadas foram o CID-10 e o DSM-V, que são os mais atualizados. Além destes eles utilizam os instrumentos: M-CHAT, CARS e o ADOS ou ADOS-2. No quesito do procedimento para a realização do diagnóstico, os médicos informaram que consultam a outros especialistas, sendo o neuropsiquiatra o mais indicado, além de contarem com a ajuda familiar da criança, testes, anamnese, avaliação comportamental. Seis participantes informaram que de acordo com suas experiências, o diagnóstico está sendo precoce e é finalizado até os 3 anos e 11 meses de idade da criança. Conclui-se que os médicos tem informação atualizada sobre a caracterização de TEA, conhecem os procedimentos a serem feitos para realizar um diagnóstico e o estão fazendo de forma precoce.

Palavras-chave: Educação Especial, TEA, Crianças, Diagnóstico, Médicos.

ABSTRACT

Considering the advance of knowledge about Autistic Spectrum Disorder (ASD), the changes that have occurred in the characterization of people with autism according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), the International Statistical Classification of Diseases and Related Problems Health (CID) and the emergence of new diagnostic tools, questioned what procedures physicians specialized in pediatrics, neuropsychiatry and/or neurology employ to perform better-informed diagnoses in the investigation of ASD. Therefore, this study aimed to: Identify the procedures used by pediatricians, neurologists and neuropsychiatrists to screen and diagnosis of children with Autism Spectrum Disorder (ASD); Describe the training and experience of these professionals in carrying out diagnoses of children with autism/ASD; Identify the criteria that these doctors use for early diagnosis; and Identify the knowledge of professionals about ASD. The design was descriptive with a mixed approach. The participants were professionals graduated in the medical course, specialized in pediatrics, neurology or neuropsychiatry who practice the profession in the interior of the state of São Paulo. The professionals were identified in the lists of specialties available for online consultation on the websites of health plans and a website of medical schools in Brazil, selecting those from the interior of São Paulo. With the lists in hand, the professionals were contacted via email or telephone. The questionnaire was applied online via GoogleForms. The study had descriptive statistical analysis. Nine pediatricians participated in the research, one specialized in neurology and neuropsychiatry. The results showed that for physicians, the characteristics of ASD are present in social communication, motor movements, the use of stereotyped or repetitive objects or speech, and, in some cases, persistence in social interaction. Most doctors do not work with a multidisciplinary team and those who claimed to work said they had the support of the Occupational Therapist and the Speech-Language Pathologist as the main team members. As for the resources, the most used manual and/or booklet were the ICD-10 and the DSM-V, which are the most updated. Besides these, they use the instruments: M-CHAT, CARS and the ADOS or ADOS-2. Regarding the procedure for making the diagnosis, the physicians informed that they consult other specialists, with the neuropsychiatrist being the most indicated, in addition to relying on the child's family help, tests, anamnesis, behavioral assessment. Six participants informed that according to their experiences, the diagnosis is being early and is completed by the child's 3 years and 11 months of age. It is concluded that physicians have up-to-date information on the characterization of ASD, know the procedures to be performed to make a diagnosis, and are doing it early.

Key-words: Special Education, ASD, Children, Diagnosis, physicians.

SUMARIO

Introdução.....	11
Diagnóstico clínico precoce de crianças com TEA.....	15
Instrumentos e testes utilizados para a detecção do TEA.....	20
Intervenção precoce.....	26
Justificativa.....	27
Objetivos	27
Objetivo geral.....	27
Objetivo específico.....	28
Método.....	28
Delineamento	28
Participantes	28
Critérios de inclusão e exclusão.....	28
Aspectos éticos.....	28
Local.....	29
Materiais e equipamentos.....	29
Instrumentos.....	29
Coleta de dados.....	30
Análise de dados.....	32
Confiabilidade da classificação das respostas às questões abertas.....	33
Resultado e discussão.....	33
Caracterização dos participantes.....	33
Formação dos participantes.....	36
Conhecimentos sobre o TEA.....	37
Procedimentos utilizados para o diagnóstico.....	42
Conclusão.....	57
Referências.....	59
Apêndice A.....	65
Apêndice B.....	70
Apêndice C.....	72
Apêndice D.....	73

INTRODUÇÃO

Usualmente denominado como autismo, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é classificado como um Transtorno do Neurodesenvolvimento (APA, 2014). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), o transtorno do neurodesenvolvimento engloba um conjunto de condições que se apresentam no início do desenvolvimento humano, previamente ao ingresso escolar. São déficits que causam prejuízos no funcionamento acadêmico, pessoal, profissional ou social. Dentre eles tem-se os Transtornos do Espectro Autista (TEA); Deficiência Intelectual (DI); Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH); Transtornos da Comunicação; Transtornos Motores do Neurodesenvolvimento; e Transtorno Específico da Aprendizagem (APA, 2014).

A Associação Americana de Psiquiatria - APA (2014) define o TEA em função de fatores parcialmente relacionados a aspectos genéticos e ambientais. Os déficits presentes em pessoas que apresentam TEA são referentes à interação social, à comunicação e aos padrões repetitivos e restritivos de comportamento. As deficiências persistentes na comunicação e na interação social são: (a) limitação na reciprocidade social e emocional; (b) limitação nos comportamentos de comunicação verbal e não verbal utilizados para interação social; (c) limitação em iniciar, manter e entender relacionamentos, variando entre níveis de dificuldades na adaptação dos comportamentos ajustáveis às diversas situações sociais (APA, 2014).

No tocante aos padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, para o diagnóstico de TEA de acordo com os critérios estabelecidos no DSM-V, devem estar presentes, pelo menos, dois dos seguintes aspectos (observados diretamente ou presentes na histórica clínica) (APA, 2014):

(a) Movimentos repetitivos e estereotipados no uso de objetos ou da fala; por exemplo, ao brincar, enfileirar os mesmos carrinhos todas as vezes.

(b) Insistência nas mesmas coisas ou sequências de ações, aderência inflexível às rotinas ou padrões ritualísticos de comportamentos verbais e não verbais; a criança emite sons vocais, como a ecolalia por exemplo.

(c) Interesses restritos que são anormais na intensidade e foco; por exemplo, só se interessar por um tipo de animal - dinossauros - falando o tempo todo a respeito deles.

(d) Hiper ou hipo-reativo a estímulos sensoriais do ambiente; por exemplo ser seletivos a alimentos devido às texturas.

De acordo com o DSM V (APA, 2014), o TEA é identificado de acordo com níveis de gravidade: nível 1 – exigindo apoio, 2 – exigindo apoio substancial e 3 – exigindo apoio muito substancial. Para tal fim, mensura-se a quantidade de apoio que cada indivíduo precisa, levando em consideração as dificuldades em áreas como comunicação e comportamento.

No primeiro nível, na área de comunicação, os déficits causam prejuízos notáveis nas crianças com TEA quando não têm o apoio necessário. Sendo assim, apresentam dificuldades para iniciar interações sociais e acabam dando respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais de outras pessoas. No segundo nível, os déficits são graves nas habilidades de comunicação, causam prejuízos aparentes mesmo na presença de apoio, dessa forma, a pessoa com TEA apresenta limitação em dar início a interações sociais e dão respostas reduzidas ou anormais a aberturas sociais de outros. Por último, no terceiro nível, há graves déficits nas habilidades de comunicação, causando prejuízos graves de funcionamento, ou seja, demonstram enorme limitação em dar início a interações sociais e suas respostas são mínimas as aberturas sociais (APA, 2014).

Na área de comportamentos restritos e repetitivos, o primeiro nível exemplifica que há inflexibilidade de comportamento, portanto o funcionamento da pessoa com TEA apresenta uma interferência significativa, como, a dificuldade em trocar de atividades. No segundo nível, para além da inflexibilidade, apresenta-se a dificuldade de lidar com a mudança e podem aparecer outros comportamentos restritos/repetitivos que acabam sendo óbvios ao observador. Enquanto que no terceiro nível, todas essas características estão presentes, interferindo acentuadamente no funcionamento da pessoa com TEA em todas as esferas (APA, 2014).

No Brasil, a caracterização das pessoas com TEA é dada pela definição proposta na Lei nº 12.764/12, conhecida também como a “Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista”, de 2012 que se refere à pessoa com TEA, igualmente ao que traz o DSM-V, ou seja, como aquela que apresenta:

II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos (BRASIL, 2012).

Em concordância com o DSM-V, alguns autores definem o TEA por apresentar um prejuízo na interação social, alterações da comunicação e padrões limitados ou estereotipados de comportamentos e interesses, esses informam que as características devem estar presentes por volta dos três anos de idade (KLIN, 2006; SÁ; SIQUARA; CHICON, 2015). Alguns diagnósticos mais utilizados, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV/APA, exigem que essas discrepâncias nas características da pessoa sejam identificadas antes da idade de 36 meses (BOSA, 2006). Estudo mais recente, indica que crianças com TEA podem ser diagnosticadas a partir dos 18 meses de idade (HYMAN, LEVY, MYERS, 2020)

De acordo com Silva e Elias (2020), as mudanças que vieram ocorrendo no DSM sobre a definição de autismo visaram um melhor diagnóstico, tornando-o mais sensível e específico. Levaram em consideração os critérios apresentados da caracterização do TEA, pautadas em evidências clínicas e empíricas que reúnem a vasta dimensionalidade das características cognitivas e psicológicas do TEA.

Algumas mudanças citadas por Silva e Elias (2020) mencionam que no DSM-I (1952) e no DSM-II (1968), o autismo estava relacionado à Esquizofrenia. No primeiro como um sintoma da “Reação Esquizofrênica, tipo infantil” e no segundo passou a ser “Esquizofrenia, do tipo infantil”. Esse entendimento relacionado à Esquizofrenia muda no DSM-III (1980), quando o autismo passa a ser categorizado como um distúrbio que normalmente se manifesta na primeira infância ou adolescência.

Em 1994, no DSM-IV, o autismo é apresentado como um transtorno em vez de um distúrbio. O autismo passa a fazer parte dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), nos quais incluíam-se, por exemplo, Asperger, Rett e Transtorno Desintegrativo da Infância, entre outros. Na última edição do manual, o DSM-V (2014), a expressão TEA passou a englobar outros transtornos, como o autismo infantil, autismo de alto funcionamento e os outros (SILVA; ELIAS, 2020).

Outro sistema utilizado por médicos para a codificação do diagnóstico de crianças com autismo é a Classificação Internacional de Doenças (CID), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de padronizar os códigos das doenças. A CID-10 é a última Classificação disponível no Brasil e apresenta o código de cada doença, sua classificação, variedade de sinais, sintomas, causas, etc. (OMS, 1997).

Na CID-10, o autismo é classificado pelos transtornos invasivos do desenvolvimento (TID) que englobam autismo infantil, autismo atípico, síndrome de Rett, outro transtorno desintegrativo da infância, transtorno hiperativo associado a retardo

mental e movimentos estereotipados, síndrome de Asperger, outros transtornos invasivos do desenvolvimento, transtornos invasivos do desenvolvimento não especificado (OMS, 1997).

Na versão atualizada da Classificação, a CID-11, a catalogação de autismo se assemelha aquela proposta pelo DSM-V. Na CID 11 encontra-se o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) cuja descrição engloba: Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional; Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional; Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada; Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada; Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional; Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional; Outro Transtorno do Espectro do Autismo especificado; Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado. No entanto, a CID-11 entrará em vigor em janeiro de 2022 e ainda não está traduzido para o Brasil (OMS, 2019).

Ainda sobre os sinais de autismo, Santos et al., (2015) explicitam a existência de: déficits na socialização, no olhar referencial, os atrasos na fala, as dificuldades em expressar-se afetivamente e a responder quando chamado pelo nome, os comportamentos repetitivos e estereotipados, os interesses restritos, adesão a rotinas, e serem híper ou hipossensíveis a estímulos. É imprescindível, entretanto, destacar que nem todas as crianças com autismo apresentam déficits em todas as áreas de desenvolvimento, e que muitas delas apresentam um ou mais comportamentos disfuncionais por algum tempo ou em situações específicas (BOSA, 2006). Para a identificação de sinais precoces de autismo, Aiello (2002) afirma que alguns deles são as dificuldades apresentadas na orientação pelo estímulo social, imitação, atenção e manutenção do contato visual.

Os desafios da identificação dos sinais de autismo foram tratados por Aiello (2002) em um estudo de revisão de literatura. A autora destaca o uso de vídeos das famílias por autores como Losche (1990); Adrien et al., (1991), Adrien et al., (1993); Osterling e Dawson (1994). Estes pesquisadores, entre outros, realizaram investigações a fim de compreender os sinais precoces de TEA empregando vídeos caseiros, feitos pelos responsáveis das crianças. Aiello (2002) ressalta que os estudos concluem que ao filmar o desenvolvimento de seus filhos em ambientes e eventos diários como passeios, festas

de aniversário, os pais produzem uma documentação relevante. Com a análise desses vídeos, pelos autores das pesquisas, foram detectados alguns sinais que podem demonstrar que a criança poderia ter TEA, ou seja, elas apresentam déficits em prestar atenção a outras pessoas; déficit na imitação; e déficit em responder afetivamente e compartilhar atenção. Os pesquisadores observaram ainda que quanto mais nova é a criança, mais difícil é o diagnóstico, devido ao fato da grande variação no desenvolvimento dessas habilidades.

Estudo mais recente sobre vídeos caseiros de crianças com TEA informa que a utilização desse recurso pode agilizar o diagnóstico, permitindo uma detecção precoce e um acesso antecipado a alguma terapia, o que irá acarretar maior impacto durante o desenvolvimento social da criança. O recurso também reduz os custos associados aos recursos de diagnóstico e dar oportunidade para famílias carentes (TARIQ et. al., 2018).

A literatura sugere que recorrer aos vídeos é importante, pois por meio deles os profissionais da saúde, por exemplo os pediatras, podem observar os comportamentos das crianças em ambiente natural, em poucos minutos. Esta oportunidade de observação muitas vezes não pode ocorrer no ambiente hospitalar, por não ter as pessoas do convívio da criança ou por esta ficar mais retraída. Além disso, os médicos não têm tempo disponível para proceder a uma observação prolongada por dias da mesma criança. Os vídeos que registram os diferentes momentos da criança facilitam a identificação precoce dos sinais de autismo (Aiello, 2002).

Diagnóstico clínico precoce de crianças com TEA

O diagnóstico de crianças que tenham suspeita de TEA é feito por meio de observação comportamental com base nos sistemas de classificação DSM-V e CID-10, quanto por meio do uso de instrumentos que são fidedignos e validados (MARQUES e BOSA, 2015).

O diagnóstico de crianças com TEA é complexo, ou seja, não existem exames exatos que detecta o transtorno, sendo assim, este deve ser feito por meio de observação clínica por um médico neurologista ou psiquiatra (MORATO; SILVA, 2019). De acordo com Teixeira (2017) o diagnóstico de TEA é clínico, sendo assim, depende de avaliação comportamental dentro do consultório em conjunto com entrevista com os pais da criança com suspeita e, caso a criança já frequente a escola, é necessária uma avaliação pedagógica também. O mesmo autor pontua que dentre os médicos mais indicados para a realização dos diagnósticos estão os neurologistas da infância ou neuropediatras.

Linhares (2012) também relata que para se realizar o diagnóstico de crianças com TEA é necessária uma equipe multiprofissional, que dentre os profissionais estão os neurologistas.

Flores e Smeha (2013) apresentam a reflexão de Stellin (2007) sobre os profissionais da pediatria, argumentam que cabe aos pediatras realizarem os contatos iniciais com os pais e serem uma referência para eles. Sendo assim, o papel dos pediatras é detectar os sinais precoces de quaisquer problemas nos bebês.

Uma das tarefas do pediatra é supervisionar o desenvolvimento das crianças durante o crescimento delas em seus atendimentos. O propósito de se identificar e diagnosticar precocemente e, por conseguinte realizar intervenções precoces é o de promover um máximo desenvolvimento individual para as crianças (CAON e RIES, 2003; PESSOA, 2003; PESSOA, 2010). Os pediatras encaminham as crianças aos neurologistas quando suspeitam de que a criança possa ter o transtorno do espectro autista.

O neurologista é o médico que se debruça no conhecimento sobre a anatomia e fisiologia do sistema nervoso. O método diagnóstico parte de uma anamnese afim de caracterizar o sintoma ou síndromes que permitem atingir um diagnóstico topográfico ou localizar a lesão ou disfunção. Este profissional deve ser capaz de atender pacientes que apresentam transtornos neurológicos, além disso devem instruir outros médicos nos conhecimentos neurológicos para chegarem a melhor compreensão do diagnóstico e da conduta neurológica (NETO; TAKAYANAGUI, 2013).

Pode-se explicar a diferença entre as funções dos pediatras e dos neuropediatras com base nos seus perfis profissionais, ou seja, o pediatra é aquele que deve buscar a prevenção ou cura de alguma doença, enquanto que o neuropediatra deve trabalhar com os déficits mais complexos do desenvolvimento, ou seja, lida com aquilo que não é passível de cura (FLORES; SMEHA, 2013).

O acompanhamento de crianças e do processo de desenvolvimento reúne diferentes modalidades de avaliação, que incluem pais, professores, pediatras e demais profissionais. Nesse processo são utilizadas a anamnese, a observação da criança em seu ambiente, a prática de atividades ou, ainda, a aplicação de instrumentos de triagem (FRANKENBURG, 2002).

Santos et al., (2015) realizaram uma revisão sistemática acerca das dificuldades presentes no diagnóstico precoce de crianças com TEA e qual a importância da identificação o menos tardia possível. Os resultados indicaram que os profissionais da

saúde, principalmente os de primeira infância, sentem muita dificuldade devido ao fato de não terem contato com o TEA, se sentem inseguros e não reconhecem quais os sinais precoces, além dos poucos serviços apropriados para o público com TEA. Por essa razão, os diagnósticos saem tardiamente, após os cinco anos de idade, quando as crianças estão em fase escolar e os sinais são identificados pelos responsáveis.

As dificuldades de realização de diagnóstico de autismo são reconhecidas nos estudos. Lacerda e Aiello (1998) entrevistaram médicos a fim de conhecer como era a prática de diagnóstico de crianças com TEA. O estudo foi denominado “Caracterizando a prática de diagnóstico de autismo realizada por médicos da cidade de São Carlos”. Os objetivos da investigação eram: verificar como os pediatras, neurologistas e neuropediatras realizavam o diagnóstico de TEA, além de descrever a formação e experiências destes em relação ao diagnóstico. As autoras utilizaram uma entrevista para aplicar aos médicos no próprio local de trabalho. Esta foi baseada em um roteiro de perguntas previamente elaborado pelas autoras, a fim de coletar os dados de categorias de análise, como: informações que os médicos utilizam para realizar o diagnóstico; quais os critérios utilizados; quais os encaminhamentos; e se gostaria de receber informações sobre TEA. Os resultados mostraram que de um total de 45 médicos, apenas 20 participaram da entrevista e apenas um destes descreveu o autismo de forma que permitiria o diagnóstico da criança. Entre os médicos que aceitaram participar, 15 eram pediatras, 3 neurologistas e 2 neuropediatras. Dos 20 médicos 3 diziam fazer o diagnóstico de autismo, o procedimento utilizado por eles consistia em anamnese com o responsável e exames clínicos da criança (testes de audição, exame oftalmológico, cultura cromossômica, entre outras). Os médicos encaminhavam as crianças com “problemas” aos neurologistas, suas informações sobre o TEA advêm de artigos de revistas médicas. Dos três médicos que realizam o diagnóstico de autismo, dois encaminhavam a família para atendimento e orientação educacional especial. A maioria dos médicos gostaria de ter mais informações sobre TEA; e nenhum deles realizava pesquisas sobre crianças com TEA.

Em uma direção similar, Ferreira e Smeha (2018) realizaram uma pesquisa com pediatras com o objetivo de identificar as percepções destes sobre o diagnóstico e intervenção precoce de crianças com TEA. Participaram do estudo oito pediatras, que responderam a um questionário sociodemográfico e a uma entrevista semiestruturada. Os resultados deste estudo mostraram que mesmo com os avanços sobre o diagnóstico do TEA pelos pediatras, ainda assim eram insuficientes para que eles realizem o diagnóstico

e oportunizem a intervenção precoce, os resultados ainda mostraram que esses profissionais se consideram os primeiros a perceberem os sinais de risco para TEA, pelo fato de acompanharem desde o nascimento, o desenvolvimento das crianças, no entanto, sentem-se inseguros para realizar o diagnóstico, delegando esta função a especialistas, como o neuropediatra.

Flores e Smeha (2013) analisaram os resultados de uma pesquisa de 2009, feita com pediatras e neuropediatras, sobre a detecção de risco e intervenção precoce de autismo. Os resultados mostraram que os neuropediatras são os que apresentam ter mais conhecimento acerca do autismo; os médicos exibem muitas dúvidas quanto a etiologia do TEA; há um encaminhamento das crianças com TEA aos neuropediatras e que estes são os médicos que mais tem pacientes com autismo em comparação aos pediatras; não há um local apropriado para o tratamento dessas crianças nas cidades deles; e os sinais são percebidos tardiamente por esses profissionais. Os resultados considerados sugerem que pediatras e neuropediatras estão fazendo o diagnóstico das crianças com TEA indicando que será preciso conhecer os procedimentos empregados pelas diferentes especialidades na identificação do autismo bem como os desafios e os recursos para o diagnóstico precoce.

Ainda sobre as dificuldades no diagnóstico, o estudo de Silva et. al. (2018) informa que há diversas complicações nesse processo, como a variabilidade de sintomas, escassez de profissionais qualificados e a falta de serviços especializados. Para além disso, os autores relatam que o TEA é um tema que recebe pouco esclarecimento confiável e ancorado cientificamente no âmbito social. A falta de informação qualificada resulta em que os pais são pouco informados sobre os sintomas, acreditando que são apenas características da criança, o que pode acarretar a um diagnóstico tardio. Concluem que pela escassez de exames laboratoriais e da subjetividade na identificação dos sintomas de TEA, o diagnóstico é tardio, causando impacto na família. Os autores informam a necessidade de uma investigação quanto aos fatores que determinam o TEA.

Zeppone, Volpon e Ciampo (2012) realizaram uma revisão sistemática em publicações brasileiras, com o objetivo de verificar qual o monitoramento do desenvolvimento infantil nos anos de 2000 a 2011. Encontraram dez textos sobre o tema cuja síntese dos resultados mostrou que há muito o que ser feito. Para os autores o destaque é para alguns aspectos que vão desde a inaptidão dos pediatras, até problemas na prática clínica devido ao mal-uso de instrumentos. Além disso afirmaram que há grande necessidade de os pediatras capacitarem seus conhecimentos sobre o

desenvolvimento infantil, com vista na população prematura.

Ainda sobre essa revisão, os autores explicitaram as dificuldades encontradas no contexto brasileiro, sendo elas: falhas na formação e na prática do pediatra na detecção de atrasos no desenvolvimento; escassez de programas nacionais para a vigilância do desenvolvimento infantil; currículos básicos na graduação de medicina e na especialidade de pediatria; além da falta de investimento por parte do Ministério da Saúde nesses assuntos (ZEPPONE; VOLPON; CIAMPO, 2012).

Os autores sugerem que sejam incluídos temas como “desenvolvimento e comportamento infantis” nos currículos básicos dos cursos de medicina e nas especialidades em pediatria. Para além disso, sugerem que se deve capacitar os docentes com cursos nessa área; propiciar a reciclagem por meio de educação continuada para os pediatras que trabalham frente a saúde primária. Investir na disseminação do manual do Ministério da Saúde e combater a desnutrição, pobreza e falta de assistência médica e educacional, pois estes se configuram como fatores de risco para o desenvolvimento humano (ZEPPONE; VOLPON; CIAMPO, 2012).

Para alguns autores, o diagnóstico de autismo deve ser realizado em dois níveis. O nível 1 é denominado “rotina de vigilância do desenvolvimento” (FILIPEK et al., 1999) no qual o intuito é realizar o teste de triagem em todas as crianças, afim de identificar aquelas cujo desenvolvimento aponta alguns riscos: não responder ao seu nome; não dizer o que quer; não seguir instruções; não aponta ou acena; não sorri socialmente; prefere brincar sozinho; tem pouco contato visual; não sabe como brincar com os brinquedos; tem padrões de movimentos estranhos; não falar palavras simples até 16 meses; não balbuciar aos 12 meses; sem frases espontâneas de 2 palavras ou apenas ecológicas por 24 meses. Caso alguma criança apresente os comportamentos de risco, estes devem servir de alerta para o encaminhamento da criança para avaliações mais específicas, partindo para a avaliação de nível 2, cujo o objetivo é realizar uma investigação mais aprofundada dessas crianças que apontaram riscos para o desenvolvimento.

Alguns instrumentos para atender as finalidades de avaliação de nível 1 são os instrumentos: *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT) (BARON-COHEN; ALLEN; GILLBERG, 1992) e o *Pervasive Developmental Disorders Screening Test* (PDDST) (SIEGEL, 2004). O diagnóstico de segundo nível refere-se ao “diagnóstico e avaliação de autismo” (FILIPEK et al., 1999) sua finalidade é realizar uma investigação mais detalhada daquelas crianças cujo desenvolvimento apontou alguns riscos, além de

diferenciar o TEA de outros transtornos e determinar quais as formas de intervenção mais adequadas (AIELLO, 2002). Assim como em crianças com TEA, o diagnóstico precoce, na visão de Santos et al., (2015) é necessário para realizar intervenção anteriormente ao prejuízo do quadro do paciente, tornando as possibilidades de tratamento mais eficazes e amenizando os sintomas.

Instrumentos e testes utilizados para a detecção do TEA

Os usos de vídeos domésticos são importantes para a identificação dos sinais de autismo, no entanto para além desse material, os médicos devem empregar instrumentos de rastreio do TEA.

No estudo de Carvalho et al., (2013), um dos objetivos era identificar os possíveis sinais precoces de crianças com TEA. Os autores utilizaram dois instrumentos para o rastreio, a *Pictorial Infant Communication Scales (Pics)* (DELGADO; MUNDY; BLOCK – CORAL; GABLES, 2001) e a *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-Chat)* (ROBINS et al., 2001), sendo estes instrumentos padronizados. Os resultados demonstraram que quatro, de uma amostra total de 104 crianças, apresentaram sinais precoces de TEA, sendo que algumas habilidades comprometidas foram: a iniciação da atenção compartilhada e iniciação do comportamento de solicitação. Os autores concluem que a identificação precoce dos sinais de autismo é viável em creches brasileiras.

Os instrumentos apresentam vantagens e desvantagens como por exemplo, o tempo de aplicabilidade, a necessidade de treinamento, o custo do instrumento, entre outros pontos, e a escolha de qual utilizar para o acompanhamento e diagnóstico dependerá do profissional da saúde (ZEPPONE; VOLPON; CIAMPO, 2012). Existem algumas dificuldades para a utilização desses instrumentos de triagem. Segundo Marques e Bosa (2015), os entraves constituem-se em: o treinamento para a aplicação é de alto custo, principalmente para os instrumentos considerados padrão-ouro; as informações dependem dos cuidadores, o que pode ser, em nossa cultura, um grande problema devido à baixa escolarização dos pais. As autoras consideram que é interessante combinar a utilização dos instrumentos com a observação direta da criança; além de apresentarem categorias com vastas definições e dicotômicas.

Um outro aspecto relevante, que dificulta o uso desses instrumentos, é a carência na rede pública daqueles que requerem a observação do comportamento. Parece importante que estes tenham o custo baixo e que tanto o treinamento para o uso, quanto

a sua aplicação, seja rápida e que possa ser empregada por diversos profissionais da saúde. Quando se pensa na observação dos comportamentos, não se deve apenas dizer se estes estão presentes ou não no desempenho da criança, mas se deve observar a frequência, a intensidade, a duração e a peculiaridade (MARQUES; BOSA, 2015).

Há uma diferença entre os testes de triagem e os instrumentos para o diagnóstico. O primeiro é utilizado pelos médicos para identificar riscos para o desenvolvimento, enquanto que o segundo serve para identificar o diagnóstico daquelas crianças que já apresentaram algum risco para o desenvolvimento, ou seja, está é uma avaliação mais aprofundada.

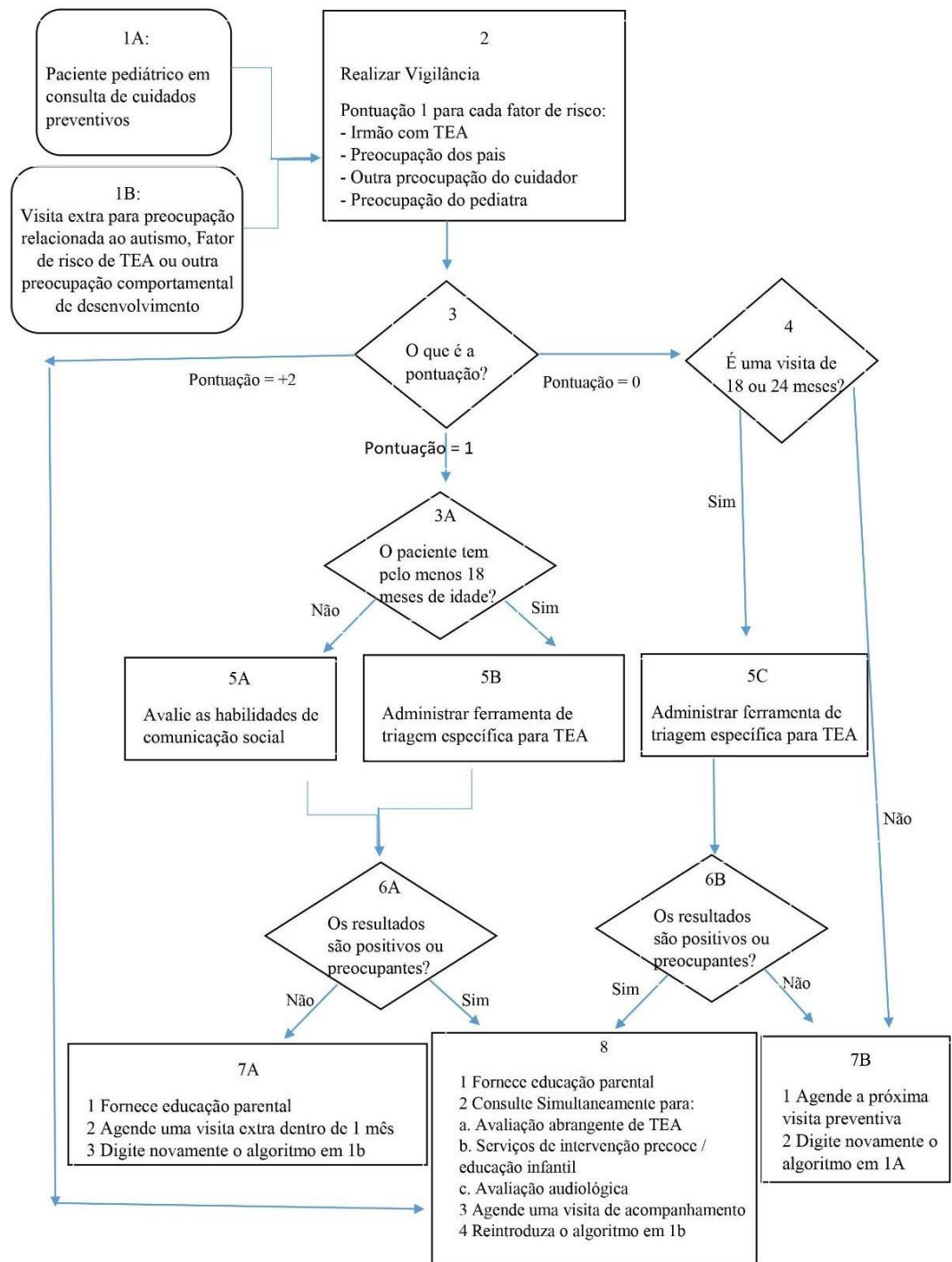
Seize e Borsa (2015) realizaram uma revisão sistemática com a finalidade de encontrar instrumentos para o rastreio de sinais precoces do autismo. Estes instrumentos são importantes para identificar as crianças com autismo e proporcionar-lhes uma intervenção precoce para que haja melhora na qualidade de vida dela e de seus cuidadores. No entanto, de um total de 11 instrumentos encontrados, *First Year Inventory* (FYI) (BARANEK; WATSON; CRAIS; REZNICK, 2003); Rastreamento Precoce de Traços Autísticos (ESAT) (DIETZ; SWINKELS; DAALLEN; ENGELAND; BUITELAR, 2006); *M-CHAT*; *Autism Detection in Early Childhood* (ADEC) (NAH; YOUNG; BREWER; BERLINGERI, 2014); *Parents Observation of Early Markers Scale* (POEMS) (FELDMAN et al., 2012); *Baby and Infant Screen for Children with Autism Traits* (BISCUIT) (KONST, 2015); etc. apenas um foi traduzido para o português, sendo este o M-CHAT, demonstrando uma escassez desses instrumentos no Brasil.

Retomando Marques e Bosa (2015), no quesito de triagem de TEA, existem alguns instrumentos traduzidos, adaptados e validados, como é o caso dos: *Autism Screening Questionnaire* (ASQ – EHLERS; GILLBERG; WING, 1999; SATO, 2008); *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT - ROBINS et al., 2001; LOSAPIO e PONDÉ, 2008); *Autistic Traits of Evaluation Scale* (ATA – BALLABRIGA; ESCUDÉ; LLABERIA, 1994; FRANCISCO et al., 1999); *Childhood Autism Rating Scale* (CARS – SCHOPLER; REICHLER; RENNER, 1988; PEREIRA; RIESGO; WAGNER, 2008) e a *Autism Behavior Checklist* (ABC – KRUG; ARICK; ALMOND, 1978; MARTELETO e PEDREMÔNICO, 2005).

Em relação aos instrumentos de avaliação, o PROTEA-R é um instrumento padronizado para avaliar crianças que tenham suspeita de TEA, sendo para crianças de 24 a 60 meses, construído por pesquisadores brasileiros (BOSA; ZANON; BACKES, 2016). De acordo com Marques e Bosa (2015) existem dois instrumentos de avaliação

considerados padrão-ouro para o diagnóstico de TEA e validados para o Brasil, são eles: Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) (RUTTER; LECOUTEUR; LORD, 2003) e Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS) (LORD; RUTTER; GOODE; HEEMSBERGEN; JORDAN; MAWHOOD; SCHOPLER, 1989).

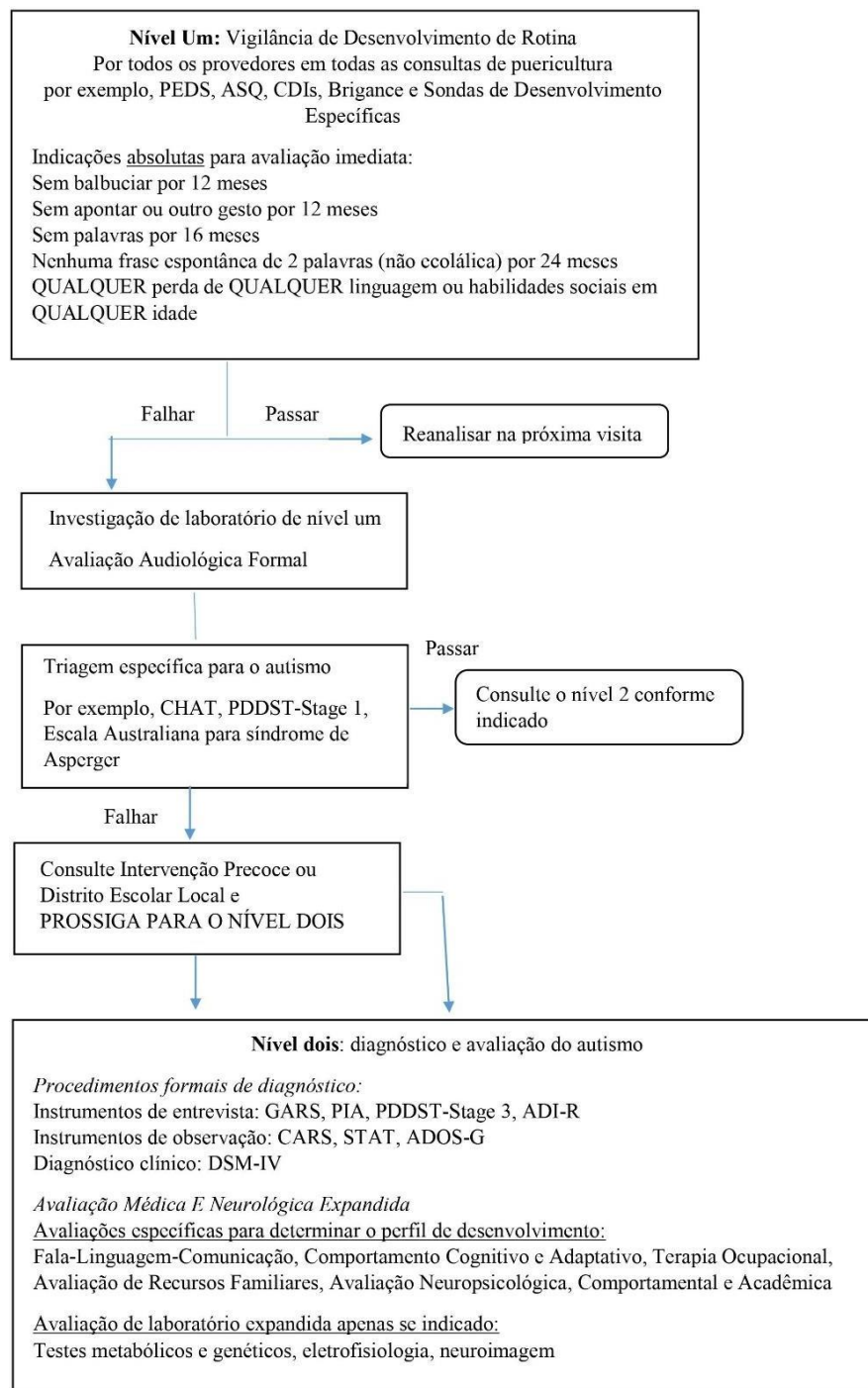
A despeito dos resultados pouco expressivos sobre a realização de diagnósticos de autismo, existem algumas rotas que podem ser seguidas pelos profissionais que atendem crianças a fim de realizar o diagnóstico de TEA. Em relação às ações de triagem e vigilância de crianças com TEA, Johnson e Myers (2007) apontam oito passos a serem seguidos pelos pediatras. Para elucidar o fluxo das ações nas etapas, apresenta-se um fluxograma extraído e traduzido pela pesquisadora do estudo de Johnson e Myers, p.1996, 2007.



Fonte: Johnson e Myers, 2007.

Outras recomendações são propostas para os médicos por Filipek et al., (1999) visando o diagnóstico de crianças com TEA. As recomendações são organizadas em dois

níveis, sendo o primeiro “triagem de desenvolvimento de rotina” e o segundo “diagnóstico e avaliação do autismo”. Segue-se a figura extraída do estudo de Filipek et al., p. 449, 1999 e traduzida pela pesquisadora, em que expõe-se brevemente os níveis a serem seguidos pelos médicos visando o diagnóstico de crianças com TEA.



Fonte: Filipek et al., 1999.

No primeiro nível, há nove passos, sendo eles: (1) todos os profissionais envolvidos nos cuidados da primeira infância devem ser familiarizados com os sinais do

autismo; (2) a triagem deve ser realizada a cada visita de puericultura cujas ferramentas para a triagem seriam: *The ages and stages questionnaire (ASQ)*, *The child development inventories (CDIs)*, *The parents evaluation of development status (PEDS)*; (3) a análise dos marcos do desenvolvimento, e a ausência de cumprimento de um deles (sem balbuciar por 12 meses, por exemplo) pode ser indicação para prosseguir para outras avaliações; (4) avaliação audiológica; (5) os profissionais devem ser familiarizados com os instrumentos de triagem, por exemplo *Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)*, *Pervasive Developments Disorders Screening test (PDDST)*; (6) monitorar o comportamento de irmãos de crianças com TEA; (7) encaminhar a criança com 36 meses de idade para uma intervenção precoce, crianças com mais de 36 meses devem ser encaminhadas ao distrito escolar local; (8) os prestadores de cuidados devem conversar com as famílias sobre o autismo e intervenção precoce e (9) ferramentas de triagem para crianças mais velhas devem ser amplamente disponibilizados em ambientes educacionais e recreativos (FILIPEK et al., 1999).

No nível 2 há 16 passos, sendo eles: (1) o diagnóstico realizado por profissionais especializados em TEA; (2) o diagnóstico deve ter seguir critérios clínicos e o DSM-IV, utilizando instrumentos com sensibilidade moderada e boa especificidade para TEA, por exemplo GARS, PIA, PDDST, ADI-R, STAT, CARS, ADOS-G. (3) crianças com TEA leve também devem receber avaliações adequadas e diagnósticos apropriados; (4) as avaliações devem abordar fatores não específicos de autismo, por exemplo, hiperatividade, ansiedade etc; (5) avaliação médica e neurológica, buscando uma lesão cerebral adquirida, condição de comorbidade ou dificuldades comuns no autismo (gravidez, perinatal, depressão etc.); (6) avaliação de fala-linguagem-comunicação; (7) avaliação cognitiva; (8) deve-se coletar uma medida de funcionamento adaptativo, incluindo para essa avaliação o instrumento SIB-R; (9) triagem e avaliação completa para habilidades sensorio-motor; (10) avaliação de terapia ocupacional indicada para crianças com perturbações em habilidades funcionais; (11) avaliação acadêmica, comportamental e neuropsicológica; (12) avaliação do funcionamento familiar; (13) avaliação dos recursos da família (FILIPEK et al., 1999).

As avaliações (14) ainda podem incluir: (a) teste metabólico, (b) teste genético, (c) indicações para uma privação de sono prolongada, (d) neuroimagem, (e) teste de valor não comprovado, quando há inadequação de evidências para apoiar os testes clínicos de rotina de indivíduos com TEA. (15) reavaliação pelo menos dentro de um ano da diagnose e monitoramento contínuo; e (16) profissionais devem expandir seus conhecimentos e

envolvimento para ser mais capaz de aconselhar as famílias quanto ao tratamento disponível e adequado (FILIPEK et al., 1999).

Filipek et al., (1999) sugerem um adicional de recomendações: as visitas de puericultura devem aumentar em duração; visitas curtas a especialidades também devem aumentar em duração; o autismo deve ser reconhecido como um distúrbio médico; agências governamentais que fornecem serviços para pessoas com deficiência devem alterar seus critérios para atender a todos os indivíduos com TEA; divulgação pública dos sinais e sintomas de TEA devem ocorrer; aumento da educação de assuntos relacionados à saúde e profissionais relacionados à educação sobre autismo devem ocorrer no nível de preservação.

Intervenção Precoce

Segundo Carvalho (2011) entende-se por intervenção precoce a prestação de serviços cujo objetivos são prevenir, melhorar ou solucionar problemas que apresentam risco para o desenvolvimento das crianças. Os programas de intervenção são criados de acordo com as necessidades e prioridades da família da criança, dos contextos e recursos presentes.

As principais metas de uma intervenção precoce para Formiga, Pedrazzani e Tudella (2010) são potencializar o desenvolvimento de cada criança por meio de estimulação; maximizar as contribuições dos responsáveis na interação com a criança e evitando patologias emocionais; proporcionar um ambiente que seja favorável; dar orientações aos responsáveis; dar oportunidade de uma atuação que seja multiprofissional; e propagar informações que alastrem novos programas.

Sendo assim, entende-se que o diagnóstico de crianças com TEA acontece por meio de observação comportamental. Esta pode ocorrer por meio de vídeos caseiros, feitos pelos pais. Os médicos baseiam-se nas classificações do DSM-V e CID-10 para realizar os diagnósticos. O acompanhamento inicial é feito pelo pediatra, cuja função é detectar sinais precoces de quaisquer problemas no desenvolvimento da criança. A partir disto, o processo diagnóstico demanda da união de diferentes modalidades de avaliação, sendo elas, avaliação dos pais, professores, educadores especiais, pediatras, neuropediatras e outros profissionais da equipe multidisciplinar.

Dentre esses estão os educadores especiais que são profissionais importantes nesse processo de identificação e diagnóstico de crianças com TEA, por estudarem a fundo o

transtorno e compreenderem suas características tanto quanto as estratégias e os procedimentos verificados pelas pesquisas científicas e que são eficientes e eficazes na promoção de habilidades e competências dessa população. Além disso, são profissionais que podem trabalhar auxiliando outros profissionais ou nas equipes multidisciplinares.. A atuação desses ocorre frequentemente nos serviços de apoio pedagógico especializado, que acontece nas escolas de ensino regular, sendo oferecidos nas salas de recursos ou multifuncionais; ou em parcerias com os professores da classe comum, no quesito de ensino colaborativo. Atuam igualmente em instituições de ensino especial; em classes hospitalares; no ensino itinerante e no ensino domiciliar. Os alunos público alvo da educação especial são aqueles com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, altas habilidades/superdotação que estejam na educação infantil, educação fundamental, ensino médio, superior e até na modalidade de educação de jovens e adultos (EJA). Para além dessas funções, o educador especial pode atuar em serviços especializados de interpretação de linguagens e códigos (PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO, 2016).

2 JUSTIFICATIVA

O exame da literatura indicou uma grande quantidade de instrumentos e ferramentas para a realização do diagnóstico de TEA. Apesar do reconhecimento da importância das equipes multiprofissionais, o diagnóstico precoce ou tardio de TEA vem sendo realizado por médicos, sejam pediatras, sejam neuropediatras, sejam neurologistas.

Observou-se também que houve mudanças na caracterização do TEA. As atualizações ocorreram no DSM e no CID. Constatou-se igualmente, o surgimento de novos instrumentos para o rastreio de sinais precoces e para o diagnóstico.

As questões que surgem do panorama encontrado são: Quais procedimentos para o diagnóstico que os médicos com especializações em pediatria, neuropediatria e neurologia estão usando? Será que os/as médicos/as procuraram seguir as atualizações, novas informações para seus atendimentos com as crianças com suspeita de TEA?

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

Identificar os procedimentos utilizados por médicos pediatras, neurologistas e neuropediatras na triagem e no diagnóstico de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA);

Objetivos específicos

Descrever a formação e experiência desses/as profissionais na realização de triagem e diagnósticos de crianças com autismo/TEA;

Identificar os critérios que esses médicos utilizam para o diagnóstico precoce;

Identificar o conhecimento dos profissionais sobre TEA.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO

A presente pesquisa foi de cunho descritivo com uma abordagem mista. Segundo Creswell e Clark (2011), a abordagem mista caracteriza-se por ser um procedimento de coleta e análise dos dados que combina técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo delineamento. O emprego de análises quantitativas e qualitativas permite uma interação entre dados que fornecem melhores possibilidades de análise.

4.2 PARTICIPANTES

Participaram do estudo nove profissionais graduados/as no curso de medicina. Dois deles eram do gênero masculino e sete do gênero feminino, com idades variando entre 36 e 66 anos. As especializações dos nove participantes eram em pediatria, sendo que apenas o participante M3 também tem especialização em neurologia e neuropediatria. Os participantes exercem a profissão no interior do estado de São Paulo e aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Ver Apêndice A).

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram definidos em relação ao campo de atuação, as especialidades de pediatria, neurologia e/ou neuropediatria, dos gêneros feminino ou masculino, que se voluntariaram em participar da pesquisa; que atuassem no interior de São Paulo sem a necessidade de residirem na cidade e que dispunham de equipamentos com internet. No entanto, os critérios para exclusão foram o campo de atuação em outras formações, que não atuassem dentro do interior paulista e que não assinassem o TCLE.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com o CAAE **40040920.9.0000.5504**, de acordo com as

recomendações da Resolução 510/2016 (Apêndice A). A participação na pesquisa foi condicional ao aceite do TCLE pelos participantes que receberam, de forma online, uma via assinada pelos pesquisadores.

4.5 LOCAL

Os profissionais que participaram da pesquisa eram atuantes no interior do estado de São Paulo.

Eles responderam um questionário online, na tela de um equipamento com acesso à internet (celular, laptop, computador pessoal ou outro) sem a mediação da pesquisadora.

4.6 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Foram utilizados papel sulfite, lápis, caneta, impressora, notebook, roteiro de questionário e plataforma para acesso remoto ao material da pesquisa e aos participantes. A plataforma utilizada foi gratuita. Utilizou-se o Formulário do Google.

Para a verificação da confiabilidade da categorização das respostas abertas pela pesquisadora, foi feito um protocolo com o nome fictício dos respondentes no qual as respostas eram transcritas e havia um espaço correspondente para informar a categoria pertinente. Uma relação de categorias acompanhou os protocolos.

4.7 INSTRUMENTOS

O questionário empregado neste trabalho resultou da adaptação das questões propostas por Lacerda e Aiello (1998). Constou da transformação dos tópicos da entrevista em questões adaptadas ao formato online.

O roteiro do estudo de Lacerda e Aiello (1998) foi elaborado previamente como uma entrevista composto por três questões fechadas e 32 abertas. No instrumento empregado pelas autoras consta a identificação do respondente com nove perguntas, em seguida há quatro tópicos de perguntas: (I) Fonte de informações sobre autismo, contendo quatro questões; (II) Informações que possui sobre autismo/TEA; (III) Diagnóstico de autismo, com duas perguntas que se subdividem em mais 14 perguntas; e (IV) Interesse em receber informações sobre autismo, com um total de duas questões, subdivididas em mais quatro perguntas.

Para o presente estudo se adaptou as questões do roteiro de Lacerda e Aiello e novas perguntas foram elaboradas para abranger todos os objetivos do trabalho.

O questionário adotado nesta pesquisa foi composto por 49 questões fechadas e 12 questões abertas (Ver Anexo A). Parte das questões tratou da identificação da pessoa respondente e de aspectos sociodemográfico, posteriormente foram apresentadas perguntas organizadas em duas categorias: (A) Identificação - seis questões abertas e nove questões fechadas; (B) Diagnóstico de TEA – seis questões abertas e 40 questões fechadas (Anexo - A).

O questionário foi formulado de modo que, se houvesse desistência em qualquer ponto e se o respondente não o preenchesse até o final, as respostas anteriores seriam descartadas, bastava apenas um clique no “X”, localizado na parte superior da tela, do lado direito da página, para fechá-la. Caso o/a respondente quisesse preencher todo o questionário, deveria responder todas as perguntas, sempre clicando na caixa escrita “próximo”, ou se quisesse alterar alguma resposta, poderia clicar na caixa “voltar”. Ao finalizar o preenchimento do formulário, o respondente deveria clicar na caixa “enviar” para que suas respostas fossem arquivadas e contabilizadas como dados da pesquisa. Uma cópia do questionário preenchido foi encaminhada para o respondente caso ele tivesse informado um e-mail para contato.

Um estudo piloto foi realizado para avaliar primeira versão do questionário. Com esta finalidade, uma pessoa da área de conhecimento da Educação Especial, uma da área da psicologia e uma da categoria dos participantes leram o instrumento e analisaram a adequação das perguntas aos objetivos e se eram compreensíveis. De acordo com essas análises foram feitas alterações no instrumento.

Sendo assim, as semelhanças deste estudo com o de Lacerda e Aiello (1998) foram os objetivos de identificar como os médicos realizavam o diagnóstico de crianças com TEA. No entanto, para este, acrescentaram alguns objetivos, além de que o estudo de 1998 foi realizado com médicos da cidade de São Carlos, enquanto que este se estendeu para os médicos do interior do Estado de São Paulo. Para o estudo em tela também foram criadas categorias de análise de dados diferentes e o formato de aplicação do questionário foi online e assíncrono, no estudo de 1998 foi uma entrevista presencial.

4.8 COLETA DE DADOS

Foi realizado um levantamento online dos médicos com as especialidades de pediatria, neurologia e/ou neuropediatria que atuassem no interior paulista. No levantamento online, a pesquisadora fez um levantamento pelo Google dos contatos dos médicos e de clínicas que poderiam ter médicos com essas especialidades, faculdades que

ofereciam o curso de medicina, além de procurar instituições, convênios de saúde e sociedade de médicos, totalizando 130 contatos.

Entre os 130 contatos, 56 eram profissionais para os quais a pesquisadora obteve o contato direto ou com as clínicas onde atuavam, Seis médicos foram contatados via hospitais, instituições e sociedade de médicos. A partir de uma lista com todos os potenciais participantes, o contato inicial ocorreu de forma remota, via whatsapp, e-mail ou telefone. Na maioria dos casos, a pesquisadora entrou teve acesso a uma secretária, que informava um contato ou e-mail para o encaminhamento da proposta do trabalho. Alguns e-mails eram da própria clínica e nesse caso a secretária reencaminhava a proposta aos médicos.

Dos 56 contatos com clínicas ou profissionais, 24 não aceitaram participar, com as justificativas, dadas pelas secretárias, de que alguns não trabalhavam com o público alvo da pesquisa, que estavam afastados ou que não queriam participar. Dos 32 restantes, 26 não retornaram o contato da pesquisadora e somente seis deles aceitaram responder o questionário. Dos seis médicos contatados via hospitais, instituições e sociedade de médicos, não se obteve participante. Esses locais informaram que não havia médicos da área da pesquisa, ou não responderam ao contato da pesquisadora ou até mesmo não atenderam ao telefonema.

Por intermédio das faculdades de medicina do interior de São Paulo foram contatados 68 médicos/as. Para estes, a pesquisadora entrou no site “escolasmedicas.com.br” selecionou a opção “por estado” e assim obteve os contatos das instituições. A partir dessa lista, o contato inicial com as faculdades ocorreu de forma remota, via e-mail ou telefone. A pesquisadora entrou em contato com uma secretária, que passava um e-mail do curso ou do coordenador que ficavam responsáveis por repassar os e-mails da pesquisadora aos professores do curso. Das 68 faculdades houve três médicas que aceitaram participar

Ao entrar em contato via e-mails, telefonemas ou mensagens de Whatsapp, a pesquisadora uma carta convite no qual continha uma explicação breve dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa, informando os benefícios da pesquisa e da participação dos (as) médicos (as) e consultando-os sobre o interesse em participar (Apêndice - B).

A pesquisadora realizou o primeiro contato com as clínicas ou diretamente com os médicos, então aguardou, sem sequência, 15 dias para o segundo contato, 14 dias para o terceiro, 12 dias para o quarto, seis dias para o quinto e oito dias para o sexto contato. Nos contatos posteriores ao primeiro de apresentação da pesquisadora e convite à

pesquisa, foram enviadas mensagens para lembrar sobre a pesquisa, os objetivos e qual seria a forma de resposta. Para aqueles que disseram que aceitavam participar da pesquisa a pesquisadora enviava o link de acesso ao formulário e o TCLE. Depois de alguns dias decorridos, se o participante não enviasse as respostas, o link, era enviado novamente a fim de evitar o esquecimento dos respondentes. Esse contato posterior ocorreu por, no máximo, cinco vezes. Quando o (a) médico (a) não respondia dentro do prazo de dois meses, tanto ao questionário, quanto ao contato da pesquisadora, ficou entendido como desistência por não querer participar da pesquisa (Apêndice - C).

Para a coleta de dados, foi empregado o Formulários Google para o questionário, no qual o participante pôde responder em um dia e horário de preferência.

4.9 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram analisados em procedimentos de análise estatística descritiva. Alguns dos procedimentos foram previstos na programação das questões no Formulários Google. Este dá a opção de ver as respostas dos participantes, com as opções de resumo, de todas as respostas coletadas, ou por pergunta. Ao clicar no resumo, na opção por pergunta, a pesquisadora conseguia visualizar todas as respostas em gráficos de barras e de pizza, montados automaticamente pelo formulário, com os dados em porcentagem. Para este estudo a pesquisadora criou suas próprias sínteses dos dados no formato de gráficos, utilizando das porcentagens que o formulário calculava automaticamente.

Para análise das respostas aos questionários, as questões foram divididas em categorias. Para as perguntas fechadas e abertas a pesquisadora produziu gráficos com base nos resultados informados pela plataforma. No entanto, para as abertas foi feita uma análise de conteúdo.

Para todas as perguntas foi feita uma análise de acordo com os tópicos abordados: identificação e o diagnóstico de TEA. No entanto, para o tópico diagnóstico de TEA, novas temáticas específicas para as respostas foram propostas, como por exemplo: equipe multidisciplinar, familiares das crianças com TEA, instrumentos utilizados, formação complementar sobre TEA, consulta, entre outras. As categorias de análise das perguntas abertas foram: formação, experiência, conhecimento de TEA, procedimentos e critérios utilizados no processo diagnóstico.

4.10 CONFIABILIDADE DA CLASSIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES ABERTAS

Devido ao fato de as respostas abertas serem analisadas por categorias, para que houvesse fidedignidade de atribuição das categorias na classificação das respostas, uma juíza independente fez a análise das respostas em função das categorias. Para isso, a juíza recebeu 33% das respostas abertas dos questionários, aleatoriamente definidos pela pesquisadora, e as categorizou.

A juíza recebeu uma tabela com os nomes fictícios dos participantes, uma relação de categorias, um protocolo com as respostas e um espaço correspondente para informar a categoria. Obteve-se 83% de concordância com a categorização da pesquisadora, não sendo necessário o ajuste na definição das categorias, pois entendeu-se que a pergunta na qual a juíza classificou em outra categoria, poderia fazer parte de ambas as classificações.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

Participaram da pesquisa oito pediatras, sendo um especializado também em neurologia e neuropediatria. Os participantes foram designados pelos códigos M1 a M8 para garantir a privacidade e a não identificação dos participantes. A idade mediana dos participantes foi de 45,5 anos com intervalo de 36 a 66 anos, sendo seis do gênero feminino e dois do gênero masculino.

O modelo de saúde em que os médicos atuavam eram SUS, Saúde Suplementar e Particular, sendo que sete trabalhavam em mais de um lugar, enquanto que o participante M6 atuava apenas no SUS e os participantes M2, M5 e M8 atuavam nos três locais. Dentre esses modelos, os locais de atuação eram em hospitais centro municipal de especialidade em saúde, clínica de especialidades, consultório particular, professor de medicina. Em instituições ou organizações não governamentais não houveram participantes atuantes.

Devido os participantes atuarem em mais de um local, a pesquisadora não saberia de qual deles o respondente estaria informando os dados. Para isto, foi escolhido um local apenas para direcionar as respostas dos participantes durante o questionário. Dessa forma quatro escolheram o modelo de Saúde Suplementar, dois escolheram o SUS e dois escolheram o particular. Relacionando estes locais com os recursos utilizados, percebe-se que nenhum dos participantes do sistema de Saúde Suplementar e SUS emitem laudo, enquanto que no sistema Particular, a participante M3 é a única que emite, utilizando o DSM-V, ela é a única que tinha a especialização em neuropediatria.

O tempo de atuação dos participantes em pediatria foi mais de 11 anos para quatro dos respondentes, de 4 a 6 anos para dois e de 7 a 10 anos para dois sendo assim a mediana correspondente ao tempo de atuação foi de 11 anos. O participante M3 também tinha tempo de atuação de 4 a 6 anos para neurologia e neuropediatria. A quantidade de diagnósticos realizados para quatro dos respondentes foi de 6 a 10 crianças diagnosticadas, para dois de 11 a 20 crianças e para dois acima de 21 crianças.

Na Tabela 1 encontram-se informações sobre a formação e a atuação profissional dos respondentes.

Tabela 1: Caracterização e atuação dos participantes

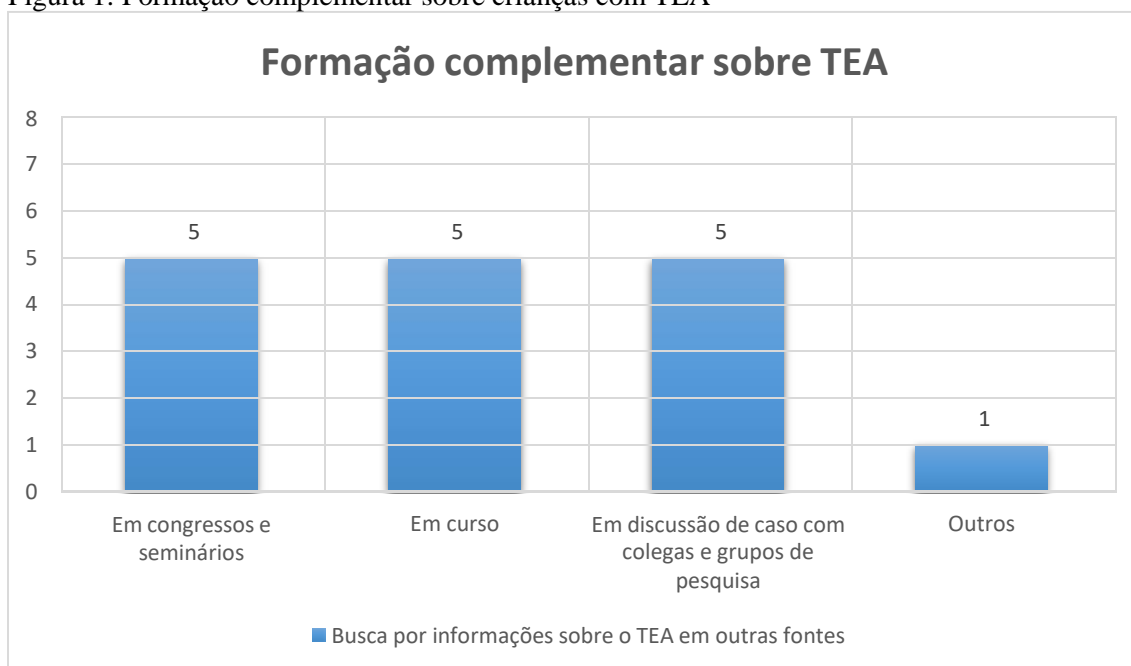
Caracterização dos participantes			Atuação do profissional								
Participantes	Idade (em anos)	Gênero	FORMAÇÃO			ATUAÇÃO					
			Básica			Especialidade	Modelo	Local	Escolha de local de trabalho para orientar as respostas ao questionário	Tempo/anos (em anos)	Número de diagnóstico/triagem realizado
			Ano de Ingresso	Ano de Conclusão	Instituição						
M1	36	F	2006	2011	Faculdade de Medicina de Marília	Pediatra	Saúde Suplementar e Particular	Hospital e Consultório Particular	Saúde Suplementar	4 a 6	Acima de 21
M2	39	M	2008	2013	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo	Pediatra	SUS, Saúde Suplementar e Particular	Hospital, Consultório Particular e Professor de Medicina	Saúde Suplementar	4 a 6	De 11 a 20
M3	40	F	1999	2004	Puc Sorocaba	Pediatra/Neurologia	SUS e Particular	Consultório Particular e Professor de Medicina	Particular	7 a 10 (Pediatra) 4 a 6 (Neurologia)	Acima de 21

										ogia) e 4 a 6 (Neuro pediatri a)	
M4	41	M	2003	2008	Fmrp – usp	Pediatra	SUS e Particular	Hospital, Clínica de especialidad es e Consultório	SUS	7 a 10	De 6 a 10
M5	42	F	1998	2003	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora MG	Pediatra	SUS, Saúde Suplementar e Particular	Hospital, Centro Municipal de Especialida des em Saúde e Consultório Particular	Particular	Mais de 11	De 6 a 10
M6	46	F	1994	1999	Fmrp – usp	Pediatra	SUS	Hospital e Professor de medicina	SUS	Mais de 11	De 6 a 10
M7	54	F	1985	1991	Fmrp – usp	Pediatra	SUS, Saúde Suplementar e Particular	Hospital e Consultório Particular	Saúde Suplement ar	Mais de 11	De 11 a 20
M8	66	F	1973	1979	Faculdade de Medicina de Marília	Pediatra	Saúde Suplementar e Particular	Hospital e Consultório Particular	Saúde Suplement ar	Mais de 11	De 6 a 10

Fonte: Coleta de dados da mestranda, 2021.

Formação dos participantes

Figura 1: Formação complementar sobre crianças com TEA



Fonte: Coleta de dados da mestranda, 2021.

Sobre a formação complementar de TEA, seis dos médicos informaram que nunca foram a um congresso ou encontro científico cujo tema específico fosse o autismo, mas dois deles já foram. Para além desses encontros, todos os médicos também informaram outros meios de buscar informações sobre o TEA em locais, cujo tema específico não fosse o autismo, cinco médicos informaram que realizavam essa busca em congressos e seminários; em cursos; e em discussões de caso com colegas e grupos de pesquisa; e para um médico que informou que buscava em outros meios, se dava na internet e em livros de medicina.

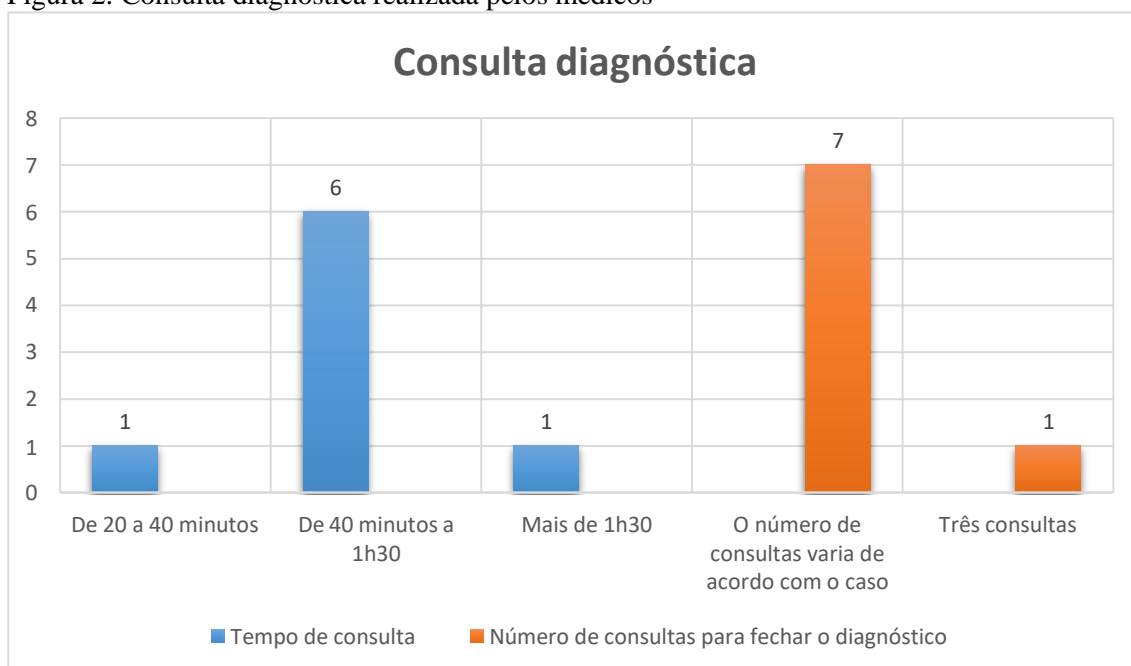
De acordo com a formação complementar dos médicos, observou-se que mesmo que a maioria deles não tenha ido a encontros ou congressos específicos de autismo, ainda assim, eles procuraram informações sobre o tema em outros locais, como em livros, internet, artigos, conversando com os colegas, o que demonstrou o interesse por esse transtorno ou até mesmo o interesse por buscar novas informações que possam os auxiliar durante os seus atendimentos. Procurar pelo assunto em congressos específicos de TEA não são as únicas fontes das quais os médicos podem obter informações, como foi visto, no entanto, nesses ambientes encontram-se especialistas da área que poderiam auxiliar mais os médicos ao invés de uma pesquisa rápida na internet ou até a leitura de um livro, pois, por meio desse, poderia haver interpretações erradas sobre o assunto, já no

congresso, ao conversar com os especialistas, eles poderiam ter suas dúvidas esclarecidas de forma mais segura.

No estudo de Lacerda e Aiello (1998) os participantes também nunca tinham ido a um congresso específico do tema, pode-se pensar que em 1998 o autismo era um assunto novo, algo que talvez seria difícil ser tema de congressos específicos, no entanto, atualmente, o autismo é um assunto muito abordado, um assunto que está se tornando cada vez mais relevante nos meios acadêmicos, havendo mais congressos específicos. Segundo o CDC (2020) houve um aumento na população de crianças com TEA, sendo uma com autismo entre 54 crianças. Além disso, em 1998, não se tinha conhecimento de tantos casos de autismo o que, para os médicos, não seria algo a ser pesquisado a fundo, mas nos dias de hoje há muitas crianças sendo diagnosticadas com TEA.

Conhecimentos sobre o TEA

Figura 2: Consulta diagnóstica realizada pelos médicos



Fonte: Coleta de dados da mestranda, 2021.

Quando questionados sobre quanto tempo achavam necessário para uma consulta, os médicos informaram três durações: de 20 a 40 minutos para um dos participantes, de 40 minutos a 1h30 para seis e mais de 1h30 para um. No quesito do número de consultas necessárias para realizar o diagnóstico, sete dos participantes responderam que esse tempo varia de acordo com cada caso, enquanto que apenas um relatou um número exato de consultas, três.

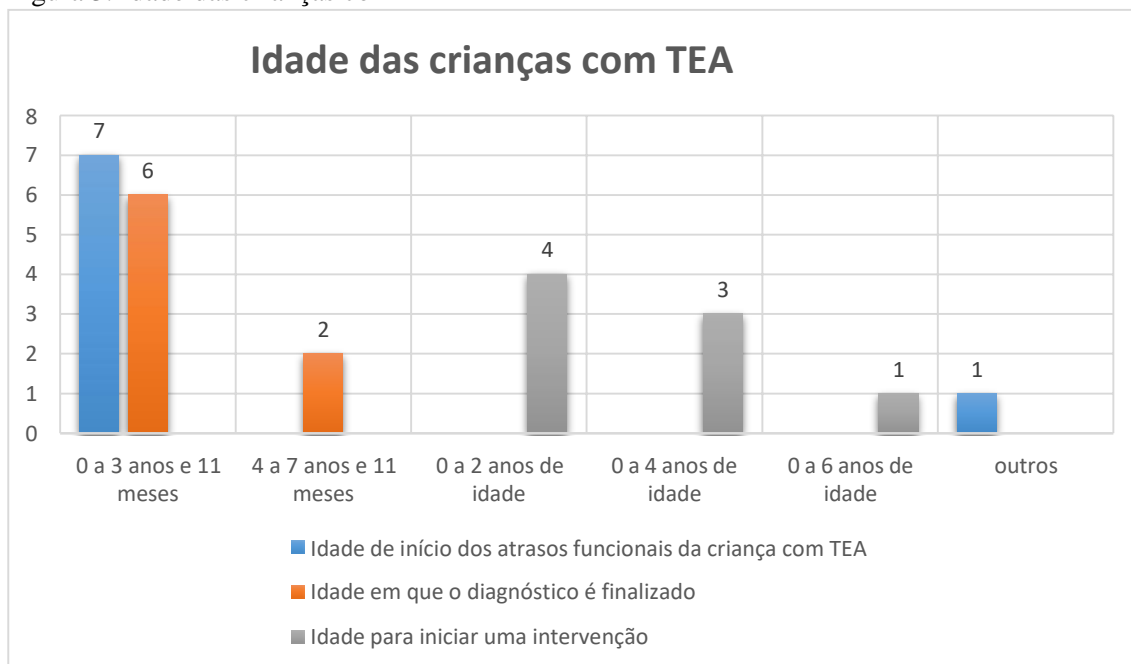
Na questão da consulta diagnóstica, quando questionados sobre a quantidade

necessária para fechar um diagnóstico o participante M6 definiu um número de consultas, independentemente da criança, das suas dificuldades e atrasos, três consultadas bastavam para fechar um diagnóstico. Em contrapartida, os outros seis participantes relataram que o tempo necessário de uma consulta é de 40 a 1h30 e que o número de consultas variava de acordo com cada caso.

De acordo com Bosa 2006, nem todas as crianças com TEA apresentam as mesmas características, podendo manifestar um ou mais comportamentos disfuncionais. O que justifica o diagnóstico desse transtorno ser mais dificultoso, como Aiello (2002) afirmou em sua pesquisa. Dessa forma, os seis médicos deste estudo que indicaram de 40a 1h30 de consulta para realizar um diagnóstico, parece ser o mais correto, pois cada indivíduo é um ser único, sendo assim, ninguém é igual a ninguém, cada criança irá precisar de um procedimento diferente para conseguir o diagnóstico correto, o que demanda tempos e números diferentes de consulta.

Observa-se que os médicos entendem que o tempo de consulta deveria ser maior do que nós temos atualmente, pois as consultas de 20 minutos não são suficientes para se fazer o diagnóstico de uma criança e que apenas uma consulta não basta para concluir esse procedimento, este varia de caso a caso.

Figura 3: Idade das crianças com TEA



Fonte: Coleta de dados da mestranda, 2021.

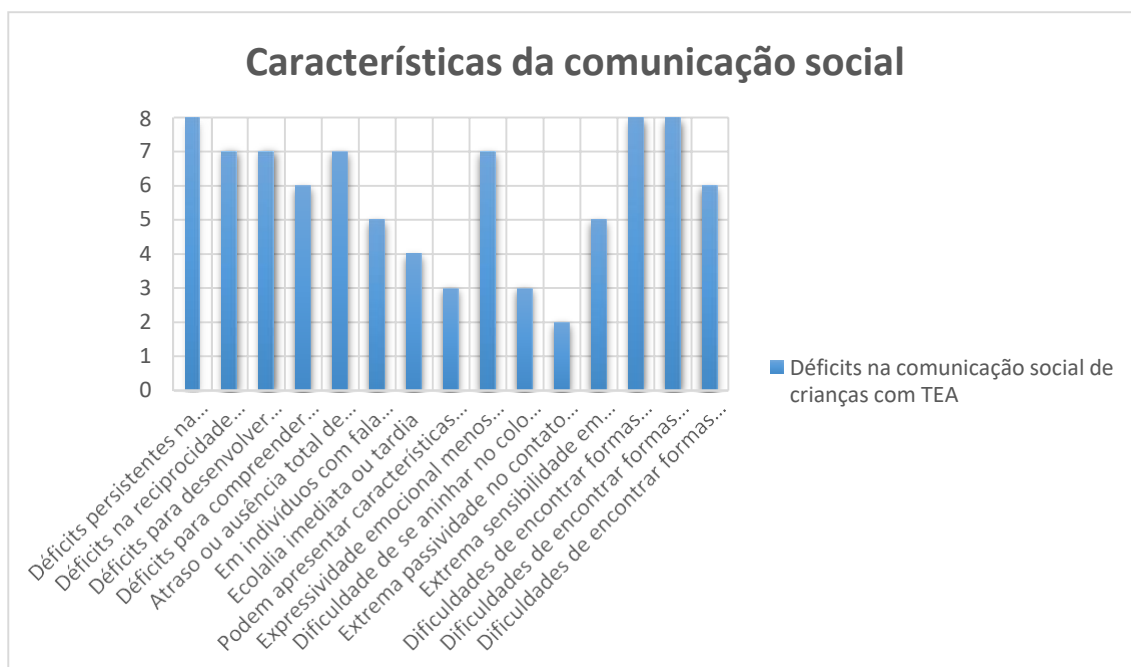
Em relação a experiência dos médicos, foram questionados sobre o início dos

atrasos funcionais das crianças com TEA, para sete dos respondentes inicia dos 0 aos 3 anos e 11 meses de idade, enquanto que apenas o participante M5 relatou outra informação referindo-se a iniciar a partir de 1 ano e vai até aos 3 anos, ou seja do nascimento até 11 meses a criança não apresenta nenhum atraso funcional.

Além disso, no quesito da idade com que é finalizado um diagnóstico, os médicos relataram que, de acordo com suas experiências, para seis ocorreram com a idade de 0 a 3 anos e 11 meses, enquanto que para dois ocorrem de 4 a 7 anos e 11 meses. Sobre iniciar uma intervenção precoce, os participantes responderam que as crianças devem iniciar de 0 a 2 anos de idade para quatro dos médicos, para três de 0 a 4 anos de idade e para um deve-se iniciar de 0 a 6 anos de idade.

Em relação à idade das crianças com TEA, sete médicos apontaram a faixa etária de zero a três anos como início dos atrasos, idade em que o diagnóstico deve ser finalizado e iniciada a intervenção, estando de acordo com o DSM-V (APA, 2014). Sobre a intervenção precoce, percebe-se que quatro médicos entendem que quanto mais cedo iniciar a intervenção na vida dessas crianças, melhores serão os resultados, sendo que para esses, a intervenção ocorre entre os 0 a 4 anos, tempo em que os atrasos funcionais começam a surgir de acordo com os mesmos. No estudo de Bosa de 2006, ela traz que o impacto da intervenção pode ter diferentes impactos nas vidas das crianças, a depender da idade, do grau de déficit cognitivo, de ter linguagem e da gravidade dos sintomas gerais da criança com autismo, sendo assim, a intervenção deve ser estruturada de acordo com a etapa de vida do paciente, no caso de crianças pequenas, priorizar a terapia da fala.

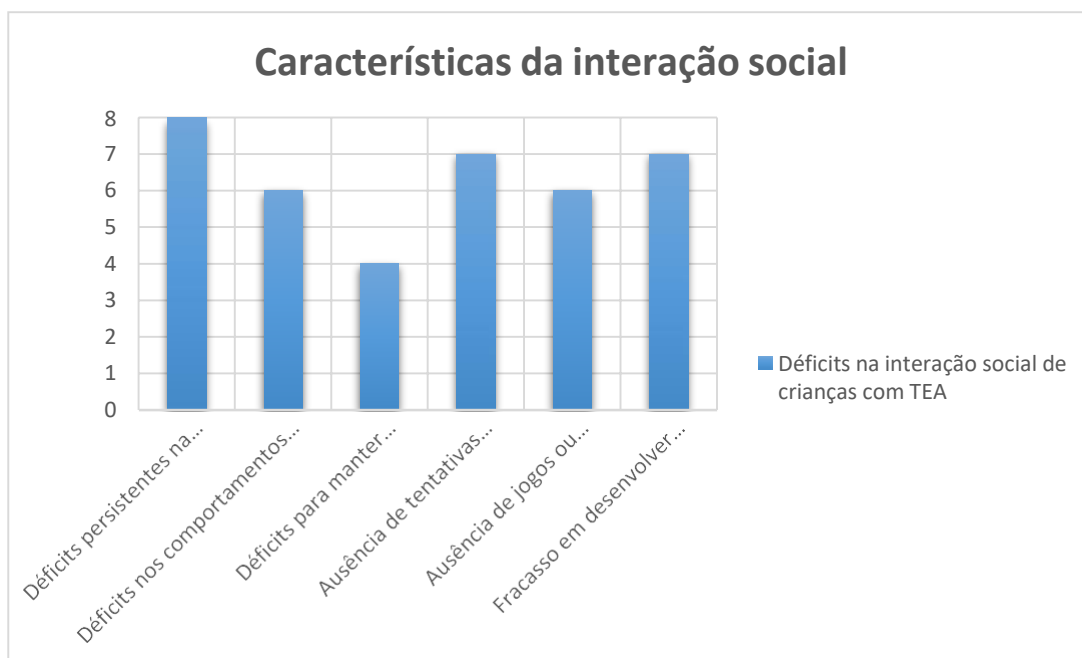
Figura 4: Características da comunicação social de crianças com TEA



Fonte: Coleta de dados da mestranda, 2021.

Para saber sobre as características da comunicação social de crianças com autismo, todos os participantes informaram que ocorrem nos déficits persistentes na comunicação social, na dificuldade de encontrar formas de expressar as diferentes preferências e na dificuldade de encontrar formas de expressar as suas vontades; sete participantes relataram que as crianças tem déficits na reciprocidade socioemocional, para desenvolver relacionamentos, atrasos ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada, expressividade emocional menos frequente e mais limitada; seis indicaram dificuldades de encontrar formas de responder às tentativas dos adultos de compreendê-las; que as crianças apresentam déficits para compreender relacionamentos; e cinco para extrema sensibilidade em momentos de desconforto, informaram que em indivíduos com fala adequada, apresentam acentuado comprometimento da capacidade de iniciar ou manter uma conversação; quatro disseram que essas crianças apresentam ecolalia imediata ou tardia, três disseram que podem apresentar características peculiares na entonação e no volume da voz e dificuldade de se aninhar no colo dos cuidadores; e dois relataram a extrema passividade no contato corporal como uma característica na comunicação social presente em crianças com TEA.

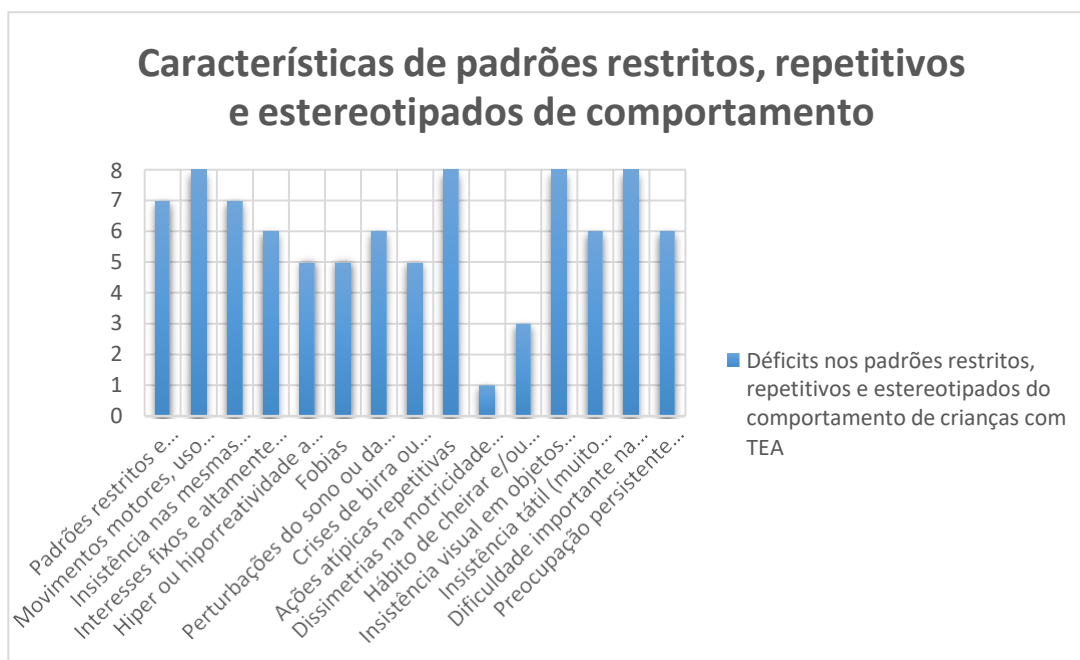
Figuras 5: Características da interação social de crianças com TEA



Fonte: Coleta de dados da mestranda, 2021.

Sobre as características da interação social de crianças com autismo, oito participantes informaram que estão nos déficits persistentes na interação social e sete na ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas; além de indicarem o fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento; seis indicaram déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social e a ausência de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos próprios do nível de desenvolvimento; e quatro indicaram que as crianças com TEA apresentam déficits para manter relacionamentos.

Figura 6: Características de padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento de crianças com TEA

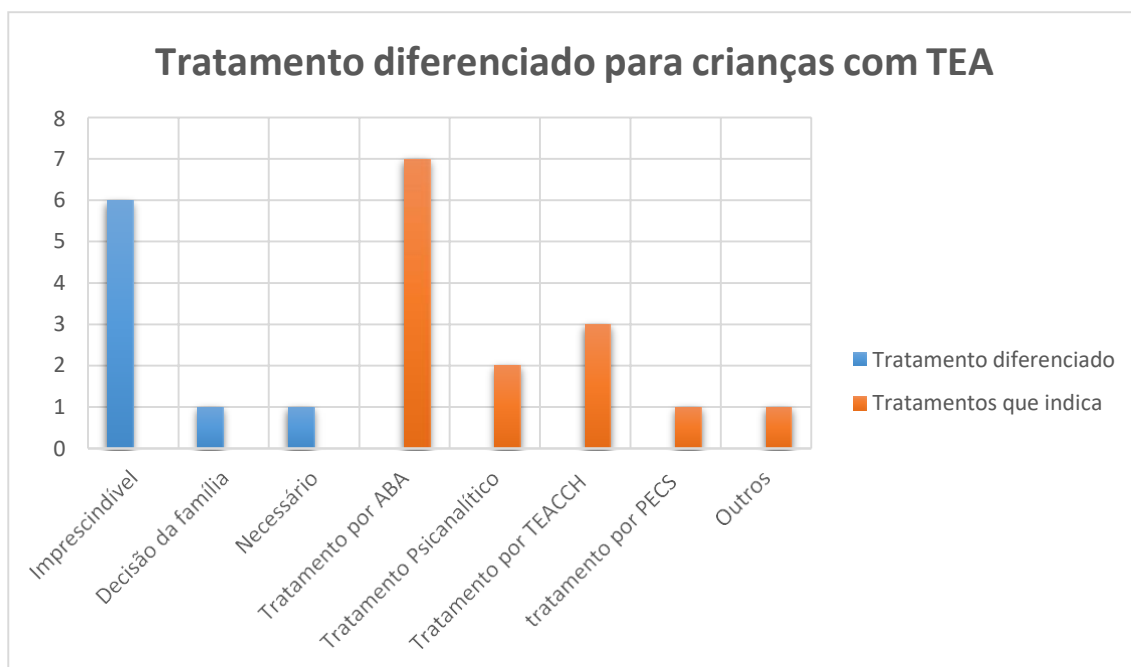


Fonte: Coleta de dados da mestranda, 2021.

Para saber sobre as características de padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento de crianças com autismo, todos os participantes informaram que os déficits nessa área estão nos movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos, nas ações atípicas repetitivas, na dificuldade importante na modificação da alimentação e na insistência visual em objetos que têm luzes que piscam e/ou emitem barulhos, bem como nas partes que giram. Sete deles indicaram padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal; seis indicaram a insistência tátil (muito tempo passando a mão sobre uma determinada textura, por exemplo), déficits os interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco, em perturbações do sono ou da alimentação, e na preocupação persistente com partes de objetos; cinco disseram a hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente, em crises de birra ou agressividade, e fobias; três informaram que elas tem hábitos de cheiras e/ou lamber objetos; e apenas um relatou a dissimetrias na motricidade, ou seja, dificuldade de rolamento na idade esperada, dificuldade de virar o pescoço.

Procedimentos utilizados para o diagnóstico

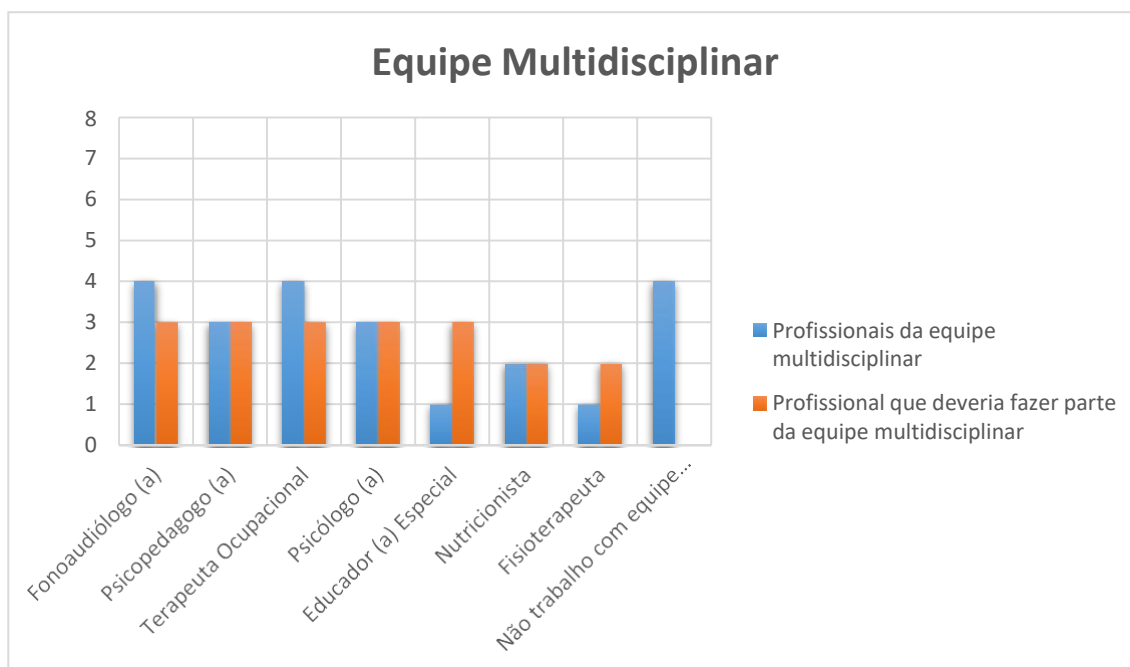
Figura 7: Tratamento diferenciado para crianças com TEA



Fonte: Coleta de dados da mestranda, 2021.

Seis dos médicos informaram que pensavam que o tratamento diferenciado fosse imprescindível, um pensava ser uma decisão familiar a ser tomada e um achava necessário. Para a questão de quais os tratamentos que indicava, sete dos participantes relataram indicar a ABA, três indicaram o Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped (TEACCH), dois indicaram o tratamento psicanalítico e apenas um indicou o Picture Exchange Communication System (PECS) como um tratamento a ser indicado, sendo a ABA o tratamento mais escolhido. O participante que respondeu que indicaria outros tratamentos que não os citados anteriormente, colocou que depende da avaliação multidisciplinar para verificar qual método que mais vai se adequar ao paciente. Para além desses tratamentos, sete participantes informaram que a intervenção precoce era imprescindível enquanto que apenas um informou que era necessário.

Figura 8: Equipe Multidisciplinar



Fonte: Coleta de dados da mestranda, 2021.

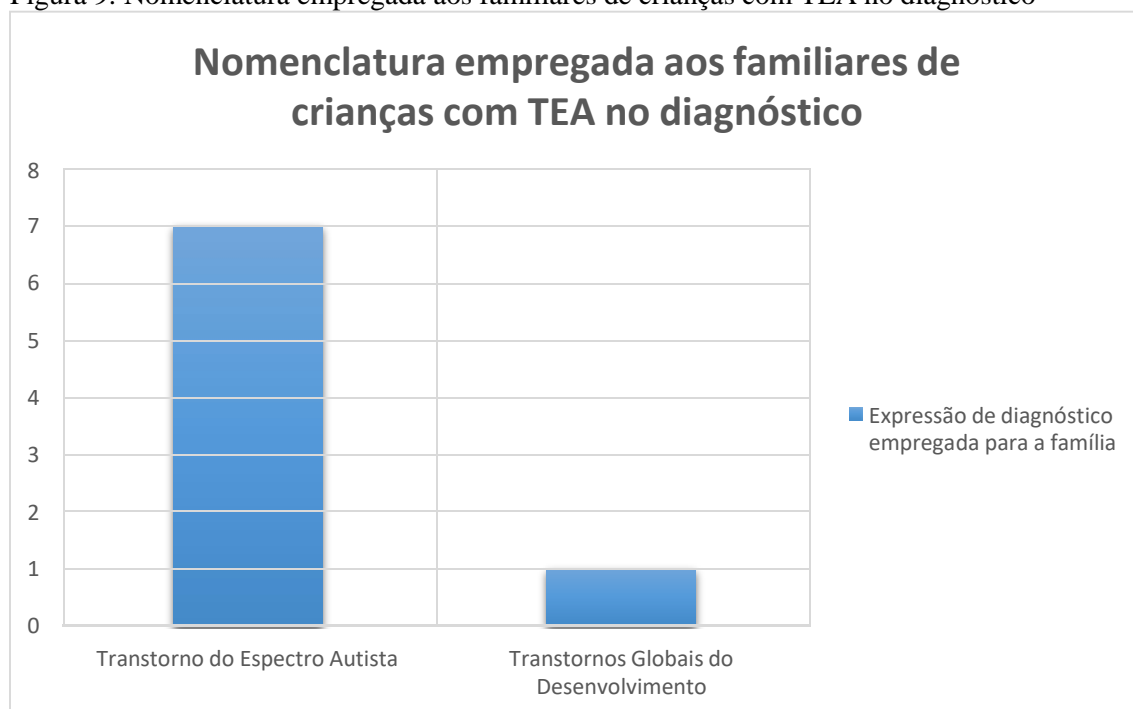
Sobre trabalhar com equipe multidisciplinar, quatro participantes informaram que não trabalhavam, quatro relataram que trabalhavam com equipe multidisciplinar e que o Terapeuta Ocupacional fazia parte da equipe e quatro indicaram o (a) Fonoaudiólogo (a), sendo estes os que mais estavam presentes nas equipes, de acordo com os médicos. Em segundo lugar, três participantes indicaram os psicólogos (as) e psicopedagogos (as), em terceiro lugar, dois dos médicos disseram ter nutricionistas na equipe e em quarto lugar com um médico indicando, estão os profissionais Educador (a) Especial e Fisioterapeuta.

Quando questionados se havia profissionais que deveriam fazer parte da equipe, cinco médicos informaram que não, entendendo que a formação da equipe multidisciplinar por esses profissionais já era o suficiente para auxiliar durante o diagnóstico, enquanto que três disseram que sim. Desses que indicaram que teriam profissionais que deveriam fazer parte, três informaram os profissionais: fonoaudiólogo (a), psicólogo (a), psicopedagogo (a), educador (a) especial e o terapeuta ocupacional; e dois indicaram que nutricionistas e fisioterapeutas deveriam fazer parte.

A maioria dos participantes ainda não trabalhavam com uma equipe multidisciplinar, mesmo sabendo que a equipe poderia auxiliar durante o processo diagnóstico, compartilhando os conhecimentos de cada área, ajudando da forma que cada profissional é capaz de ajudar, para que as crianças tenham um diagnóstico mais rápido e correto. Os profissionais menos indicados como parte da equipe são os educadores especiais. Pode ser que estes profissionais não estejam tão presentes nas equipes

multidisciplinares, por ser uma profissão nova, com a existência de apenas 13 anos do curso de licenciatura, e devido a este fato, não serem tão conhecidos por médicos. No entanto, os educadores especiais deveriam fazer parte da equipe obrigatoriamente, por estudarem a fundo o autismo e poderem contribuir para a triagem, o diagnóstico e o trabalho com crianças com autismo. Esta posição está de acordo com a opinião dos médicos de que esses profissionais deveriam fazer parte da equipe, mas que ainda não fazem. Segundo a LDB, Art. 58, a Educação Especial é uma modalidade de educação escolar que é oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, no qual seus educandos são pessoas com alguma deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação (BRASIL, 1996, p. 41).

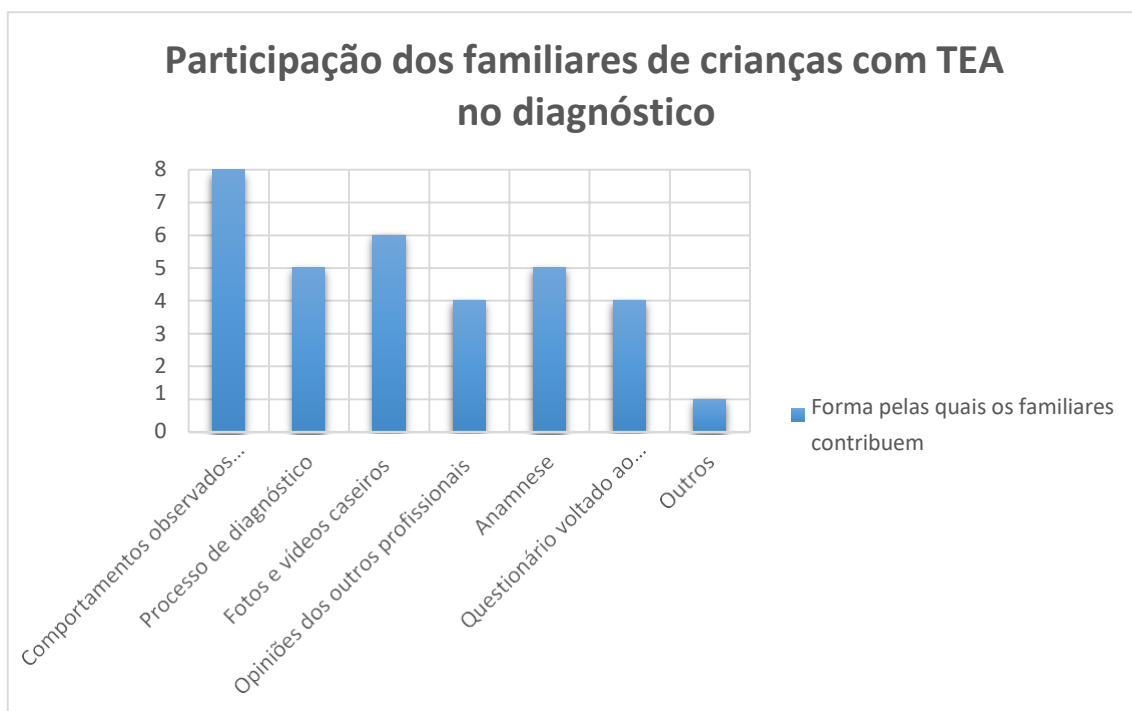
Figura 9: Nomenclatura empregada aos familiares de crianças com TEA no diagnóstico



Fonte: Coleta de dados da mestranda, 2021.

A expressão técnica mais empregada por sete dos médicos para informar o diagnóstico aos familiares é o termo Transtorno do Neurodesenvolvimento (Transtorno do Espectro Autista) e apenas um utilizava Transtornos Geralmente Diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência (Transtornos Globais do Desenvolvimento).

Figura 10: Participação dos familiares de crianças com TEA no diagnóstico



Fonte: Coleta de dados da mestranda, 2021.

No quesito do auxílio que os familiares poderiam oferecer para levantamento de dados sobre criança, todos os médicos responderam que contavam com essa ajuda. As formas pelas quais os responsáveis das crianças ajudavam eram: relatando os comportamentos observados nas crianças em todos os casos, para seis participantes, os pais participavam apresentando fotos e vídeos caseiros, para cinco médicos ocorria tanto participando do processo diagnóstico quanto respondendo a uma anamnese, para quatro participantes, quando fosse o caso, indicando as opiniões de outros profissionais que visitaram anteriormente e respondendo a um questionário voltado para o comportamento da criança e um participante indicou uma outra forma pelas quais os pais e/ou os responsáveis podem auxiliar, sendo através dos relatos e observação de comportamentos da criança, no qual o médico encaminha para o neuropediatra.

A forma pelas quais os pais/responsáveis pelas crianças contribuem com o processo diagnóstico no sistema de Saúde Suplementar, em comum a todos os médicos, eram relatando os comportamentos observados nas crianças. No caso do Particular, os médicos disseram que os pais/responsáveis relatavam os comportamentos observados nas crianças, apresentavam fotos e vídeos caseiros das crianças e relatavam, quando fosse o caso, as opiniões dos outros profissionais que eles haviam visitado anteriormente. Já para o SUS, os médicos concordaram que os pais/responsáveis relatavam os comportamentos observados nas crianças, participavam do processo diagnóstico e apresentavam fotos e

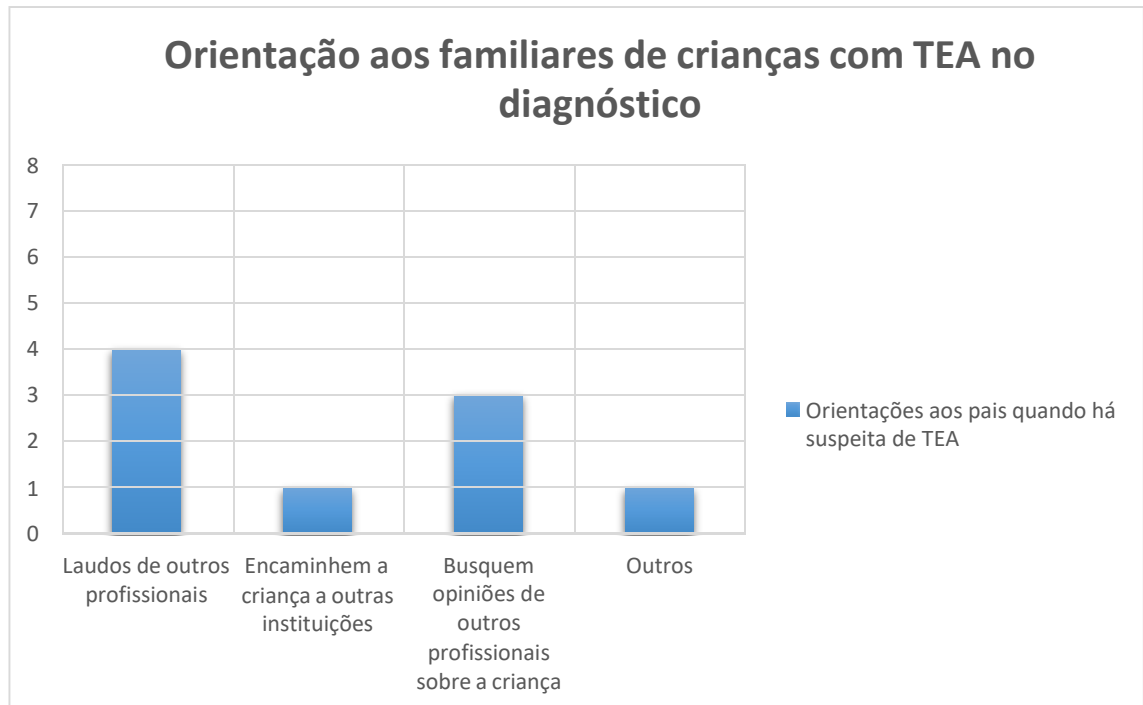
vídeos caseiros das crianças. O que se nota é que, dentro dos procedimentos utilizados pelos médicos no processo de triagem e diagnóstico, todos recorreram à observação comportamental. De acordo com os relatos deles, de que os pais/responsáveis expõem os comportamentos observados nas crianças, sendo assim, não conseguiriam observar muitos comportamentos nas crianças. Por isso que, alguns médicos, como no caso dos sistemas particulares e no SUS, utilizam vídeos caseiros, pois por meio destes, conseguem observar o comportamento das crianças em diversos ambientes e com diversas pessoas. O estudo de Breitschwerdt (2010) avaliou os sinais precoces de crianças com TEA por meio de vídeos caseiros e os resultados confirmaram que é possível obter esses sinais precoces com os vídeos, além de que, por meio deles, consegue-se perceber diferenças em crianças com desenvolvimento típico e crianças com TEA a partir de 12 meses de idade.

Sobre a participação da família, nota-se que os pais e/ou responsáveis pelas crianças com TEA faziam parte do processo de diagnóstico, ajudando com as informações necessárias. No entanto, notou-se que os familiares participam pouco das decisões de tratamento e encaminhamentos para as crianças visto que nenhum dos respondentes disse pedir a opinião dos pais sobre os tratamentos e encaminhamentos.

Os médicos utilizavam-se de vários procedimentos para realizar o diagnóstico, incluindo os familiares no processo, aplicando anamnese, utilizando de instrumentos e observando os comportamentos das crianças, mesmo que em alguns casos seja pedindo vídeos caseiros. Isto demonstra que os médicos estão tentando, de várias formas, juntar a maior quantidade de informações sobre a criança para então conseguir fechar o diagnóstico. Mas mesmo assim, na visão deles, ainda tem muitas coisas que gostariam de fazer, mas que não tem condições, como a participação em equipes multidisciplinares e a utilização de instrumentos e questionários específicos e direcionados ao TEA.

A revisão de Aiello (2002) demonstrou que os autores de diversos estudos relataram que os médicos se utilizavam de vídeos caseiros para a observação comportamental da criança, o que está de acordo com os resultados deste estudo. Os autores concluem que quando os familiares gravam os vídeos em diferentes contextos e com diferentes pessoas, eles estão produzindo uma documentação relevante a ser utilizada pelos médicos. Pois recorrer a este instrumento, produzido pelos familiares, ajuda os pediatras a observar o comportamento da criança em poucos minutos, tempo de uma consulta. Essa oportunidade poderia não ocorrer na clínica e o médico não conseguiria as informações necessárias para realizar o diagnóstico.

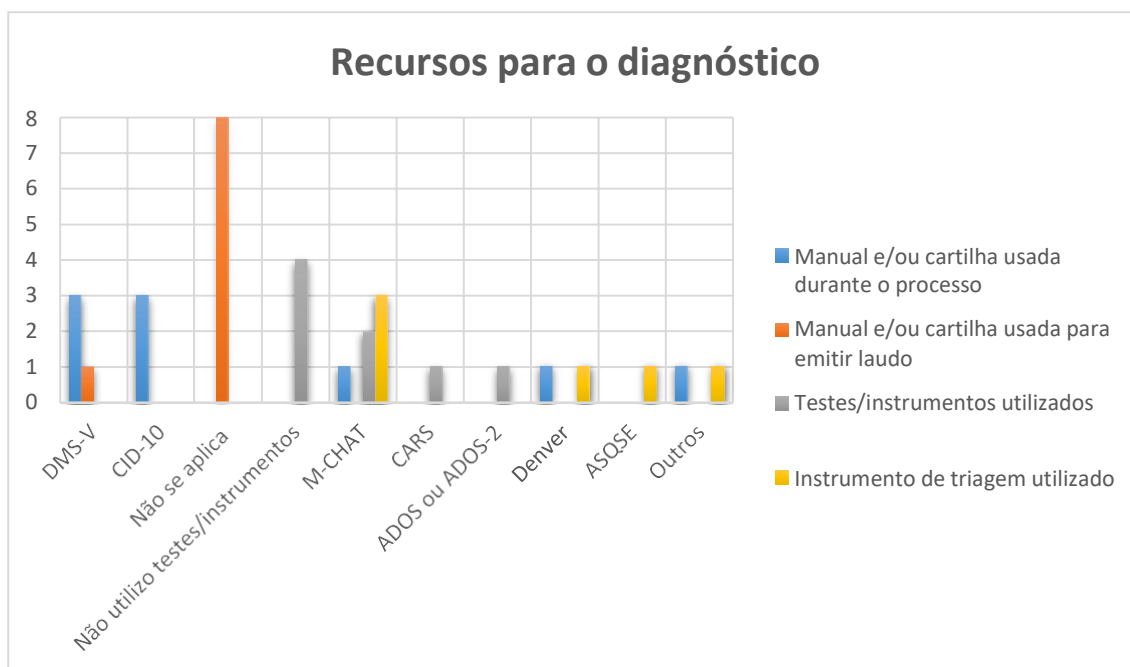
Figura 11: Orientação aos familiares de crianças com TEA no diagnóstico



Fonte: Coleta de dados da mestranda, 2021.

Sobre como os médicos orientavam os familiares quando suspeitavam de que a criança tinha autismo, quatro dos participantes responderam que solicitavam que os pais e/ou responsáveis apresentassem laudos de outros profissionais, três solicitavam que os familiares buscassem opiniões de outros profissionais, um solicitava que os pais encaminhassem a criança a outras instituições e um indicou outra orientação, sendo ela: encaminhar para uma avaliação em neuropediatria.

Figura 12: Recursos para o diagnóstico



Fonte: Coleta de dados da mestranda, 2021.

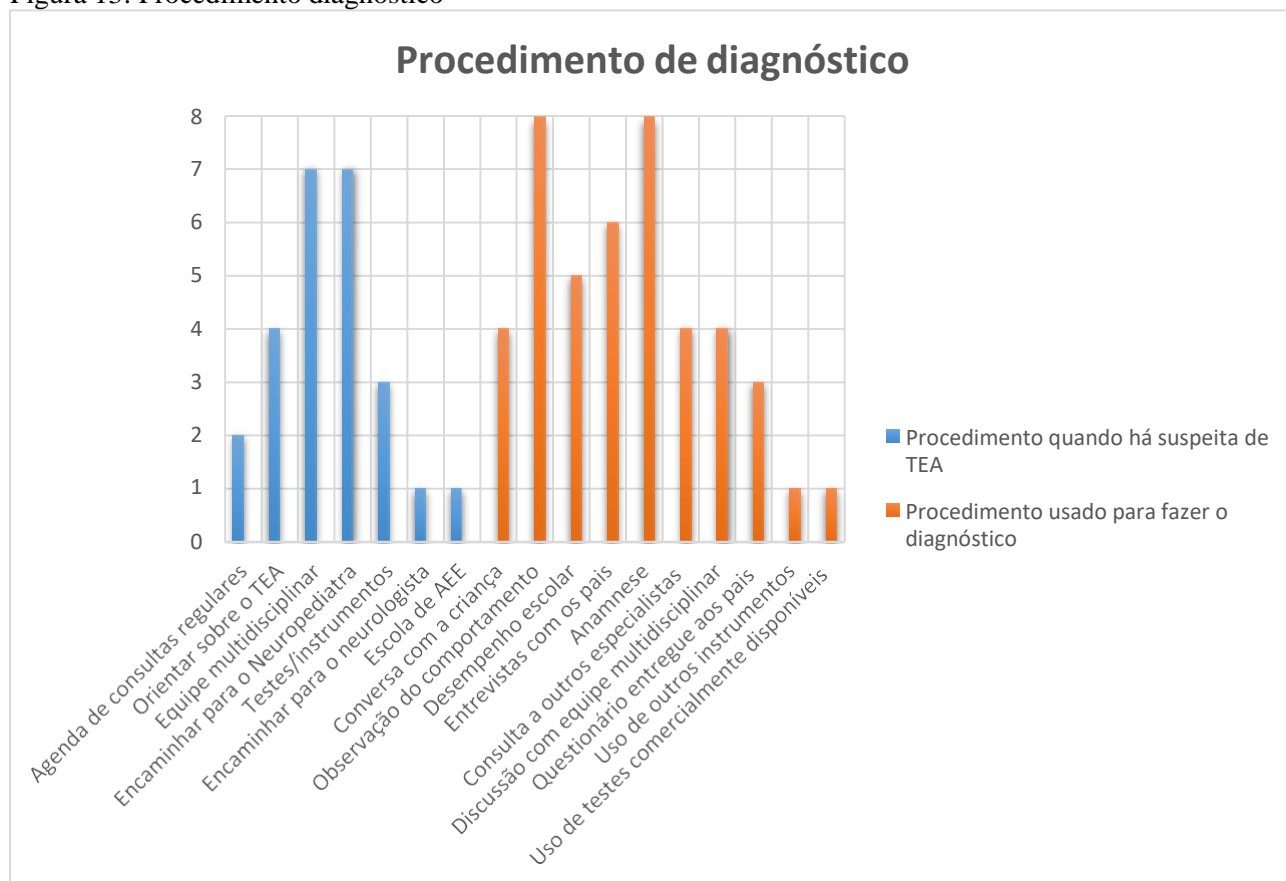
No item de recursos utilizados pelos médicos durante o processo de diagnóstico, três deles informaram que utilizavam como manual o DSM-V e três usavam o CID-10, dois participantes informaram outros, dentre esses um indicou o M-Chat, um o Denver; e um dos participantes indicou que suspeitando, encaminhava ao neurologista. Nota-se que os médicos ficaram divididos em usar o DSM-V ou o CID-10 durante o processo de diagnóstico.

Como testes/instrumentos utilizados, cinco médicos disseram que não utilizavam, dois informaram que utilizavam o Modified Checklist For Autism In Toddlers (M-Chat), um utilizavam o Childhood Autism Rating Scale (Cars) e o Autism Diagnostic Observation Schedule (Ados ou Ados-2). Quando havia suspeita de TEA quatro médicos disseram que não utilizavam testes de triagem e quatro utilizavam, dentre esses que utilizavam, estavam os instrumentos M-Chat para dois participantes, o Denver para um participante e o M-Chat mais o Asqse para um participante. O fato do não uso de instrumentos pelos médicos pode ocorrer pelo desconhecimento dos profissionais, no entanto; os que usavam, indicaram o M-Chat como o instrumento de rastreio traduzido para o português mais utilizado. E percebe-se que tanto durante o processo quanto para a emissão do laudo, os médicos preferiam se basear no documento do DSM-V.

No momento de emitir o laudo das crianças sete médicos informaram que não se aplicava e apenas um usava o DSM-V para emitir o laudo. No estudo de Lacerda e Aiello (1998), os médicos disseram que classificavam as crianças com autismo de acordo com

um processo de exclusão, no momento da anamnese, descartavam as opções e no final sobrava o autismo, sendo que nenhum pontuava características de acordo com o manual da época o DSM-IV. Já nesse estudo, percebe-se que os profissionais procuram se basear nos manuais como o DSM-V e o CID-10.

Figura 13: Procedimento diagnóstico



Fonte: Coleta de dados da mestranda, 2021.

Sobre o procedimento feito, quando havia suspeita de TEA, sete médicos encaminhavam a família e a criança para uma equipe multidisciplinar e encaminhavam para o neuropediatra, quatro davam orientações aos pais sobre o que é o autismo, quatro empregavam testes/instrumentos para verificação de hipótese diagnóstica, dois incluíam a família e a criança na agenda de consultas regulares para verificação de hipótese diagnóstica e um encaminhava para o neurologista e para uma escola com Atendimento Educacional Especializado (AEE), no entanto, nenhum dos médicos encaminhavam para a APAE e nem solicitavam exames complementares para verificar a hipótese diagnóstica.

Nota-se que quando há suspeita de autismo, os profissionais nunca finalizam está sozinho, sempre buscam a ajuda de outros profissionais, seja pelas opiniões e laudos que os responsáveis trazem dos outros especialistas que consultaram anteriormente, ou por

encaminhar a outras instituições. Entende-se que eles não querem ter a responsabilidade única de um diagnóstico quando não tem certeza. Este fato, ocorreu para os médicos do estudo de Lacerda e Aiello (1998), quando os participantes suspeitavam de que a criança tinha autismo, sendo o neuropediatra o especialista mais citado para o encaminhamento.

Os dados do estudo de Siqueira, Prazeres e Maia (2020) mostram que no quesito de diagnósticos, os pais relataram que os pediatras se ausentam da responsabilidade da investigação e do diagnóstico, encaminhando a criança a outro profissional, sendo este o neuropediatra ou o psiquiatra.

Segundo Marques e Bosa (2015) os diagnósticos das crianças com suspeita de TEA estavam sendo realizadas por meio de observação comportamental, na qual os médicos baseavam-se em manuais DSM-V e CID-10, o que também ocorreu com os médicos deste estudo, nenhum deles utiliza outros manuais, como o DSM-IV por exemplo que é mais antigo (1994). Ainda no estudo desses autores, os pediatras utilizavam-se instrumentos fidedignos e validados, enquanto que os pediatras deste estudo relataram não utilizar testes/instrumentos durante o processo de diagnóstico.

A ação dos médicos deste estudo, no momento da triagem, de aplicar a anamnese e observar comportamento, reflete a situação do autismo de não ter um exame clínico que sirva para detecta-lo, seu diagnóstico é por meio de observação comportamental mesmo e relatos dos pais/responsáveis.

Referente ao procedimento para realizar o diagnóstico, oito médicos informaram que realizavam uma observação do comportamento da criança e aplicavam uma anamnese, seis disseram que faziam uma entrevista com os pais e/ou responsáveis, cinco analisavam o desempenho escolar da criança, quatro indicavam a consulta a outros especialistas, conversavam com a criança e realizavam uma discussão com equipe multidisciplinar, três entregavam questionários aos pais e um indicou que usava testes comercialmente disponíveis e instrumentos. Entende-se que há uma vasta opção de procedimentos a serem feitos, dentre dez opções citadas pelos médicos deste estudo, o mais utilizado foi a observação comportamental da criança e a anamnese. Mas o que preocupou foi a pequena porcentagem de médicos que utilizavam testes comercialmente disponíveis e instrumentos para realizar o diagnóstico, sendo que estes são produzidos para auxiliar estes profissionais com o diagnóstico, mesmo assim, são as últimas opções durante o processo. Para além desta observação, notou-se também que nenhum dos médicos segue qualquer uma das rotas de recomendações a serem feitas pela literatura, citadas na introdução deste mesmo estudo.

Nota-se que nenhum dos profissionais deste estudo encaminhavam as crianças com suspeita a instituição da cidade (APAE), mesmo sabendo que nesta havia uma equipe multidisciplinar cuja função era dar o diagnóstico de crianças com TEA e também não pediam exames complementares para tirar a dúvida, o que deveria ser uma das primeiras ações a serem realizadas, como é o caso das avaliações morfológicas, clínicas, molecular (X-Frágil), metabólica, entre outras (BRUNONI, 2014).

Quando perguntados se havia algo que gostariam de fazer durante o procedimento, mas que não tinham condições de fazer, os médicos relataram alguns pontos, sendo eles: realizar uma avaliação sensorial multidisciplinar (M2), participar de uma equipe multidisciplinar (M4), usar questionários ou testes/instrumentos que sejam direcionados (M5) e específicos de TEA (M6). Percebe-se que o uso de testes/instrumentos direcionados e específicos de TEA é algo que os médicos gostariam de usar durante o procedimento, mas o questionamento que se fica é: será que eles não usam por desconhecimento ou por não terem fácil acesso a eles? O M7 relatou que não tem formação suficiente para fazer o diagnóstico, isto pode demonstrar uma falha na formação em medicina? Este tema poderia ser inserido durante a graduação. Um médico relatou que não se aplica (M8), o participante M7 disse que não tinha formação para fazer diagnóstico, mas que estava atento e que encaminhava os casos com alguma suspeita, o participante M3 disse que não tinha restrições de uso e o M1 disse que o convênio no qual trabalhava fornecia todas as condições para o diagnóstico e tratamento. Nota-se a falta que uma equipe multidisciplinar faz. A maioria dos médicos não conta com o apoio de uma equipe, e eles relatam que gostariam de participar e que isso faria diferença durante o procedimento de diagnóstico. É recomendável que haja uma equipe multidisciplinar para avaliar e desenvolver um programa de intervenção a fim de orientar e auxiliar nas necessidades de cada pessoa (Disponível em www.AMA.org.br). Sendo assim, compreende-se que os médicos entendem a importância que a equipe traria durante o processo e que sem eles este procedimento se torna falho.

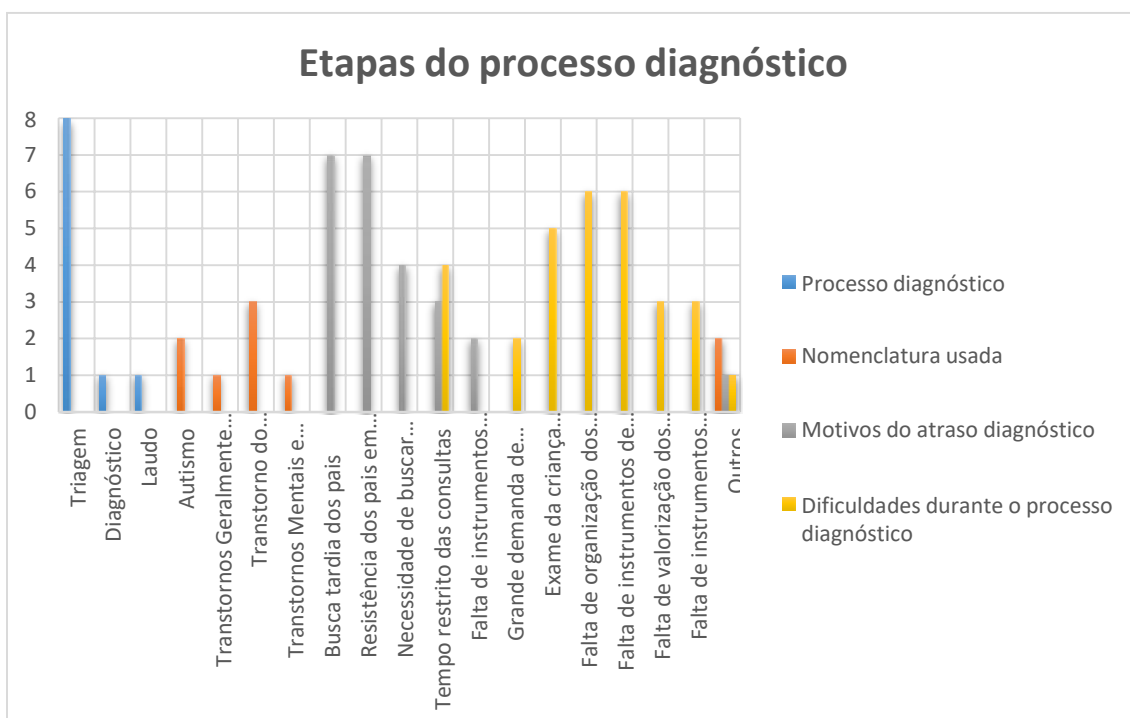
Figura 14: Especialistas consultados durante o procedimento de diagnóstico



Fonte: Coleta de dados da mestranda, 2021.

Na questão de consultar outros especialistas, sete médicos disseram que consultam, enquanto que um informou que não consulta, o motivo informado foi que em alguns casos o participante fazia uma reunião multidisciplinar, no entanto, em geral, ele aplicava diferentes testes e fazia observação clínica direcionada. Para os que responderam que a consulta a outros especialistas fazia parte do seu procedimento, sete participantes informaram que consultam o neuropediatra, cinco consultavam o fonoaudiólogo (a) e o psicólogo (a), três consultava o terapeuta ocupacional, um consultava o neurologista e um consultava o pediatra e o psicopedagogo (a), nenhum deles consultava o Educador (a) Especial. O Educador Especial, especialista com mais conhecimento sobre o TEA é a última opção para auxiliar os médicos durante o processo de diagnóstico e o neuropediatra o especialista mais consultado.

Figura 15: Etapas do processo diagnóstico



Fonte: Coleta de dados da mestrandia, 2021.

Em questão da etapa que o profissional realiza no processo diagnóstico, todos os participantes informaram que faziam a triagem de crianças com autismo, um realizava o diagnóstico e emitia o laudo para crianças com TEA. Conclui-se que os pediatras não fazem o diagnóstico, apenas o procedimento de triagem, em seguida encaminham a outros profissionais, especialmente ao neuropediatra.

Sobre a nomenclatura que o participante preferia empregar para fazer o diagnóstico, três informaram que preferia usar Transtorno do Neurodesenvolvimento, dois utilizavam autismo, um informou que gostava de utilizar Transtornos Mentais e Comportamentais, um usava Transtornos Geralmente Diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência, e dois indicaram que usavam o Transtorno do Espectro Autista. Nota-se que os termos mais utilizados pelos médicos para se referir as crianças com TEA são, na grande maioria, os termos mais atualizados como TEA, Autismo e Transtorno do Neurodesenvolvimento, no qual é a classe que engloba o TEA, como é visto no DSM-V (APA, 2014).

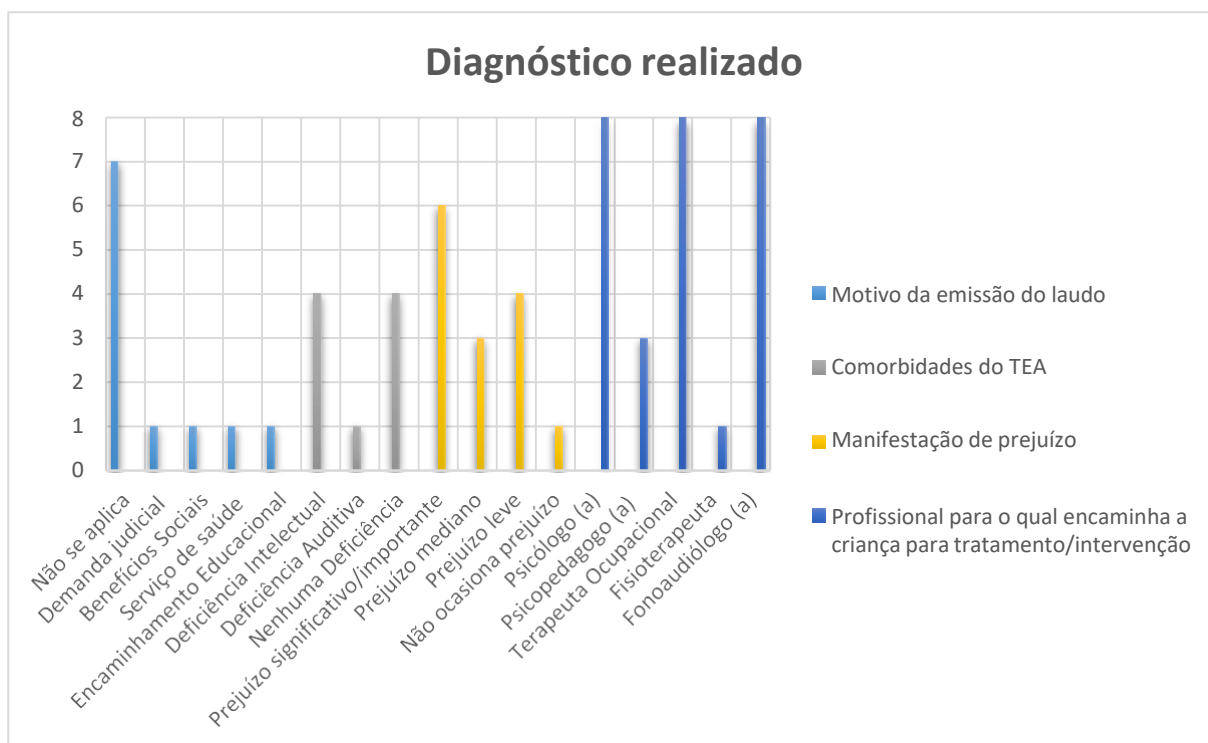
Dentre os motivos de atrasos no diagnóstico das crianças com autismo, para sete participantes ocorriam devido a busca tardia dos pais da criança pelo profissional e também pela resistência dos responsáveis em aceitarem o diagnóstico, para quatro médicos ocorria pela necessidade de buscar a opinião de outros especialistas, três era devido o tempo restrito das consultas, dois disseram que era por conta da falta de instrumentos especializados de TEA traduzidos para o português, e um informou outro

ponto como, a falta de empatia e dedicação do profissional responsável. Nota-se que na visão dos médicos, o motivo pelo qual o diagnóstico ocorria tardiamente se devia ao fato de grande parte dos familiares buscarem os profissionais tardiamente ou pela resistência dos pais em aceitar o diagnóstico. Sabe-se que os familiares de crianças com algum transtorno ou deficiência passam por um período de aceitação, o que pode justificar este atraso. Mesmo que os familiares neguem os sentimentos de ter um filho com deficiência, a maioria passa por um período de “luto pelo filho imaginado” (XAVIER, 2017).

A formação insuficiente também foi descrita no estudo de Ferreira e Smeha (2018) no qual a maioria dos médicos mostrou um conhecimento superficial dos sinais de risco para o autismo. Disseram, ainda, se sentir inseguros para realizar um diagnóstico, justificando não terem recebido esse conhecimento na formação acadêmica. Além disso, o tempo das consultas e a falta de instrumentos poderia atrapalhar, o que demonstra o despreparo e falha na organização de saúde do estado de São Paulo. Acrescenta-se que se percebe que os mesmos pontos destacados como algo que atrase o diagnóstico também é algo que dificulta o processo de diagnóstico, sendo eles novamente a falta de organização dos serviços de saúde, a falta de instrumentos e o tempo restrito de consultas.

Os médicos informaram ocasiões que poderiam dificultar o processo diagnóstico das crianças. Para seis deles, a dificuldade estava na falta de organização dos serviços de saúde para tal realização, à falta de instrumentos de rápida aplicação e resultado, quatro informaram o tempo curto da consulta e exame da criança direcionado às queixas que a mãe traz e não à monitoração do desenvolvimento como dificuldades, quatro disseram que ocorria devido à falta de valorização dos aspectos do desenvolvimento infantil, três indicaram a falta de instrumentos apropriados, dois relataram a grande demanda de pacientes, e apenas um disse não ter dificuldades. Se os serviços fossem mais organizados, o tempo poderia variar de caso a caso.

Figura 16: Diagnóstico realizado



Fonte: Coleta de dados da mestranda, 2021.

Foi perguntado aos médicos quais são os destinos dos laudos de autismo, sete informaram que não se aplicava por não emitirem o laudo, para o participante que emitia disse que se dava para serviço de saúde e encaminhamento educacional e apenas um informou que era para demanda judicial e benefícios sociais (Benefício de Prestação Continuada e outros).

Do ponto de vista dos participantes, sete informaram que não havia outro transtorno ou deficiência que poderia explicar o autismo, enquanto que um informou que existia, dizendo o distúrbio metabólico ainda durante a gestação, assim como mutações genéticas. No quesito do diagnóstico realizado, quando questionados sobre a possibilidade de ter outro transtorno ou deficiência que explicasse melhor o autismo, os participantes afirmaram que o distúrbio metabólico ainda durante a gestação, assim como mutações genéticas poderiam explicar. Talvez a pergunta devesse ser reformulada, porque estes não alcançaram o objetivo da pergunta, já que o intuito era saber que outros transtornos ou deficiências como, Deficiência Intelectual por exemplo, explicariam melhor o autismo. No entanto informaram pontos que podem acarretar o autismo nas crianças como mutações genéticas.

Sobre as comorbidades do autismo quatro dos médicos informaram a deficiência intelectual, quatro disseram não ter nenhuma deficiência como comorbidades e um

informou a deficiência auditiva. No quesito das crianças com autismo manifestarem prejuízos no funcionamento social, profissional ou em outras áreas, seis médicos informaram que essas crianças apresentam prejuízo clinicamente significativo/importante, quatro disseram ser prejuízos clinicamente leve, três relataram que são prejuízos clinicamente medianos e um informou que o autismo não ocasiona prejuízos. Para a maioria dos médicos a deficiência intelectual entrou como comorbidade ao TEA, o que está em consonância com o DSM-V (APA, 2014). A deficiência auditiva foi indicada por um médico como uma comorbidade ao autismo, este fato pode ter acontecido, pelas crianças com TEA apresentarem déficits na comunicação, o que para alguns médicos, deste estudo, podem estar relacionadas a deficiência auditiva. O participante M5 informou que o autismo não acarreta prejuízos, mas o que se sabe é que o prejuízo varia de acordo com cada criança e com cada área, podendo ter prejuízos na área da comunicação oral, interação social e/ou comportamentos restritos e repetitivos (APA, 2014).

Depois que os médicos realizam o processo diagnóstico de autismo da criança, eles informaram encaminhar ela para outro especialista afim de iniciar um tratamento/intervenção, oito participantes encaminhavam para o psicólogo (a), fonoaudiólogo (a) e para o terapeuta ocupacional, enquanto que três encaminhavam para o psicopedagogo (a) e um encaminhava para o fisioterapeuta.

7 CONCLUSÃO

Os objetivos do estudo foram identificar os procedimentos utilizados por médicos pediatras, neurologistas e neuropediatras para a triagem e o diagnóstico de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA); descrever a formação e experiência desses/as profissionais na realização de diagnósticos de crianças com autismo/TEA; identificar os critérios que esses médicos utilizam para o diagnóstico precoce e identificar o conhecimento dos profissionais sobre TEA.

Com base nos resultados, percebe-se que os critérios dos médicos frente ao diagnóstico de crianças com TEA se aprimoraram, pois eles estão seguindo os manuais mais atualizados, como o CID-10 e o DSM-V, ou seja, os médicos buscaram se atualizar sobre o TEA, buscam novas informações com seus parceiros de trabalho e incluem os

familiares nos processos diagnóstico. Os resultados desta pesquisa contribuem para a compreensão de como está sendo realizado o diagnóstico de crianças com autismo, quais os procedimentos e recursos utilizados. Além de contribuir com o conhecimento sobre como fazer a triagem e o diagnóstico de TEA, ou É possível que o conhecimento resultante deste trabalho incite o interesse dos participantes em se aprimorar sobre o tema, sobre as suas práticas diagnósticas.

Os profissionais da área da Educação Especial ainda não são reconhecidos como integrantes das equipes multidisciplinares que atuam com as crianças com TEA, o que se torna um problema, visto que são especialistas capacitados a auxiliar os médicos na prática de diagnóstico, por estudarem especificamente sobre o TEA, conhecendo suas características e procedimentos de intervenção. Sendo assim, entende-se que há uma falta de conhecimento sobre a atuação dos profissionais da Educação Especial. Estudos adicionais poderão investigar o papel destes profissionais junto a pediatras e neurologistas dedicados à triagem e diagnóstico de TEA.

Os problemas encontrados nesse estudo ocorreram devido ao momento atual da pandemia da COVID-19, pois de acordo com os meios de proteção, ou seja, o isolamento ou distanciamento social, a pesquisadora não pode entrar em contato presencialmente com os participantes para explicar o trabalho, se apresentar formalmente, e até aplicar o questionário. A alta rejeição dos médicos em participar da pesquisa, fato este que também ocorreu no estudo de Lacerda e Aiello (1998), pode ter sido acentuada pela falta de contato presencial. Este fato pode ter ocorrido pois são os profissionais mais requisitados durante a pandemia, trabalhando arduamente todos os dias na linha de frente, para tentar combater o COVID-19, não restando muito tempo livre.

Para as pesquisas futuras seria interessante que a participação das especialidades em neurologia e neuropediatria, já que neste estudo houve apenas um médico que tinha as três especializações. Também seria possível expandir o estudo para outros estados do país, ou até mesmo realizar o levantamento em todos os estados.

Uma outra possibilidade de aumentar o número e a diversidade de especialidade dos participantes, seria o contato presencial com os possíveis participantes e a oferta do ressarcimento do tempo dos profissionais empregado na resposta ao questionário, por exemplo, pagando-se uma consulta, caso se consiga apoio financeiro para a realização da coleta de dados.

Para além disso, o questionário poderia ser aprimorado, por exemplo, com o acréscimo de uma questão sobre a cidade de onde o participante está atuando no momento

da resposta ao questionário. A pergunta permitiria mapear a distribuição dos participantes na região selecionada para recrutar os participantes e analisar a relação entre localização regional e triagem e diagnóstico de crianças com TEA.

De acordo com Flores e Smeha (2013) a função do pediatra é o de detectar os sinais precoces nos bebês. Sendo assim, entende-se que os pediatras deste estudo estão cumprindo com seus deveres, identificando os sinais que podem ser suspeitos para o diagnóstico de TEA e, a partir disso, encaminhar a família e a criança a outros especialistas.

A revisão dos estudos sobre triagem e diagnóstico de crianças com TES mostram que as crianças estão tendo o diagnóstico mais cedo, ou seja, na idade em que começam a surgir os atrasos funcionais e os médicos estão aptos a dar os diagnósticos. A situação atual dos diagnósticos difere do que foi identificado nos anos 1990 quando os diagnósticos estavam sendo concluídos até quase os oito anos de idade da criança. Essa demora em ter o diagnóstico pode decorrer de alguns fatores. O fato que as características da criança que sinalizam o TEA serem mais conspícuas quando elas tem mais idade e a aumento significativo de pesquisas sobre a caracterização do TEA e sobre os instrumentos de rastreio e diagnóstico, mais acessíveis nos tempos atuais. Preconiza-se atualmente que o período de identificação do TEA, portanto, do diagnóstico, deve ser o mais precoce possível, pois fazer o diagnóstico perto dos 8 anos de idade é prejudicial à criança. Sabe-se que quanto mais cedo a criança tiver o seu diagnóstico, mais rápido ela poderá ser encaminhada a tratamentos e intervenções e este encaminhamento é predominantemente feito pelos pediatras, neurologistas e neuropediatras.

Conclui-se, então que os médicos têm informação atualizada sobre a caracterização de TEA, que eles conhecem os procedimentos a serem feitos para realizar um diagnóstico que, segundo o relato dos médicos, estão ocorrendo até os três anos de idade, sendo assim, entende-se que estão ocorrendo de forma precoce.

REFERÊNCIAS

AIELLO, Ana Lucia. *Identificação precoce de sinais de autismo*. 9. ed. pp. 13-29. Sobre Comportamento e Cognição, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-5*. 5. ed. Arlington, Washington: American Psychiatric Association, 2014.

BALLABRIGA, Jané María C.; ESCUDÉ, R. María Capdevila; LLABERIA, E. Doménech. Escala d'avaluació dels trests autistes (ATA): Validez y fiabilidad de una escala para el examen de las conductas autistas. *Revista Psiquiatra Infanto-Juvenil*, v. 4, pp. 254-263, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/anp/v57n1/1531.pdf>. Acesso em: jun. 2020.

BARANEK, Grace. T. et al. First-Year Inventory (FYI) 2.0. Universidade da Carolina do Norte; Chapel Hill: 2003.

BARON-COHEN, Simon; ALLEN, Jane; GILLBERG, Christopher. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, v. 161, pp. 839-843, 1992. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1483172/>. Acesso em: jun. 2020.

BOSA, Cleonice Alves. Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v. 28, pp. S47-53. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v28s1/a07v28s1.pdf>. Acesso em: jun. 2018.

BOSA, Cleonice Alves; ZANON, Regina Basso; BACKES, Barbara. Autismo: Construção de um protocolo de avaliação do comportamento da criança – Protea. *Rev. Psicologia – Teoria e Prática*, v. 18, n. 1, pp. 194-205, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v18n1/15.pdf>. Acesso em: jun. 2020.

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm. Acesso em: jun. 2018.

BRASIL, Lei 9394/96, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529732/lei_de_diretrizes_e_bases_1ed.pdf. Acesso: nov. 2021

BREITSCHWERDT, Jael Cristina Barros. Avaliação de sinais precoces em transtornos do espectro autista, por meio da observação de vídeos. 2010. 128f. Dissertação (Mestrado em Distúrbio e Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2008.

Brunoni, Decio. “Diagnóstico etiológico dos transtornos do espectro do autismo: quando e quais exames pedir?”, in Anais do 2º. Congresso Internacional Sabará de Especialidades Pediátricas

CARVALHO, Olívia da conceição. *De pequenino se torce o destino: O valor da intervenção precoce*. Porto: Legis Editora, 2011.

CARVALHO, Felipe Alckmin et al., Rastreamento de sinais precoces de transtorno do espectro do autismo em crianças de creches de um município de São Paulo. *Revista*

Psicologia: Teoria e Prática, v. 15, n. 2, pp. 144-154. São Paulo, SP, maio-ago. 2013. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/5281/0>. Acesso em: out. 2020.

CAON, Giane; RIES, L. G. Motor developmental screening in the first two years of life. *Pediatr Mod* 2003; v. 248, n. 52.

DELGADO, Christine; MUNDY, Peter; BLOCK, Jessica. *Pictorial Infant Communication Scales (PICS)*. Version 1.3. Miami: University Of Miami, 2001.

DIETZ, C. ET AL. Screening for autistic spectrum disorder in children aged 14 to 15 months. II: population screening with the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). Design and general findings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 36, n. 6, pp. 713-722, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16633887/>. Acesso em: jun. 2020.

EHLERS, S.; GILLBERG, Christopher; WING, Lorna. Um questionário de rastreamento para a síndrome de Asperger e outros transtornos do espectro do autismo de alto funcionamento em crianças em idade escolar. *Journal of autism and developmental disorder*, v. 29, n. 2, pp. 129-141, 1999. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1023040610384#:~:text=The%20high%2Dfunctioning%20Autism%20Spectrum,intelligence%20or%20mild%20mental%20retardation>. Acesso em: jun. 2020.

FELDMAN, Maurice A. et al. Development and initial validation of a parent report measure of the behavioral development of infants at risk for autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 42, n. 1, pp. 13-22, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21387111/>. Acesso em: jun. 2020.

FERREIRA, Maria Evanir Vincente; SMEHA, Luciane Najar. E agora Dr.? O pediatra diante do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista. *PSI UNISC*, [S.l.], v. 2, n. 1, pp. 156-171, jan. 2018. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/psi/article/view/11128>. Acesso em: nov. 2020.

NAH, Yong-Hwee et al. Autism detection in early childhood (ADEC): Reliability and validity data for a level 2 screening tool for autistic disorder. *Psychological Assessment*, v. 26, n. 1, pp. 215-226, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/260063988_Autism_Detection_in_Early_Childhood_ADEC_Reliability_and_Validity_Data_for_a_Level_2_Screening_Tool_for_Autistic_Disorder. Acesso em: jun. 2020.

FILIPEK, Pauline A. et al. The Screening and Diagnosis of Autistic Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. v. 29, n. 6, 1999. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1021943802493>. Acesso em: out. 2020.

FRANKENBURG, William. K. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics*, v. 109, pp. 144-5, 2002. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/109/1/144?download=true>. Acesso em: jun. 2020.

FRANKENBURG William. K. et al. The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics*, v. 89, n. 1, pp. 91-97, 1992. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/89/1/91>. Acesso em: jun. 2020.

FLORES, Mariana Rodrigues; SMEHA, Luciane. Najar. Bebês com risco de autismo: o não-olhar do médico. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 16, pp. 141-157, abr. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/agora/v16nspe/10.pdf>. Acesso em: out. 2020.

FORMIGA Cibelle Kayenne Martins Roberto; PEDRAZZANI Elisete Silva; TUDELA Eloisa. *Intervenção precoce com bebês de risco*. Rio de Janeiro: Atheneu, pp. 131-160, 2010.

GAST, David L. *Single Subject Research Methodology in Behavioral Sciences*. New York: Routledge, 2010.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico: resultados preliminares – São Paulo, 2020*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/sao-carlos.html>. Acesso: nov. 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Índice de desenvolvimento humano – São Paulo, 2010*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-carlos/pesquisa/37/0>. Acesso: nov. 2020.

KONST, Matthew Jason. *The Baby and Infant Screen for Children with Autism Traits: A DSM-5 Update*. (2015). Dissertação (LSU Doctoral Dissertations). Departamento de psicologia. Faculty of the Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College. 144 f. 2015.

KRUG David A.; ARICK Joel; ALMOND Patricia. Autism Behavior Checklist – ABC. In: Krug DA, Arick J, Almond P. Autism Screening Instrument for Educational Planning-ASIEP-2. Austin, Texas: PRO-ED; 1993.

LACERDA, D. F.; AIELLO, Ana Lucia Rossito. Caracterizando a prática de diagnóstico de autismo realizada por médicos da cidade de São Carlos. Trabalho de conclusão de curso. Dezembro, 1998. 57 f.

LINHARES, Catiucia Diane Cavalheiro de. *Avaliação Neuropsicológica e cognitiva dos Transtornos do espectro Autista: Revisão sistemática da literatura*. Universidade Federal do Rio grande do sul. Instituto de psicologia. Porto Alegre, 2012.

LORD Catherine et al. Cronograma de observação do diagnóstico de autismo: uma observação padronizada do comportamento comunicativo e social. *J Autism Dev. Disord.* v. 19, n. 2, pp. 185-212, 1989. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2745388/>. Acesso em: jun. 2020.

Maenner Matthew J. et al. Prevalência de Transtorno do Espectro do Autismo entre Crianças de 8 anos – Rede de Monitoramento de Deficiências de Desenvolvimento e Autismo, 11 Sites, Estados Unidos, 2016. *MMWR Surveill Summ* 2020; 69: DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>

MARQUES, Daniela Fernandes; BOSA, Cleonice Alves. Protocolo de Avaliação de Crianças com Autismo: Evidências de Validade de Critério. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Rio Grande do Sul, v. 31, n. 1, pp. 43-51, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v31n1/0102-3772-ptp-31-01-0043.pdf>. Acesso em: out. 2020.

MORATO, Amanda Prado; SILVA, Carla Cilene Baptista. Intervenção precoce em crianças com transtorno do espectro autista: a busca por uma abordagem centrada na família. In: 2º Congresso Luso-Brasileiro – TEA e Educação Inclusiva, 28 a 30, 2019. *Anais* [...]. 2019. Disponível em: wp.ufpel.edu.br/nepca/files/2020/07/anais2019.pdf#page=55. Acesso em: mar, 2021.

NETO, Joaquim Pereira Brasil; TAKAYANAGUI, Osvaldo. M. *Tratado de neurologia da Academia Brasileira de Neurologia / Joaquim Pereira Brasil Neto, Osvaldo M. Takayanagui.* – 1. ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.* 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

PAZ, Caroline Assis Veríssimo, PAULA, Erica Bertaglia. Avaliação multidisciplinar no espectro autista. 12f. Disponível em: <https://www.unaerp.br/documentos/2160-avaliacao-multidisciplinar-no-espectro-autista/file>. Acesso: nov. 2021.

PESSOA José Hugo. Desenvolvimento da criança, uma visão pediátrica. Sinopse de *Pediatria* 2003; v. 9, n. 72, p. 7.

PESSOA José Hugo. Atenção ao desenvolvimento infantil: Desenvolvimento motor grosseiro. *Giro Medicina.* v. 2, 2010. Disponível em: <http://medicina.editorcriacao.com.br/revistas/ler/22>. Acesso em: out. 2020.

ROBINS Diana L. et al. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord.* v. 31, n. 2, pp.131-44, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11450812/>. Acesso em: out. 2020.

RUTTER Michael A.; Le COUTEUR Ann; LORD Catherine. *Autism diagnostic entrevista revisada manual.* Los Angeles: Western Psychological Services; 2003.

SÁ, Maria Graças Carvalho Silva; SIQUARA, Zelinda Orlandi; CHICON, José Francisco; Representação simbólica e linguagem de uma criança com autismo no ato de brincar. *Rev Bras Ciênc Esporte.* v. 37, n. 4, pp. 355-361. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbce/v37n4/0101-3289-rbce-37-04-0355.pdf>>. Acesso: maio. 2019.

SANTOS, Ana Leticia Vieira et al. Diagnóstico precoce do autismo: dificuldades e importância. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*, v. 201, n. 5, 4(Edição Especial): pp. 23-24. 2015. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/2655/2647>. Acesso em: out. 2020.

SCHOPLER, Eric; REICHLER, Robert; RENNER, B. *Childhood Autism Scale (CARS)*. Los Angeles: Western Psychological Services, 1988.

SEIZE, Mariana Miranda; BORSA, Juliane Callegaro. Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 22, n. 1, p. 161-176, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pusf/v22n1/2175-3563-pusf-22-01-00161.pdf>. Acesso em: out. 2020.

SIDMAN, Murray. *Tactics of scientific research: Evaluating experimental data in psychology*. New York: Basic Books, 1960.

SIEGEL, Bryna. *PDDST-II Pervasive Developmental Disorders Screening Test-II*. San Antonio, TX: Pearson, 2004.

SIQUEIRA, Bianca Nayara Leite; PRAZERES, Aurea Christina Lima Ferreira; MAIA, Allyssandra Maria Lima Rodrigues. Os desafios do transtorno do espectro autista: da suspeita ao diagnóstico. *Residenciapediatrica*. 2020

SILVA, Camila Costa; ELIAS, Luciana Carla Santos. Instrumentos de Avaliação no Transtorno do Espectro Autista: Uma Revisão Sistemática. *Avaliação Psicológica*, Goiânia, v. 19, n. 2, pp. 189-197, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v19n2/10.pdf>. Acesso em: out. 2020.

SILVA, Beatriz Siqueira et. al. Dificuldade no diagnóstico precoce do transtorno do espectro autista e seu impacto no âmbito familiar. v. 2 (2018): III CIPEEX - Ciência para a redução das desigualdades. Disponível em: <
<http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/CIPEEX/article/view/2878>> Acesso em: out. 2021.

HYMAN Susan L.; LEVY Susan; MYERS Scott M. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*. 2020;145(1):e20193447

TARIQ Qandeel; DANIELS Jena; SCHWARTZ Jessey Nicole; WASHINGTON Peter; KALANTARIAN Haik; WALL Dennis Paul (2018) Detecção móvel de autismo por meio de máquina aprendizagem em vídeo doméstico: um desenvolvimento e estudo de validação prospectivo. *PLoS Med* 15 (11): e1002705

TEIXEIRA, Gustavo. *Manual do Autismo*. 4ª ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International statistical classification of diseases and related health problems*. 11th ed., 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: out. 2020.

ZEPPONE, Silvio Cesas; VOLPON, Leila Costa; CIAMPO, Luiz Antonio Del. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. *Rev. Paul. Pediatr.*, v. 30, n. 4, p. 594-9, set./fev. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n4/19.pdf>. Acesso em: out. 2020.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
ESPECIAL



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Resolução 510/2016 do CNS)

“Diagnóstico de TEA: descrição da prática de médicos de uma cidade do interior paulista”.

Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente da pesquisa da aluna Bruna Bianchi, matriculada regularmente no Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, da Universidade Federal de São Carlos, intitulada: *“Diagnóstico de TEA: descrição da prática de médicos de uma cidade do interior paulista”*, sob a orientação das profas Dra. Maria Stella Alcantara Gil e Dra. Ana Lúcia Rossito Aiello. Os objetivos da pesquisa são (a) investigar os procedimentos que os (as) médicos (as) especializados (as) em pediatria, neurologia ou neuropsiquiatria, no interior de São Paulo, empregam para diagnosticar crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e (b) descrever a formação e experiência desses profissionais na realização de diagnósticos de crianças com autismo.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos tem por finalidade cumprir e fazer cumprir o disposto nas Resoluções CNS nº 466/12, nº 510/16, nº 370/07, nº 240/97, nº 563/17, nº 580/18 e nas Normas Operacionais nº 006/09 e nº 001/13, além das demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito aos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, sob a ética do indivíduo e das coletividades. **Todo projeto de pesquisa que envolva seres humanos deve passar por apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa e somente poderá ser iniciado após sua aprovação.**

Você foi selecionado (a) por ter completado o curso de medicina e ter se especializado em pediatria, neurologia ou neuropsiquiatria. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas de um questionário, apresentado online, no formato do Formulários Google e, se você assim o desejar, participar de uma entrevista para aprofundar temas do questionário. Toda a pesquisa será realizada remotamente, empregando recursos e equipamentos que permitem a sua participação online, na tela de um equipamento que tenha acesso à internet. Não haverá qualquer risco à sua integridade física pela participação na pesquisa neste período da pandemia da Covid-19, pois não estão previstos encontros presenciais com a pesquisadora.

Os riscos potenciais são de baixa gravidade, por não colocar em risco a sua saúde física, moral, familiar, social, cultural e a sua integridade pessoal ou profissional. O que pode acontecer é você ficar cansado (a), ou entediado (a) ao responder as questões, e nesses casos, você pode interromper o preenchimento do formulário e retomar quando estiver menos entediado ou cansado, mas também pode desistir de terminar o preenchimento. É possível que você se sinta constrangido ou desconfortável com alguma pergunta. Neste caso, a pesquisadora estará a sua disposição para conversar sobre o desconforto e encontrar, junto com você, como superar o constrangimento. Um outro tipo de desconforto será você se sentir inseguro (a) em relação às respostas quando, também neste caso, a pesquisadora estará a sua disposição para um contato remoto. O contato para

superar desconforto, constrangimento ou dúvidas poderá ser feito pelos endereços de e-mail ou WhatsApp que estão no final deste termo.

É importante que você tenha presente que quando você parar de responder porque não quer mais participar da pesquisa, por qualquer motivo que seja, as respostas serão descartadas e você não aparecerá como um (uma) participante da pesquisa.

Nós destacamos que se você desistir de participar da pesquisa, basta parar de responder, antes de chegar ao final, que as respostas serão descartadas e você não aparecerá como um (uma) participante da pesquisa. A qualquer momento você pode retirar seu consentimento parando de responder e fechando a página do formulário – é só clicar no X que fica à direita da página. A sua recusa não trará nenhum prejuízo para a sua relação com as pesquisadoras ou com a UFSCar ou para o seu ambiente de trabalho. Nós nos responsabilizamos por interromper a pesquisa caso seja necessário, e por respeitar o seu desejo. Enfatizamos que você poderá desistir da participação a qualquer momento e que não haverá nenhum prejuízo por você desistir de participar da pesquisa. Ao final do questionário, haverá uma questão sobre a participação em uma entrevista visando o aprofundamento das respostas do questionário. A entrevista será realizada em uma plataforma de acesso gratuito, que permita reunião entre pesquisadora e participante e a gravação (Google Meet preferencialmente). Uma cópia do questionário preenchido será encaminhada para o respondente caso ele informe um e-mail para contato. Uma gravação da entrevista também será enviada para participantes que assim desejarem e informarem o e-mail para contato. Será garantido aos participantes o acesso aos resultados da pesquisa. Os participantes terão acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado a pesquisadora.

Os benefícios potenciais relacionados a sua participação na pesquisa incluem o possível despertar de interesse por aperfeiçoar a prática de diagnóstico de crianças com autismo/TEA/TID, bem como refletir sobre as práticas médicas de diagnóstico.

Para responder o questionário você dispenderá cerca de 30 minutos. Igualmente, a participação na entrevista para os/as profissionais que assim desejarem acontecerá em um período de até 30 minutos.

Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para a compreensão de como está sendo realizado o diagnóstico de crianças com autismo/TEA/TID.

Nós asseguramos a você que daremos qualquer esclarecimento ao longo da pesquisa, para responder qualquer dúvida via e-mail ou outro tipo de contato remoto. Queremos que você saiba também que nós vamos arquivar os formulários respondidos para as finalidades da pesquisa, mas que estes arquivos serão mantidos única e exclusivamente para fins científicos. Nós ainda reafirmamos que as informações obtidas pela pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo e o seu anonimato. O seu nome não será mencionado em nenhum relatório científico. Caso seja preciso diferenciar algum participante, a identificação será feita por código alfanumérico sem qualquer relação com o seu nome (por exemplo: K67).

Os dados obtidos com a pesquisa não serão empregados com qualquer finalidade comercial. Declaramos expressamente que os dados serão divulgados exclusivamente para fins de ensino, comunicação, disseminação ou divulgação científica e garantindo que não será possível a identificação de qualquer de seus participantes. Insistimos em que os dados coletados só poderão ser divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos, sempre preservando o sigilo e anonimato de sua identidade.

Não haverá qualquer despesa da sua parte com a participação na pesquisa. Do mesmo modo, não haverá nenhum tipo de remuneração em dinheiro pela sua participação. Não haverá gastos decorrentes da sua participação na pesquisa, não havendo a necessidade de ressarcimento por parte da pesquisadora.

Você receberá uma cópia deste termo, gerada automaticamente ao final da resposta ao questionário. Na cópia que você receberá constam os telefones e o e-mail da pesquisadora principal e das orientadoras, para que você possa tirar suas dúvidas sobre o projeto e a sua participação, agora ou a qualquer momento. Se você nos informar seu e-mail, nós enviaremos uma cópia deste termo assinada por nós.

Bruna Bianchi - Pesquisadora Principal

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial – UFSCar
Rodovia Washington Luis, km 235 - São Carlos - SP - BR - CEP: 13565-905

Tel. (16) 992548384

E-mail: bruna_1996.b@hotmail.com

Profa. Maria Stella C. Alcantara Gil – Pesquisadora

Programa de Pós-Graduação em Educação Especial – UFSCar
Rodovia Washington Luis, km 235 – São Carlos – SP – BR – CEP: 13565-905

Tel. 16 - 33519591

E-mail: dpsi.stellagil@gmail.com

Profa. Ana Lúcia Rossito Aiello

Programa de Pós-Graduação em Educação Especial – UFSCar
Rodovia Washington Luis, km 235 – São Carlos – SP – BR – CEP: 13565-905

Tel. 16 – 3351959

E-mail: analu.roaiello@gmail.com

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110.

Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Declaro que li detalhadamente este documento e entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação na pesquisa “*Diagnóstico de TEA: descrição da prática de médicos de uma cidade do interior paulista*”. Eu entendo que posso recusar ou interromper a minha participação a qualquer momento do preenchimento do formulário. A minha concordância em participar está expressa no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que assinalo na casela abaixo correspondente à resposta da pergunta:

Você concorda em participar pesquisa “*Diagnóstico de TEA: descrição da prática de médicos de uma cidade do interior paulista*”?

Sim, eu concordo em participar desta pesquisa.

Não, eu não concordo em participar desta pesquisa.

APÊNDICE B

Cartas convites aos participantes

Carta convite aos participantes das clínicas

Prezado (a) Dr (a).

Eu sou Bruna Bianchi, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com a orientação da Profa. Dra. Maria Stella Alcantara Gil e coorientação da Profa. Dra. Ana Lúcia R. Aiello.

Venho trabalhando com crianças com autismo e constato o aumento do número de crianças com TEA, como acontece em muitos países. Os diagnósticos e laudos destas crianças são feitos por médicos e médicas, prioritariamente. Sendo assim, é importante compreendermos como acontece o procedimento diagnóstico dessas crianças. Para isso o (a) senhor (a) responderá a um questionário online, por cerca de 30 minutos, com a maioria das perguntas com alternativas.

Assim que o (a) senhor (a) indicar o aceite em participar da pesquisa, eu encaminharei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual constam os objetivos e procedimentos da pesquisa, e o link para o questionário (Aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) - CAA 40040920.9.0000.5504 / Resolução 510/2016).

Atenciosamente

Bruna Bianchi,
(16) 99254-8384

Carta convite aos participantes das faculdades



Prezado/a Sr./Sra.

NOME COMPLETO DO/A GESTOR/A

Meu nome é Bruna Bianchi, sou aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com a orientação da Profa. Dra. Maria Stella Alcantara Gil e co-orientação da Profa. Dra. Ana Lúcia R. Aiello.

Nosso grupo de pesquisa trabalha com crianças com autismo e constatou o aumento do número de crianças com TEA, bem como o aumento do número de crianças, não diagnosticadas, com “suspeita” de autismo, como acontece em muitos países. O nosso interesse é conhecer os procedimentos que médicos e médicas adotam para fazer diagnósticos e laudos de crianças com autismo no cotidiano do trabalho, com os limites da rotina e das condições objetivas da prática. Para nós, é importante saber o que é viável, pois a literatura informa o desejável, as propostas teóricas ou os procedimentos de outros países, mas não relata o que acontece com os profissionais brasileiros, neste caso, com uma amostra de profissionais do estado de São Paulo. Pensamos que conhecer os meios que médicos e médicas dispõem para o processo diagnóstico e/ou laudo permitirá argumentar com as famílias sobre a necessidade de encaminhá-las para a realização de diagnósticos, ao mesmo tempo em que construímos o conhecimento

sobre os procedimentos adotados no estado de São Paulo.

Contamos com a participação dos profissionais médicos e médicas que trabalham na sua Instituição e que tenham especialidade em pediatria, neuropediatria ou neurologia. A participação é livre e voluntária e consistirá em responder um questionário online, por 30 minutos.

Para sua apreciação e possível encaminhamento, informamos o link de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ao questionário (Projeto aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) - CAA 40040920.9.0000.5504 / Resolução 510/2016).

LINK: https://docs.google.com/forms/d/16YIT54rn_WiHVhx515_ZAM85ryf01SorDZ-c4bs50k4/edit?usp=sharing

Solicitamos gentilmente que as respostas sejam enviadas até 20/07.

Qualquer esclarecimento ou contato pelo WhatsApp (16) 99254-8384 ou por e-mail: brunab@estudante.ufscar.br

Atenciosamente

**Bruna Bianchi,
Mestranda em Educação Especial
PPGEES/UFSCar**

APÊNDICE C

Contatos com os participantes

Contato da pesquisadora com os médicos para participar da pesquisa					
	Aceitaram	Recusaram	Não responderam	Nº de contatos	Total de contatos
Faculdades	3	0	65	1 vez	68
Clínicas/Médicos	6	24	26	6 vezes	56
Instituições/Hospitais	0	3	3	4 vezes	6

APÊNDICE D

Questionário destinado a médicos especializados em Pediatria, Neurologia ou Neuropediatria sobre triagem e diagnóstico de crianças com TEA**ORIENTAÇÕES GERAIS**

Agradecemos a sua disponibilidade em contribuir para a realização desta pesquisa.

Sugerimos que você esteja em um ambiente confortável para responder o questionário. O questionário está sendo apresentado em um formulário para facilitar as respostas. Quase todas as perguntas têm alternativas e você só precisará escrever em 12 delas. O formulário poderá ser preenchido no celular, *tablet*, computador ou notebook. Você terá mais conforto e poderá visualizar as questões de forma mais completa se usar um computador ou *notebook*.

Identificação

Nome completo:

Data de nascimento:

Gênero:

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não responder

Especialidade: (Selecione quantas opções desejar).

- Pediatra
- Neurologista
- Neuropediatria

Faculdade/universidade de medicina em que cursou a graduação:

Ano de ingresso:

Ano de conclusão:

Você fez: (Selecione quantas opções desejar).

- Residência
- Mestrado
- Doutorado
- Não se aplica

Se você fez residência, em qual (is) especialidade (s) foi (foram)?

Em qual modelo de saúde você atua? (Selecione quantas opções desejar).

- SUS
- Saúde Suplementar
- Particular

A sua atuação acontece em: (Selecione quantas opções desejar).

- Hospital
- Centro Municipal de Especialidades em Saúde
- Clínica de especialidades
- Consultório particular
- Instituições ou Organizações Não Governamentais

Se você atua em mais de um modelo de saúde, escolha um deles para orientar as suas respostas neste questionário. (Selecione apenas uma opção).

- SUS
- Saúde Suplementar
- Particular

Há quanto tempo atua em pediatria:

- 1 a 3 anos
- 4 a 6 anos
- 7 a 10 anos
- Mais de 11 anos
- Não sou pediatra

Há quanto tempo atua em neurologia:

- 1 a 3 anos
- 4 a 6 anos
- 7 a 10 anos
- Mais de 11 anos
- Não sou neurologista

Há quanto tempo atua em neuropediatria:

- 1 a 3 anos
- 4 a 6 anos
- 7 a 10 anos
- Mais de 11 anos
- Não sou neuropediatra

Diagnóstico de autismo/TEA

Na sua prática, você tem realizado: (Selecione quantas opções desejar).

- Triagem de crianças com autismo/TEA
- Diagnóstico de crianças com autismo/TEA
- Laudo para crianças com autismo/TEA

Atualmente, qual manual e/ou cartilha você prefere utilizar para fazer o procedimento de diagnóstico de autismo/TEA: (Selecione quantas opções desejar).

- DSM-IV (TR)
- DSM-V
- CID-10
- CID-11
- Cartilha do MEC
- Cartilha do Ministério da Saúde
- Outro, qual: ____

Atualmente, qual manual e/ou cartilha você prefere utilizar para emitir um laudo de autismo/TEA: (Selecione quantas opções desejar).

- DSM-IV (TR)
- DSM-V
- CID-10
- CID-11
- Cartilha do MEC
- Cartilha do Ministério da Saúde
- Não se aplica
- Outro, qual: ____

Qual o destino dos laudos de autismo/TEA que faz? (Selecione quantas opções desejar)

- Demanda judicial
- Benefícios sociais (Benefício de Prestação Continuada e outros)
- Serviço de saúde
- Encaminhamento educacional
- Instituições especializadas
- Não se aplica

Qual a nomenclatura que você prefere empregar para fazer o diagnóstico de autismo/TEA? (Selecione apenas uma opção).

- Transtornos Geralmente Diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência
- Transtorno do Neurodesenvolvimento
- Transtornos Mentais e Comportamentais
- Autismo
- Outra, qual: ____

Do seu ponto de vista, algum outro transtorno ou deficiência pode explicar o autismo/TEA? (Selecione apenas uma opção).

- Sim
- Não

Qual (is) outro(s) transtorno (s) ou deficiência (s) pode (m) explicar o autismo?

Quais deficiências você indicaria como comorbidades do autismo/TEA? (Selecione quantas opções desejar).

- Deficiência Intelectual
- Deficiência Física
- Deficiência Auditiva
- Deficiência Visual
- Nenhuma deficiência
- Todas as deficiências acima
- Outra, qual: ____

As próximas três questões estão relacionadas às características de autismo/TEA que são relevantes para fazer um diagnóstico. Como são muitas as características, nós as subdividimos em três conjuntos para facilitar a sua reflexão e as suas respostas.

Neste conjunto, assinale quais características você considera pertinentes para fazer o diagnóstico do autismo/TEA. (Selecionar quantas opções desejar)

- Déficits persistentes na comunicação social
- Déficits na reciprocidade socioemocional
- Déficits para desenvolver relacionamentos
- Déficits para compreender relacionamentos
- Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada
- Em indivíduos com fala adequada, acentuado comprometimento da capacidade de iniciar ou manter uma conversação
- Ecolalia imediata ou tardia
- Podem apresentar características peculiares na entonação e no volume da voz
- Expressividade emocional menos frequente e mais limitada
- Dificuldade de se aninhar no colo dos cuidadores
- Extrema passividade no contato corporal
- Extrema sensibilidade em momentos de desconforto
- Dificuldades de encontrar formas de expressar as diferentes preferências
- Dificuldades de encontrar formas de expressar as suas vontades
- Dificuldades de encontrar formas de responder às tentativas dos adultos de compreendê-las

Neste conjunto, assinale quais características você considera pertinentes para fazer o diagnóstico do autismo/TEA. (Selecionar quantas opções desejar)

- Déficits persistentes na interação social
- Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social
- Déficits para manter relacionamentos
- Ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas
- Ausência de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos próprios do nível de desenvolvimento
- Fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento

Neste conjunto, assinale quais características você considera pertinentes para fazer o diagnóstico do autismo/TEA. (Selecionar quantas opções desejar)

- Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades
- Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos
- Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal
- Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco
- Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente
- Fobias
- Perturbações do sono ou da alimentação
- Crises de birra ou agressividade
- Ações atípicas repetitivas
- Dissimetrias na motricidade (dificuldade de rolamento na idade esperada, dificuldade de virar o pescoço)
- Hábito de cheirar e/ou lambe objetos
- Insistência visual em objetos que têm luzes que piscam e/ou emitem barulhos, bem como nas partes que giram
- Insistência tátil (muito tempo passando a mão sobre uma determinada textura)
- Dificuldade importante na modificação da alimentação
- Preocupação persistente com partes de objetos
- Outras, quais: ____

-Pela sua experiência, pessoas com autismo/TEA manifestam: (Selecione quantas opções desejar).

- Prejuízo clinicamente significativo/importante no funcionamento social, profissional ou em outras áreas
- Prejuízo clinicamente mediano no funcionamento social, profissional ou em outras áreas
- Prejuízo clinicamente leve no funcionamento social, profissional ou em outras áreas
- Não ocasiona prejuízos no funcionamento social, profissional ou em outras áreas se forem acompanhados desde bebês.

Na sua experiência, em qual idade começam os atrasos ou funcionamento atípico das crianças com autismo/TEA? (Selecione apenas uma opção).

- 0 a 3 anos e 11 meses
- 4 a 7 anos e 11 meses
- 8 a 11 anos e 11 meses
- Acima de 12 anos
- Outros:

Qual o procedimento que você usa quando suspeita que um paciente pode ter autismo/TEA? (Selecione quantas opções desejar).

- Solicitar exames complementares para verificação de hipótese diagnóstica
- Incluir a família/criança na agenda de consultas regulares para verificação de hipótese diagnóstica
- Empregar testes/instrumentos para verificação de hipótese diagnóstica
- Dar orientações aos pais sobre o que é o autismo/TEA
- Encaminhar a família/criança para uma equipe multidisciplinar
- Encaminhar para o neuropediatra
- Encaminhar para o neurologista
- Encaminhar para a APAE
- Encaminhar para uma escola com atendimento educacional especializado

Outras, quais: _____

Qual o seu procedimento para fazer o diagnóstico de autismo/TEA? (Selecione quantas opções desejar).

- Conversa com a criança
- Observação do comportamento da criança
- Desempenho escolar da criança
- Uso de testes comercialmente disponíveis
- Uso de outros instrumentos
- Entrevistas com os pais/responsáveis
- Questionários entregues para os pais
- Anamnese
- Discussão com equipe multidisciplinar
- Consulta outros especialistas
- Outro

Quais os procedimentos que você gostaria de utilizar para fazer o diagnóstico de autismo/TEA, mas não tem condições empregar?

R _____

Geralmente, por qual (is) motivo (s) pode ocorrer o diagnóstico tardio do autismo/TEA? (Selecione quantas opções desejar).

- Busca tardia dos pais da criança pelo profissional
- Resistência dos pais em aceitarem o diagnóstico
- Necessidade de buscar opinião de outros especialistas
- Tempo restrito das consultas
- Falta de instrumentos específicos de TEA traduzido para o português
- Outra, qual: _____

Se houver alguma dificuldade durante o processo de diagnóstico das crianças com autismo/TEA, qual seria (m) a(s) dificuldade (s). (Selecione quantas opções desejar).

- Tempo curto da consulta
- Grande demanda de pacientes
- Exame da criança direcionado às queixas que a mãe traz e não à monitoração do desenvolvimento
- Falta de organização dos serviços de saúde para tal realização
- Falta de valorização dos aspectos do desenvolvimento infantil
- Falta de instrumentos apropriados
- Falta de instrumentos de rápida aplicação e resultado
- Outras, quais: _____

A consulta a outros especialistas faz parte do seu procedimento de diagnóstico de autismo/TEA? (Selecione apenas uma opção).

- Sim
- Não

Quais especialistas você consulta para fazer o seu procedimento de diagnóstico de

autismo/TEA?? (Selecione quantas opções desejar).

- Pediatra
- Neurologista
- Neuropediatra
- Fonoaudióloga/o
- Psicóloga/o
- Psicopedagoga/o
- Terapeuta ocupacional
- Educador/a especial
- Outra, qual:

Se você respondeu não, qual o motivo?

R _____

Depois que você fez o diagnóstico de autismo/TEA da criança, para qual outro profissional você encaminharia a criança para tratamento/intervenção? (Selecione quantas opções desejar).

- (..) Eu mesmo/a
- Psicólogo/a
- Fonoaudiólogo/a
- Fisioterapeuta
- Terapeuta Ocupacional
- Psicopedagogo/a
- Outro, qual: _____

Qual a sua opinião sobre o tratamento diferenciado para crianças com diagnóstico de autismo/TEA? (Selecione apenas uma opção).

- Não é necessário
- Uma decisão da família
- Necessário
- Imprescindível
- Indiferente

Quando a criança foi diagnosticada com autismo/TEA, quais os tratamentos que você indicaria para ela? (Selecione quantas opções desejar).

- Tratamento medicamentoso
- Tratamento Psicanalítico
- Tratamento por ABA (Applied Behavior Analysis)
- Tratamento por TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children)
- Tratamento por PECS (Picture Exchange Communication System)
- Nenhum desses
- Outra (s), qual (is):

Para realizar o diagnóstico de autismo/TEA, quais profissionais fazem parte da equipe multidisciplinar que trabalha com você? (Selecione quantas opções desejar).

- Fonoaudiólogo/a
- Psicólogo/a
- Psicopedagogo/a
- Educador/a Especial
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Terapeuta Ocupacional
- Não trabalho com uma equipe multidisciplinar
- Outro, qual: ____

Do seu ponto de vista, há algum profissional que precisaria fazer parte da equipe multidisciplinar, mas que não faz parte? (Selecione apenas uma opção).

- Sim
- Não

Qual (is) profissional (is) deveriam fazer parte da equipe multidisciplinar? (Selecione quantas opções desejar)

- Fonoaudiólogo/a
- Psicólogo/a
- Psicopedagogo/a
- Educador/a Especial
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Terapeuta Ocupacional
- Outro, qual: ____

Se você utilizar testes/instrumentos, indique qual (is) você emprega para fazer o diagnóstico de autismo/TEA: (Selecione quantas opções desejar).

- Sistema De Avaliação Do Transtorno Do Espectro Autista – Protea-R
- Modified Checklist For Autism In Toddlers – M-Chat
- Childhood Autism Rating Scale – Cars
- Escala De Traços Autísticos – Ata() Avaliação De Tratamentos Do Autismo – Atec
- Autism Behavior Checklist – Abc Ou Ica
- Autism Diagnostic Observation Schedule – Ados Ou Ados-2
- Autism Diagnostic Interview-Revised – Adi-R
- Gilliam Autism Rating Scale, Gars-2 E Gars-3
- Programa De Observação Diagnóstica Do Autismo – Ados-G
- Autism Screening Questionnaire – Asq Ou Sqs
- Inventário Portage Operacionalizado – Ipo
- Perfil Psicoeducacional – (Pep-3)
- Avaliação De Linguagem Básica E Habilidades De Aprendizagem-Revisada - Ablls-R
- VB-Mapp – Marcos Do Comportamento Verbal Programa De Avaliação E Programa De Nivelamento Em Intervenções Do Método Aba
- Check List Curriculum Do Modelo Denver De Intervenção Precoce Para Crianças Pequenas Com Autismo – Esdm
- Protocolo Preaut - Programme Recherche Evaluation Autisme
- Echelle D'Évaluation Des Comportements Autistiques – Eca
- Não utilizo testes/instrumentos
- Outras, quais: _____

Quando há suspeita de autismo/TEA, você utiliza algum teste para triagem antes de decidir começar um processo diagnóstico? (Selecione apenas uma opção).

- Sim
- Não

Se você utiliza testes para triagem, indique qual (is):

R:

Do seu ponto de vista, quanto tempo é necessário para uma consulta de diagnóstico de autismo/TEA? (Selecione apenas uma opção).

- Até 20 minutos
- De 20 minutos a 40 minutos
- De 40 minutos a 1h30
- Mais de 1h30

Quantas consultas você faz para realizar o diagnóstico de autismo/TEA? (Selecione apenas uma opção).

- Apenas uma consulta
- Duas consultas
- Três consultas
- O número de consultas irá variar de acordo com cada caso

Quantos diagnósticos de autismo/TEA você já realizou? (Selecione apenas uma opção).

- De 1 a 5
- De 6 a 10
- De 11 a 20
- Acima de 21
- Nenhum

De acordo com a sua experiência, com qual idade o diagnóstico de crianças com autismo/TEA é finalizado? (Selecione apenas uma opção).

- 0 a 3 anos e 11 meses
- 4 a 7 anos e 11 meses
- 8 a 11 anos e 11 meses
- Acima de 12 anos

Qual a expressão que você prefere empregar quando comunica o diagnóstico para a família? (Selecione quantas opções desejar).

- Transtornos Geralmente Diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência (Transtornos Globais do Desenvolvimento)
- Transtorno do Neurodesenvolvimento (Transtorno do Espectro Autista)
- Transtornos Mentais e Comportamentais (Transtornos Globais do Desenvolvimento)
- Autismo
- Outra, qual: _____

Durante seus atendimentos para realizar um diagnóstico de autismo/TEA, você conta com o auxílio dos familiares das crianças para o levantamento de informações? (Selecione apenas uma opção).

- Sim
- Não

De que forma os pais e/ou responsáveis contribuem para o levantamento das informações para o diagnóstico? (Selecione quantas opções desejar)

- Relatando os comportamentos observados nas crianças
- Respondendo a um questionário voltado ao comportamento das crianças
- Participando do processo de diagnóstico
- Apresentando fotos e vídeos caseiros das crianças
- Relatando, quando for o caso, as opiniões dos outros profissionais que visitou anteriormente
- Respondendo a uma anamnese
- Outra forma, qual: _____

Quais suas orientações aos pais das crianças quando você suspeita de algo no desenvolvimento delas que indica alguma dificuldade, mas que é insuficiente para fechar um diagnóstico de autismo/TEA? (Selecione quantas opções desejar).

- Solicito que os pais busquem opiniões de outros profissionais sobre a criança
- Solicito que os pais encaminhem a criança a APAE
- Solicito que os pais encaminhem a criança a outras instituições
- Solicito que os pais encaminhem a criança a ONGs
- Solicito que os pais apresentem para mim laudos de outros profissionais
- Outra, qual: _____

Você considera que há necessidade de intervenção precoce para o desenvolvimento das crianças com autismo/TEA? (Selecione apenas uma opção)

- Não é necessário
- Uma decisão da família
- Necessário
- Imprescindível
- Indiferente

Se sim, qual faixa etária para iniciar o atendimento na intervenção precoce, você considera que seja mais apropriada para as crianças com autismo/TEA? (Selecione apenas uma opção)

- De 0 a 2 anos de idade
- De 0 a 4 anos de idade
- De 0 a 6 anos de idade
- Acima de 6 anos de idade

Você já buscou informações sobre o autismo/TEA em outras fontes? (Selecione quantas opções desejar).

- Sim, em congresso, seminários
- Sim, em cursos
- Sim, em discussão de caso com colegas, grupos de pesquisa
- Não
- Outros:

Você já foi a algum congresso ou encontro científico cujo tema específico fosse autismo/TEA? (Selecione apenas uma opção).

- Sim
 Não

Você gostaria de receber os resultados dessa pesquisa? (Selecione apenas uma opção).

- Sim
 Não

Se sim, informe o e-mail para onde eu devo mandar um relatório síntese:

R: _____

Você gostaria de participar de uma entrevista, cujo objetivo é o aprofundamento das respostas dadas ao questionário? (Selecione apenas uma opção).

- Sim
 Não

Se sim, informar o telefone para a pesquisadora entrar em contato para agendarmos dia e horário para a entrevista:

R: _____

Agradecemos a sua colaboração para a realização de pesquisas sobre o diagnóstico e tratamento do autismo/TEA