

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

SABRINA MARIA OCANHA PIRES

**Identificação Precoce do Autismo e Diagnóstico Diferencial:
Estudo de Caso**

Porto Alegre

2012

SABRINA MARIA OCANHA PIRES

Identificação Precoce do Autismo e Diagnóstico Diferencial:

Estudo de Caso

Trabalho apresentado à
Universidade Federal do Rio
Grande do Sul como requisito
parcial para a obtenção do
título e especialista em
avaliação psicológica

Orientadora: Graciela Inchausti de Jou

Porto Alegre

2012

RESUMO	1
INTRODUÇÃO	2
ALERTA PARA OS SINAIS PRECOSES DO AUTISMO:	5
DESENVOLVIMENTO TÍPICO.....	10
MÉTODO.....	13
PARTICIPANTE:	13
INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS:	13
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	15
PRONTUÁRIO NEONTAL.....	15
ENTREVISTA DE ANAMNESE.....	16
ANÁLISE DOS VÍDEOS - SINAIS PRECURSORES DO AUTISMO	19
ESCALA DE TRAÇOS AUTÍSTICOS	24
PSICODIAGNÓSTICO:	26
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO AOS 03 ANOS E 06 MESES REALIZADO POR ACOMPANHANTE DOMICILIAR TERAPÊUTICA:	27
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO AOS 08 ANOS E 06 MESES REALIZADO POR ACOMPANHANTE DOMICILIAR TERAPÊUTICA:	29
CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXO A.....	36
ANEXO B.....	38

RESUMO

Identificar sinais precoces do espectro autista e alertar sobre o diagnóstico diferencial são uns dos aspectos mais discutidos na literatura da área, devido à importância que tem no posterior desenvolvimento da criança autista.

Este artigo apresenta um estudo de caso com o objetivo de identificar as primeiras manifestações do autismo de uma criança do sexo feminino, hoje com 10 anos de idade. A fim de investigar a história pregressa da criança analisou-se o prontuário neonatal no momento do nascimento, foi feita uma entrevista com a mãe da criança que também respondeu a Escala de Traços Autísticos de forma retrospectiva, focando os comportamentos observados no primeiro ano de vida. Com a mesma finalidade, foram analisados dois vídeos familiares do nascimento aos seis meses de vida, identificando as seguintes categorias comportamentais: contato visual, sorriso, toque, vocalizações e desenvolvimento motor. Também, foram analisadas as avaliações profissionais sobre o desenvolvimento da criança ao longo do processo de busca de um diagnóstico pela família. Os resultados mostraram que apesar da criança apresentar desde muito cedo comportamentos identificados dentro do espectro autista o diagnóstico de autista foi confirmado aos três anos e seis meses.

INTRODUÇÃO

Na atualidade as pesquisas sobre autismo apontam a necessidade em avaliar os indicadores precoces do Transtorno Autista. Por isso, existe uma crescente busca na elaboração de instrumentos para fazer uma identificação precoce. Pesquisas prospectivas têm buscado indicadores de risco de autismo a partir dos primeiros meses de vida. Até agora, pesquisas com crianças autistas no período pré-escolar têm ajudado a esclarecer a natureza dos primeiros sintomas e a encorajar aos profissionais a identificá-los o mais cedo possível durante os primeiros anos de vida (Dawson, Osterling, Meltzoff & Kuhl, 2000).

Embora hoje o autismo seja mais conhecido e divulgado na mídia, ele ainda surpreende pela diversidade de características. Na maioria das vezes, a criança autista apresenta uma aparência totalmente normal e ao mesmo tempo um funcionamento irregular de desenvolvimento (Fernandes, Neves & Scaraficci, 2006).

No Brasil há aproximadamente, 600 mil pessoas afetadas por essa patologia, considerando somente a forma típica da síndrome e a prevalência é de quatro meninos para uma menina com autismo (Bosa & Callias, 2000; Paula, Ribeiro, Fombonne & Mercadante, 2011).

Segundo Lampreia (2003), o transtorno autista abrange um espectro bastante heterogêneo de quadros comportamentais. Há crianças com deficiência na linguagem, outras com retardo mental, entretanto há outras que têm as habilidades cognitivas preservadas e apresentam o déficit na interação social. Enquanto algumas crianças manifestam uma história de desvio do desenvolvimento desde os primeiros dias de vida, outras somente após dois anos de suposta normalidade.

Historicamente, já em 1943 o psiquiatra Leo Kanner concebeu o autismo como um distúrbio do contato afetivo, ocasionando um isolamento social e o denominou de Distúrbio Autístico do Contato Afetivo (Tamanaha, Perissinoto & Chiari, 2008). Em 1970 e 1980, houve um afastamento da visão de Kanner e o autismo passou a ser visto como um prejuízo cognitivo. Nessa época, o Transtorno Autista começou a ser considerado como um transtorno que levaria a um desvio do desenvolvimento e não a um atraso. A partir da década de 90 os prejuízos sociais voltaram a ser ressaltados como um retorno aos conceitos

de Kanner, por isso, a abordagem desenvolvimentista do autismo passou a ter mais vigor (Lampreia, 2007).

De acordo com Sadock (2011), Leo Kanner descreveu, em um relato claro e abrangente da síndrome da primeira infância, vários comportamentos relacionados ao transtorno, como comportamento isolado, falha na postura antecipatória, linguagem atrasada ou desviante, repetições monótonas de ruídos ou expressões verbais, memória excelente, atividades espontâneas limitadas, estereotípias e maneirismos, desejo obsessivo pela manutenção de uniformidade e medo de mudança, contato visual empobrecido relacionamentos interpessoais anormais e preferência por figuras e objetos inanimados. Uma década depois, em uma nova definição de autismo, Kanner a restringe aos comportamentos de auto-isolamento e a uma forte preservação da rotina (Lampreia, 2003).

Atualmente, sabe-se que o autismo é concebido como um transtorno biológico de etiologia diversificada. A este respeito, Sadock (2011) afirma que evidências atuais confirmam a noção de uma base genética para o desenvolvimento do transtorno autista, com contribuição de até quatro ou cinco genes, mas também estaria associado a condições neurológicas, em especial rubéola congênita, fenilcetonúria e esclerose tuberosa. O autor informa que diversos relatos sugerem que incompatibilidade imunológica também pode contribuir para o autismo. Os linfócitos de algumas crianças autistas reagem com anticorpos maternos, elevando a possibilidade de que tecidos neurais embrionários ou extraembrionários possam ser danificados durante a gestação. Casos de complicações perinatais e sangramento materno após o primeiro trimestre foram relatados com maior frequência na história de crianças autistas. No período neonatal crianças com síndrome de sofrimento respiratório e anemia também apresentam maior incidência de autismo do que na população geral.

Contudo, Gardener, Spiegelman e Buka (2011) afirmam que não há evidência suficiente para sugerir um fator perinatal ou neonatal na etiologia do autismo, embora haja alguma evidência que indica que a exposição a uma ampla classe de condições que refletem comprometimentos gerais à saúde perinatal e neonatal pode aumentar o risco.

Há também evidências recentes de base neuroanatômica do autismo e fatores bioquímicos. Muitos estudos demonstram que cerca de um terço dos pacientes com transtorno autista têm altas concentrações de serotonina plástica (Sadock, 2011).

Da literatura revisada infere-se que a etiologia do espectro autista não está bem definida, os resultados de pesquisas científicas apontam para diversas causas que podem estar presentes ou ausentes em alguns casos desse espectro o que reflete a heterogeneidade, mencionada por Lampreia (2003). Entretanto, é consenso na área que não existem testes laboratoriais para a detecção da síndrome e que o diagnóstico de autismo é feito basicamente através da avaliação do quadro clínico. Por isso, o diagnóstico deve ser feito por um profissional com experiência clínica (Fernandes et al, 2006).

As áreas que se encontram acentuadamente prejudicadas, são caracterizadas por anormalidades qualitativas na interação social, na comunicação e no uso da imaginação como Kanner havia apresentado na década de 40. O DSM-IV (1995) - Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais da Academia Americana de Psiquiatria descreve quatro critérios da área de interação social que são qualitativamente comprometidas ou até mesmo ausentes em crianças com autismo.

O primeiro critério está relacionado à questão do uso de comportamentos não-verbais, como expressões faciais, postura corporal e gestos comuns na interação social. A este respeito, Meneghello (1997) afirma que quando uma criança pequena chega para atendimento no colo da mãe se parecendo mais como um boneco de pano do que uma criança, por falta de sincronização gestual, pode ser um indicativo de autismo.

O segundo critério está ligado ao aspecto de relacionamentos. De acordo com Kaplan (1996) a criança atípica pode não demonstrar sorriso social, contato visual e postura antecipatória para que seja tomada pelos braços de um adulto.

O terceiro critério é a falta de espontaneidade em compartilhar momentos agradáveis, interesses ou conquistas com outras pessoas. Como confirma Sadock (2011), há um déficit saliente na capacidade de interagir com seus pares e fazer amigos, pois seu comportamento social é isolado ou desajeitado e inadequado.

O quarto critério, por sua vez, refere-se à falta de reciprocidade social ou emocional. A esse respeito, Sadock (2011) acrescenta que autistas não conseguem deduzir os sentimentos ou o estado mental dos outros a sua volta, ou seja, são incapazes de fazer atribuições sobre a motivação ou as intenções dos demais. Portanto, não desenvolvem a empatia.

Confirmando esses critérios, as queixas dos que cercam os autistas referem-se mais a uma torpeza social que a uma dificuldade intelectual ou a transtornos da fala. A falta quase total de entendimento das relações interpessoais, do que fazer frente aos demais em situações cotidianas limita a interação social e compromete os processos social-cognitivos (Butman & Allegri, 2001).

A idade usual para o diagnóstico do autismo é de três anos, apesar de que vários estudos mostram que aos 18 meses muitos dos sintomas já estão presentes (Assumpção Jr & Pimentel, 2000). Stone e Turner (2011) também informam que resultados de pesquisas retrospectivas, com entrevistas com os pais e análise de vídeos familiares mostraram que os sintomas do déficit social, especialmente de orientação social e atenção conjunta, aparecem antes dos dois anos, muito antes que se chegue a um diagnóstico definitivo.

O diagnóstico precoce é fundamental no desenvolvimento da criança autista já que permitiria uma intervenção também precoce, evitando tanto o sofrimento da família quanto da própria criança. O médico-pediatra deve ter uma visão global da síndrome autista e deve estar atento as aquisições das etapas do desenvolvimento como o contato visual, o sorriso social, os gestos antecipatórios, o balbúcio como forma de comunicação e o apego aos integrantes de seu entorno. A ausência de algumas delas serve ao médico como alerta de estar diante uma criança autista.

Diante disso, é necessária uma intervenção rápida de uma equipe terapêutica à criança que apresenta indicativos do espectro autista. Além de, ajudar aos pais a compreender a natureza do problema de seus filhos e oferecer ferramentas para enfrentar dificuldades que poderão surgir com o passar do tempo.

Alerta Para Os Sinais Precoces Do Autismo:

Graças ao avanço de pesquisas com enfoque desenvolvimentistas está sendo possível fazer a identificação cada vez mais cedo de crianças com risco de autismo. Segundo Marcelli e Cohen (2010) ainda hoje o diagnóstico é mais evidente a partir de 2-3 anos de idade, no entanto, na clínica já é possível identificar crianças bem pequenas com risco de autismo. Malvy, Adrien e Sauvage (1997) revelam que através da análise clínica retrospectiva e dos filmes familiares já se observam sinais muito precoces.

Frequentemente, há uma certa percepção dos pais desses indicadores precoces, pois existe uma queixa bastante comum por parte da mãe de que a criança não é normal,

principalmente quando há filhos mais velhos. Os pais relatam sobre a esquisita sensação de não serem reconhecidos pelo próprio filho e ainda sentem mal-estar na interação. Portanto, é necessário entender essa queixa como uma percepção precoce dos pais de que seu filho não interage bem como o esperado (Marcelli & Cohen, 2010).

No bebê autista já pode ser detectado alterações nos programas de sintonia e harmonização. Os esquemas de harmonia podem consistir em respostas de grupos musculares sincrônicos aos estímulos auditivos da voz humana ou na evocação de respostas próprias, semelhantes às apresentadas pelo estímulo social. Estes esquemas de harmonia já se encontram prejudicados no bebê com desenvolvimento atípico (Condon & Sanders, 1975).

Além disso, bebês autistas apresentam transtorno do sono do tipo insônia. Em geral, o bebê permanece inerte com os olhos bem abertos esperando em sua cama. Transtornos alimentares como ausência de sucção ou anorexia também são comuns aos quadros do espectro autista (Marcelli & Cohen, 2010).

O bebê autista, de 0 a 06 meses, pouco percebe e pouco solicita a presença das pessoas inclusive a própria mãe. Nem o reflexo de levantar os braços para ir ao colo é perceptível. Os autistas demonstram preferência por objetos inanimados mais do que por faces humanas. Parecem não reconhecer ou diferenciar as pessoas mais importantes de seu entorno (pais, irmãos, professores), inclusive, podem não demonstrar ansiedade de separação quando deixados em ambiente não familiar com a presença de estranhos (Clemente, 2009).

Marcelli e Cohen (2010) acrescentam que os bebês nessa faixa etária podem apresentar alterações precoces de interação como, por exemplo, bebê bem comportado que nunca chora e que não reclama. É comum o bebê apresentar transtorno tônico em forma de hipotonia e ausência de diálogo tônico a partir de 2-3 meses, ou seja, sem tônus e nem gesto antecipatório. Contrariamente, também aparece, postura hipertônica com gesticulação incessante. Incapacidade de se aconchegar tranquilamente nos braços e frequentemente desvia o olhar. Ausência de sorriso voluntário a partir do 3º mês, mantendo um rosto sério.

Sadock (2011) complementa que crianças autistas não apresentam o nível esperado de habilidades sociais recíprocas sutis na relação com seus pais e outras pessoas. Quando

bebês carecem de sorriso social, de contato visual e de uma postura antecipatória para serem seguradas quando um adulto se aproxima pode ser considerado um sinal de alerta.

Valdizán, Andía, Villalba, Capdevila e García (2003) descrevem sobre a evolução do reconhecimento das faces na infância. Embora a capacidade de fixação visual exista desde o nascimento a capacidade para o seguimento visual é escassa e não se manifesta antes dos dois meses. Desde o nascimento o bebê é capaz de reconhecer suas mães, porém não pela sua face. Até que entre 02-03 meses reconhecem a face materna desde a configuração interna de seus sinais, possivelmente este período será marcado para processos posteriores. Esta ação que inicia aos 02 meses favorece mais tarde a rede neural da linguagem.

O desenvolvimento visual dos autistas é atípico como se fosse de um recém nascido, de tal maneira que necessitam do tato para confirmar o que vem. O sistema visual destas crianças não é suficiente para sobreviver o mundo social. Manifestam pobre contato ocular e olham as pessoas como se fossem objetos (Valdizán et al, 2003). As condições neurodesenvolvimentistas do espectro autista são caracterizadas por extrema dificuldade de reconhecer e discriminar expressões emocionais dos outros (Golan et al, 2010).

As manifestações descritas até então se confirmam e interferem na qualidade da interação mãe-bebê. Dos 06 aos 12 meses os bebês apresentam ausência de braço estendido, de mímica, de contato físico e de balbucio. Em geral, é quando surgem as estereotípias, diferente dos jogos com as mãos, observados por volta dos 05-06 meses, que são passageiros e interrompidos quando se propõe uma interação (Marcelli & Cohen, 2010).

A partir dessa faixa etária a evitação do olhar fica ainda mais manifesta e o ar sério dá a essa criança um estilo relacional mecânico. Observa-se uma falha de reação em face do estranho e uma indiferença às separações e aos reencontros (Marcelli & Cohen, 2010).

Seu desenvolvimento social é marcado por comportamento de apego prejudicado, não reconhecem ou não diferenciam as pessoas mais próximas em suas vidas. Seguidamente, podem demonstrar ansiedade extrema quando sua rotina é interrompida. Quando atingem a idade escolar, há um evidente déficit na capacidade de brincar com seus pares e fazer amigos (Sadock, 2011).

Crianças autistas apresentam falhas na habilidade de imitar e peculiaridades no processamento sensorial. Segundo Rogers e Bennetto (2000) o prejuízo na habilidade de imitar outro indivíduo é a parte central do perfil neuropsicológico do autismo. Um déficit imitativo severo no bebê pode prejudicar as coordenações físicas envolvidas nos intercâmbios sociais e interferir no estabelecimento e na sustentação da conectividade emocional.

A evidência empírica confirma a existência de dificuldades sensoriais e motoras desde muito cedo no desenvolvimento dos autistas. Portanto, é complexo para as crianças com autismo que apresentam déficits sensoriais envolver-se em ligações sociais devido à pobre regulação da ativação, da atenção, do afeto e da ação (Anzalone & Williamson, 2002; Baranek, 2002).

Do ponto de vista cognitivo, são mais habilidosas em tarefas visuoespaciais do que em tarefas que exigem habilidade em raciocínio verbal. Uma característica marcante do estilo cognitivo se refere à dificuldade de deduzir os sentimentos ou o estado mental dos outros, habilidade esta denominado de teoria da mente. O prejuízo nessa habilidade torna os autistas incapazes de interpretar o comportamento social dos outros e leva a uma falta de reciprocidade social (Sadock, 2011).

Em função da caracterização dos sintomas precoces do autismo, fornecida pelo acumulo de pesquisas desenvolvidas na área, o quadro clínico vai se elaborando aos poucos entre os 12 e 24 meses de vida. O quadro clínico é marcado pela ausência de linguagem, mas principalmente pela ausência dos precursores da linguagem como ausência do apontar protodeclarativo e protoimperativo. A ausência ou a recusa da atenção conjunta se torna evidente nessa idade. Os transtornos do sono e alimentares, normalmente persistem e os estereótipos, o maneirismo gestual, o interesse exclusivo por objetos bizarros se acentuam (Marcelli & Cohen, 2010).

Segundo Belmonte, Gomot e Baron-Cohen (2010), a criança autista apresenta perturbações de atenção e de percepção que podem apontar para a anormalidade neural. O não interesse por brinquedos estão em oposição ao grande interesse que lhe é despertado por ruídos cotidianos.

As primeiras verbalizações, se existem, mostram-se prejudicadas. Clemente (2009) reforça que a quantidade de balbucio, durante o primeiro ano de vida, é menor ou anormal.

Comumente, emitem ruídos, estalos, sons, guinchos e sílabas sem sentido – de um modo estereotipado sem aparente intenção de comunicação.

Em relação aos déficits no desenvolvimento da linguagem, as crianças autistas apresentam dificuldades em usar a linguagem para comunicar suas idéias. Embora crianças afetadas sejam relutantes em falar suas anormalidades não resultam da falta de motivação. Os autistas têm dificuldade acentuada em formar frases significativas mesmo quando dispõem de vocabulário amplo. Mesmo quando aprendem a conversar de maneira fluente podem dar informações sem passar a sensação de reconhecimento de como a outra pessoa está respondendo. (Sadock, 2011).

Fejerman, Arroyo, Massaro e Ruggieri (1994) acrescentam que o jogo exploratório está ausente na criança autista. Normalmente manipula objetos através do toque, levando-os até a boca para chupá-los, morde-los ou destruí-los sem a intenção de brincar. As atividades lúdicas, se é que existem, são rígidas, repetitivas e monótonas. Crianças autistas emparelham ou põem em fila os brinquedos sem ter consciência do que o brinquedo representa. Não se envolvem no jogo representativo. Característica muito importante para a observação diagnóstica do autismo.

Um número maior do que o esperado de crianças autistas que não apresenta lateralização e permanecem ambidestras em uma idade na qual a dominância cerebral já está estabelecida em crianças normais. Além disso, apresentam uma incidência mais alta de dermatogliafria anormal, por exemplo, impressões digitais do que à população em geral. Esse achado indica distúrbio no desenvolvimento neuroectodérmico (Sadock, 2011).

Foi observado que crianças autistas respondem de forma exagerada a alguns estímulos sensoriais e não respondem a outros. Algumas crianças têm limiar de dor aumentado ou resposta alterada a ela. De fato, muitas delas não respondem a um ferimento chorando ou procurando consolo. É comum que apreciem música, começando a cantarolar melodias ou jingles comerciais antes mesmo de pronunciar as palavras ou usar a fala. Algumas apreciam particularmente estimulação vestibular como girar, balançar-se e fazer movimentos para cima e para baixo (Sadock, 2011).

Geralmente hipercinesia é um problema comportamental comum entre crianças autistas pequenas. Em geral acessos de raiva e agressão são observados quando ocorrem mudanças ou exigências. Condutas de automutilação incluem bater a cabeça, morder,

arranhar e puxar o cabelo. Mudanças súbitas de humor, com acessos de riso ou choro sem uma razão óbvia. É difícil saber mais sobre esses episódios uma vez que não conseguem expressar seus pensamentos relacionados ao afeto.

A partir da literatura as alterações mais significativas do desenvolvimento infantil que servem como sinais de risco precoce para o autismo se referem à carência do sorriso social, do contato visual, das vocalizações, da imitação neonatal, do contato físico e da postura antecipatória. Portanto, já é possível alertar os familiares quando há presença destes sintomas ainda quando bebê.

Desenvolvimento Típico

Através da análise desenvolvimento típico fica ainda mais visível e possível detectar os sinais que indicam anormalidade no crescimento da criança. Desta forma, seria necessário entender as etapas do desenvolvimento normal para posteriormente avaliar os precursores de risco.

Segundo Atkinson, Atkinson, Smith e Bem (1995) embora o bebê humano seja indefeso ao nascer apresenta todos os sistemas sensoriais funcionando. Os recém-nascidos assustam-se com um ruído alto e, inclusive, voltam à cabeça na direção de determinado som. Field (1987) acrescenta que os seis meses, os bebês mostram um aumento acentuado em sua responsividade aos sons acompanhados por aspectos visuais interessantes como a face ou a voz da mãe.

Segundo Condon e Sanders (1975) o bebê normal apresenta sucção rítmica ao mamar, com pausas, durante as quais ocorrem trocas de sentido psicológico e que seguramente tem um papel especial no desenvolvimento cognitivo.

Os bebês humanos podem distinguir sons da voz humana de outras espécies de sons. Portanto, os bebês humanos parecem nascer com mecanismos de percepção já adequados às propriedades da fala humana que o ajudarão em seu domínio da linguagem (Eimas, 1985).

Pesquisas mostram que bebês demonstram maior preferência não-aprendida por faces humanas. Além de atração por estímulos característicos linhas curvas, bordas interessantes, movimento e complexidade tudo que um rosto possui. (Banks & Salapatek, 1983; Aslin, 1987).

Os recém-nascidos observam principalmente o contorno externo de um rosto, porém aos dois meses de vida, focalizam sua atenção no interior do rosto: olhos, nariz e boca

(Haith, Bergman & Moore, 1977). Desta forma, os pais percebem claramente que o bebê começou a fazer contato visual.

Conforme Golan et al (2010) a habilidade de reconhecer e discriminar expressões emocionais dos outros já está presente a partir das 10 semanas de idade em crianças com desenvolvimento típico e continua se desenvolvendo ao longo da infância.

Por volta do quarto mês de vida, o bebê possui uma representação tão boa do rosto humano que sorrirá mesmo frente à fotografia de um rosto. Este é o sorriso de reconhecimento, ou seja, um indicador de que a criança conseguiu com sucesso relacionar um evento a seu esquema de eventos. Este fato sugere que o sistema nervoso central amadureceu o suficiente para permitir que a criança normal consiga relacionar um rosto novo à sua idéia de rosto.

Segundo Mussen, Conger e Kagan (1974) um dos desenvolvimentos maturacionais mais interessantes é uma resposta que tipicamente alcança a sua maturidade por volta dos 05 meses que é chamada de fixação visual orientada.

Balucio e vocalizações são respostas universais durante a infância. A vocalização por bebês é um estágio inicial da aquisição da linguagem. Conforme Atkinson et al (1995) o desenvolvimento da fala nos apresenta um modelo da interação entre características geneticamente determinadas e as experiências oferecidas pelo ambiente. Quase todos os bebês humanos nascem com a capacidade para aprender uma língua falada. No curso normal do desenvolvimento os seres humanos aprendem a falar. Entretanto, eles não são capazes de falar antes de terem atingido certo nível de desenvolvimento neurológico. Crianças criadas em ambiente no qual as pessoas lhes falam e oferecem recompensas para a vocalização falarão antes das crianças que não recebem esta atenção. Portanto, o desenvolvimento da fala apresenta componentes tanto genéticos quanto ambientais.

Em torno dos 12 meses de idade, as crianças começam a falar. Crianças desta faixa etária já têm conceitos para muitas coisas, incluindo membros da família, animais domésticos, alimentos, brinquedos e partes do corpo (Atkinson et al, 1995).

Em estudos nas décadas de 70 e 80, os bebês eram variadamente testados em suas capacidades de imitar ações das mãos, de piscar de olhos, de mostrar a língua ou até mesmo de imitar expressões emocionais. As expressões faciais de várias emoções parecem ser

inatas e essas podem ser as que o bebê vem melhor preparado para imitar (Atkinson et al, 1995).

Conforme Meltzoff e Moore (1977) bebês de três semanas em situações em que o bebê via o adulto, mas o adulto não via o bebê. O adulto fazia gestos simples com o rosto enquanto filmavam o bebê. Os autores encontraram aumento nos gestos faciais e segmentais no bebê. Trata-se de uma imitação não sistemática de um aumento na probabilidade destas respostas. A imitação do bebê mostra-se muito seletiva e somente imita as formas que correspondem ao seu nível de interação com rostos.

Desta forma deve-se atentar para o papel importante que desempenha a imitação na organização de muitos comportamentos, como por exemplo, o jogo face-a-face. As expressões faciais se organizam a partir de um modelo de imitação, processo este que se iniciou em torno da sexta semana de vida. Na seqüência, quando as expressões faciais do bebê começam a agrupar-se e tomar forma de um diálogo, este bebê já vinha num processo de observação e imitação.

Klinger e Dawson (1992) acrescentam a respeito da comunicação entre mãe-bebê que nos primeiros seis meses, a mãe imita as expressões faciais, os movimentos corporais e as vocalizações do bebê. Nesse momento, o bebê responde com interesse visual e sorrisos. Sendo assim, a imitação serve para facilitar a interação social, bem como o ato comunicativo.

O repertório de respostas do neonato não inclui qualquer reflexo da postura de sentar, mas essa é uma habilidade que logo se desenvolve. Em média os bebês são capazes de ficar sentados por um minuto, com apoio nas idades de 03 ou 04 meses e, por volta dos 07 ou 08 meses podem fazê-lo sem apoio (Mussen, Conger & Kagan, 1974).

Baseado em Frankenburg e Dodds (1967) é esperado que a criança aos 03 meses vire-se de lado, aos 04 meses suporte parte de seu peso sobre as pernas, entre 05 e 06 meses sente-se sem apoio e segure-se em móveis, entre 08 e 09 meses engatinhe ou rasteje-se, entre 09 e 10 meses caminhe segurando-se nos móveis, entre 11 e 12 meses fique em pé sozinho e a partir dos 12 meses até os 15 meses espera-se que já caminhe sozinho.

Após a breve revisão de literatura sobre o desenvolvimento típico verifica-se que o curso natural permite que o indivíduo aprenda os repertórios básicos para viver no mundo social. Em contrapartida, o autista ao ter esse desenvolvimento prejudicado, o mundo

social que constrói aparece bastante alterado, impossibilitando à interação e à conduta social. Desta maneira, quanto mais cedo se identificar os comportamentos sociais prejudicados, mais cedo estes poderão ser trabalhados, permitindo explorar o máximo do potencial dentro das próprias limitações que o transtorno impõe.

Nesta linha, o objetivo do presente trabalho consiste em investigar sinais precoces do espectro autista e alertar sobre a importância do diagnóstico diferencial, através de um estudo de caso.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso intrínseco (Stake, 1994). Para o autor, é melhor aprender muito, de um caso atípico, do que pouco, de um caso típico. Além disso, a possibilidade de que a experiência do outro pode ser vivida como nossa, sendo possível reconstruir uma história, extrair um perfil, identificar uma patologia ou um diagnóstico.

Participante:

Uma criança autista de sexo feminino, hoje com 10 anos e 06 meses de idade, diagnosticada como autista aos 03 anos e 06 meses por equipe multidisciplinar: psicóloga, fonoaudióloga e neurologista. Ela recebeu atendimentos especializados a partir da suspeita de autismo aos 02 anos e 06 meses e continua recebendo acompanhamentos terapêuticos até a presente data. Ela mora com a mãe e tem uma irmã de 12 anos. O pai faleceu quando a menina tinha 03 anos. A criança será referida com o nome fictício de Júlia.

Instrumentos e procedimentos:

Depois de concordar na participação da pesquisa, marcou-se o primeiro encontro com a mãe no qual foram informados os detalhes da pesquisa e foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A). No segundo encontro a mãe disponibilizou todo o histórico para ser analisado e no terceiro foi aplicada a Escala de Traços Autísticos e feita a Entrevista de Anamnese.

Os instrumentos utilizados para a análise foram:

- O Prontuário Neonatal que abrange todos os dados da paciente durante os primeiros 15 dias de vida enquanto esteve internada na CTI-Neonatal. Na seqüência, informações sobre a sua segunda internação com 01 mês de vida. São informações relevantes para o diagnóstico e prognóstico.

- A Entrevista de Anamnese foi elaborada para a realização desta pesquisa e teve a finalidade de investigar a história pregressa da criança, tal como a gravidez, o parto, as condições do recém-nascido, a alimentação, o desenvolvimento psicomotor, o desenvolvimento da fala, a escolaridade, o controle dos esfíncteres, o sono, doenças e suas complicações e os antecedentes familiares.

- 02 vídeos familiares, um vídeo do nascimento aos três meses de vida e o outro dos três meses aos seis meses. A análise desse material tem como finalidade identificar a presença ou ausência de comportamentos de desenvolvimento típico como atenção compartilhada, contato visual, sucção rítmica ao mamar, imitação neonatal, abraço e do sorriso social, resposta ao nome, toque social, comunicação não-verbal (apontar), empatia, comportamentos repetitivos, exploração de objetos, reação visual, reação auditiva, reações nervosas, comunicação verbal e sincronização gestual.

- A Escala de Traços Autísticos (Assumpção, Kuczynski, Gabriel, & Rocca, 1999) respondida pela mãe da criança. Esta escala foi traduzida, adaptada e validada da escala construída por Ballabriga et al. Consta de 23 subescalas cada uma das quais divididas em vários itens (Anexo B). O tempo médio de aplicação foi de 25 minutos. A escala é pontuada da seguinte forma. Cada subescala da prova tem um valor de 0 a 2 pontos. Então, pontua-se a escala positiva no momento em que um dos itens for positivo. A pontuação global da escala se faz a partir da soma aritmética de todos os valores positivos da subescala. Foi solicitado à mãe para responder esta escala focando os comportamentos observados no primeiro ano de vida, ou seja, de forma retrospectiva.

- O Psicodiagnóstico foi realizado por uma psicóloga especialista em autismo quando a criança tinha 02 anos e 06 meses.

- Os Relatórios do profissional de Atendimento Domiciliar Terapêutico após 01 ano de intervenção aos 03 anos e 06 meses e mais tarde aos 08 anos e 06 meses. Estes relatórios buscam descrever o curso do desenvolvimento global da criança.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Prontuário Neonatal

De acordo com os dados coletados no prontuário neonatal, a recém nascida nasceu de parto Cesário com idade gestacional de 39 semanas. Pesava 3695g e media 51 cm. Recebeu APGAR 08 no primeiro minuto e 09 no quinto minuto. Seu perímetro cefálico media 37 cm e o torácico 36 cm.

Em seguida após o nascimento a menina teve complicações respiratórias e permaneceu na incubadora durante 15 dias. A recém nascida chegou à CTI-Neonatal hipoativa com taquipneia, perfusão periférica diminuída e gemido expiratório. Portanto passou a ser monitorizada com oxigênio. Devido estas intercorrências foi realizado tratamento medicamentoso através de ampicilina e gentamicina. Conforme CID 10 (P28.4) – obteve o diagnóstico de outras apneias do recém nascido.

Com 15 dias de vida recebeu alta do hospital e após 20 dias, teve convulsão, sendo necessário interná-la novamente. Quando chegou ao hospital apresentou cianose e saturação 47-66. Segundo o relato dos pais, revirou os olhos e salivou durante 15 minutos, aproximadamente. Ficou uma semana internada para investigar suposta convulsão. O resultado do eletroencefalograma evidenciou atividades paroxísticas em temporal posterior em ambos os hemisférios com leve predomínio à esquerda. Saiu do hospital com monitorização e uso do medicamento Gardenal uma vez que este episódio foi considerado uma convulsão.

A partir desse momento, Julia recebeu extensa e sistemática investigação neurológica, não havendo indicativos de alterações neurológicas pelos resultados do E.E.G. Polissonografia, TC, Ressonância, etc. que se mostraram todos normais. Além disso, passou por investigação Gastroenterológica por apresentar dor abdominal crônica. A criança se contorcia, sem febre, sem comprometimento do apetite ou do estado geral. Fez duas ecografias abdominais e avaliação cirúrgica com todos os resultados normais. Depois desta internação investigativa não houve outros episódios de internação e a saúde física manteve-se estável.

Estes dados registrados no prontuário neonatal, complicações respiratórias, apneias do recém nascido, cianose, convulsões e manifestações gastroenterológicas poderiam ser consideradas como possíveis variáveis etiológicas do espectro autista. Como aponta Sadock

(2011), frente a complicações no período neonatal existe maior incidência de autismo do que na população geral.

Por outro lado, um trabalho de revisão sobre as intercorrências perinatais em Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) realizado por Sanches e Brunoni (2010) indica que complicações obstétricas ou estressores psicológicos maternos poderiam facilitar o desenvolvimento do fenótipo autístico em crianças com vulnerabilidade genética. Gardener, Spiegelman e Buka (2011) concordam com a ideia de que comprometimentos gerais à saúde perinatal e neonatal pode aumentar o risco para o transtorno, mas ao mesmo tempo alertam para não haver evidência suficiente para sugerir o fator perinatal ou neonatal na etiologia do autismo.

Com relação a essa interação entre vulnerabilidade genética e variáveis ambientais, Ribeiro, Assumpção Jr. e Valente (2002) acrescentam que algumas doenças físicas podem apresentar sinais e sintomas psiquiátricos. Por isso torna-se imprescindível buscar um diagnóstico etiológico. Entre os distúrbios psiquiátricos, o autismo se encaixa nesse modelo etiológico multifatorial, visto que está relacionado a muitas doenças orgânicas com etiologias distintas como doenças cromossômicas, distúrbios metabólicos, infecções congênitas, anóxia neonatal, lesões pré-natais e entre outros.

Entrevista de Anamnese

Durante a Entrevista de Anamnese, a mãe relata que a gestação foi normal, a termo e o parto foi por cesárea por estar em posição sentada. A recém nascida pesava 3695g e media 51 cm com aparência normal.

Corroborando os dados colhidos no prontuário neonatal, a mãe lembra na entrevista que imediatamente após o nascimento a menina teve complicações respiratórias e permaneceu na incubadora durante 15 dias e logo depois começou a ser monitorizada com oxigênio.

A mãe informa que aos 15 dias de vida, Júlia recebeu alta do hospital e após 20 dias, teve já em casa uma crise convulsiva, sendo necessário interná-la novamente. Permaneceu internada uma semana para investigar a convulsão. Nesse momento, começou a tomar Gardenal e passou a dormir muito, permanecendo a maior parte do tempo deitada e sonolenta.

Recebeu monitoramento por meio do oxímetro até os 07 meses. Por causa do problema respiratório fazia apnéia frequentemente. Clinicamente, foi observada uma importante hipotonia muscular, motivo pelo qual começou com sessões de fisioterapia aos 05 meses. Para tratar a convulsão inicialmente, fez tratamento com Gardenal, mas depois foi trocado pelo Trileptal e na seqüência fez uso do Depakene. A queixa da mãe se referia, exclusivamente, à sonolência e à hipoatividade quando acordada.

A partir desse momento, Júlia iniciou investigação neurológica por manifestar crise convulsiva e investigação gastroenterológica por apresentar dor abdominal. A criança se contorcia com freqüência. A mãe relata que tinha a impressão que a criança fazia força por excessiva dificuldade para defecar. Embora apresentasse resultados normais, as dores se mantinham e a criança continuava se contorcendo.

Em seguida, recorreram a outro neurologista que levantou a hipótese de não ser crise convulsiva e sim um movimento estereotipado. O médico responsável pelo caso suspendeu o uso do anticonvulsivo e indicou fluoxetina. O neurologista justificou que a alteração apresentada em um único exame não era suficiente para fechar diagnóstico de convulsão uma vez que os outros resultados eram todos normais. A mãe relata que a partir do momento que foi retirado o anticonvulsivo e iniciou tratamento com fluoxetina a criança acordou para o mundo, por volta dos 12 meses.

Novamente iniciaram outra maratona de exames para investigar possível diagnóstico que pudesse explicar os prejuízos nas funções da comunicação, da socialização e do comportamento exploratório. Além de manifestar movimento estereotipado antes chamado de “crise”. Portanto, foram a São Paulo e Salvador em busca de um diagnóstico. Pela primeira vez levantaram à hipótese diagnóstica de Autismo Infantil e indicaram profissionais especialistas em autismo em Porto Alegre.

Os dados colhidos na entrevista com a mãe da Júlia corroboram os dados expostos do prontuário neonatal. Adicionalmente, a mãe relata que já nos primeiros meses ela percebia que a menina não interagira de acordo com o esperado e que apresentava algo estranho.

Ao analisar a entrevista infere-se que apesar de que os exames neurológicos efetuados não mostraram indícios de alterações, três manifestações da criança chamam a atenção para possíveis prejuízos nessa área: as convulsões, a hipotonia e prejuízos nas

funções de socialização. Com afirmam Fernandes, Neves e Scaraficci (2006), na maioria das vezes, a criança autista tem um funcionamento irregular de desenvolvimento ao mesmo tempo em que apresenta uma aparência totalmente normal.

O caso de Júlia não foi diferente, foi um bebê de aparência saudável com medidas adequadas, apenas com a complicação respiratória no período neonatal. Contudo, nos primeiros contatos interativos entre mãe e filha, a mãe percebe que alguma coisa não estava indo bem nessa interação. Este tipo de queixa é reportado por Marcelli e Cohen (2010) como uma percepção precoce da mãe de que há algo errado no desenvolvimento da criança.

O que fica de manifesto de forma importante na análise dos relatos é a dificuldade de interpretar os sintomas, ou seja, a dificuldade inerente de diagnosticar o autismo. Por exemplo, Júlia, realmente, estava sofrendo uma crise convulsiva ou estava realizando movimentos estereotipados? Se for a segunda hipótese, tratada com medicação anticonvulsiva. Foram esses remédios que deixaram Júlia sonolenta e hipoativa como reporta a mãe? As próprias contorções frequentes de Júlia, interpretadas como dores abdominais das quais não se acharam as causas em exames clínicos e laboratoriais, poderiam ser outra manifestação de movimentos estereotipados?

No presente caso, pode-se pensar que frente a esses comportamentos de ambígua interpretação, uma variável foi determinante para a busca de um diagnóstico mais apurado, a percepção de mãe de que algo não estava bem na relação mãe/bebê. Este aspecto bem abordado por Marcelli e Cohen (2010).

Outra conclusão que pode ser extraída dos dados analisados consiste na necessidade de ter outros olhares profissionais quando as primeiras interpretações deixam dúvidas ou não fecham um diagnóstico explicativo. No caso de Júlia, observou-se que a criança submeteu-se a diferentes terapias farmacológicas indicadas para crise convulsivas, tendo efeitos colaterais que poderiam estar interferindo no seu desenvolvimento.

A substituição dessas medicações pela fluoxetina pareceu apropriada uma vez aceita a hipótese de comportamentos estereotipados. Em um ensaio clínico cruzado, controlado com placebo, de Hollander et al., (2005) investigou-se o efeito da fluoxetina líquida nos comportamentos repetitivos em 45 crianças e adolescentes diagnosticadas com Transtorno Invasivo de Desenvolvimento (TID). Apesar de que os resultados não mostraram uma melhora nas medidas de comportamento global, observou-se que pequenas doses de

fluoxetina líquida foram efetivas para tratar os comportamentos repetitivos, especialmente em crianças mais novas. Em vários artigos de revisão, também se confirma a efetividade do uso de fluoxetina como inibidor seletivo da recaptção de serotonina, especialmente para a inibição dos movimentos estereotipados e ritualistas (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004; Navarro, 2001; Nikolov, Jonker & Scahill, 2006).

Análise dos vídeos - sinais precursores do autismo

O vídeo (1) contém aspectos expressivos do nascimento até os três meses de vida. Julia aparece recém-nascida sendo monitorada por oxímetro 24 horas por dia com a presença constante de uma enfermeira-cuidadora. Observa-se interação familiar e manifestações afetivas. Toda a família (pais, avós, irmã e prima) mostra-se muito presente e estimulante. Frequentemente fazem trocas afetuosas através de conversa, de beijo e de toque. A figura materna provoca à interação com o bebê, seguidamente. Nota-se claramente hipotonia oral e hipotonia da cabeça enquanto faz sucção mamária. Frente a este dado, lembra-se que é comum o bebê autista apresentar transtorno tônico em forma de hipotonia e ausência de diálogo tônico a partir de 2-3 meses, ou seja, sem tónus e nem gesto antecipatório (Marcelli & Cohen, 2010).

No vídeo (2) existem aspectos significativos dos três aos seis meses de vida. Com relação à interação mãe-bebê observou-se que a mãe posiciona a cabeça do bebê para melhor contato visual e interação, porém o bebê faz pouco contato visual e quando o faz não sustenta o olhar. A criança olha mais para a câmera, talvez por apresentar um ponto de luz vermelho, do que para a mãe que o está solicitando com sua conversa. Essa cena tem duração de 1 minuto e 22 segundos, no entanto o tempo de interação mãe/bebê, com resposta evidente do bebê é de apenas 2 segundos. Em geral, os bebês com desenvolvimento típico mostram um aumento acentuado em sua responsividade frente à face e a voz humana da mãe (Field, 1987; Newcombe, 1999), entretanto, o bebê autista de 0 a 06 meses, pouco repara e solicita a presença das pessoas inclusive da própria mãe (Clemente, 2009).

Com relação ao sorriso como comportamento responsivo, Sadock (2011) informa que quando os bebês carecem de sorriso social, de contato visual e de postura antecipatória pode ser um sinal de alerta, já que, crianças com autismo não apresentam o nível esperado de habilidades sociais recíprocas sutis na relação com as pessoas. No caso de Julia, numa

cena na qual a tia está brincando com ela, sua reação mostra-se bastante empobrecida. Apesar de Julia esboçar um sorriso não apresenta um sorriso intencional e nem espontâneo. O sorriso parece muito mais biologicamente condicionado do que produtivo.

Em outra cena, enquanto a mãe interage com ela, fazendo contato visual e emitindo voz serena Julia mostra-se séria. Poucas vezes esboça um sorriso ou emite uma vocalização primitiva. Marcelli e Cohen (2010) apontam que o bebê autista apresenta ausência de sorriso voluntário, mantendo um rosto sério. Além disso, demonstra ausência de braço estendido, de imitação, de contato físico e de balbucio.

Da mesma forma, em outra cena, Julia está no colo da avó e a irmã de três anos se aproxima e olha bem perto o rosto dela, fala com ela, a toca e a beija, observa-se que a resposta de Julia é de indiferença. Ela mantém a palma da mão bem aberta e não fixa o olhar. Assim como aconteceu na cena que estava com a mãe, às vezes em que estabelece contato visual com a irmã muito pouco o sustenta, dando a impressão ainda que esse contato acontece por acaso. Nessa cena o tempo de interação é de 2 minutos e 14 segundos, porém o tempo de resposta do bebê é de 3 segundos.

Na mesma cena, observando a postura de Julia no colo da avó nota-se sua hipotonia que a faz aparecer uma boneca de pano como Meneghello (1997) descreve a criança autista quando chega para atendimento. O autor informa que essas crianças parecem mais com um boneco do que com uma criança, por falta de sincronização gestual, indicativo de autismo.

Ao longo de todo este vídeo, Julia não apresenta vocalizações não-linguísticas, apesar de já corresponder a idade para comportamento linguístico. Clemente (2009) salienta que no bebê autista a quantidade de balbucio é menor ou anormal durante o primeiro ano de vida.

Julia também foi filmada enquanto mamava e observou-se que durante a sucção mamária manifesta hipotonia oral e da cabeça, sendo necessário o braço da mãe para sustentá-la. A duração da cena foi de 1 minuto e 18 segundos e não houve nenhum comportamento interativo mãe - bebe esperado para essa faixa etária. Julia não faz contato ocular, não coloca a mão no seio materno, nem faz qualquer manifestação de troca afetiva, apesar da solicitação materna. Segundo Condon e Sanders (1975) o bebê normal apresenta sucção rítmica ao mamar, com pausas, durante as quais ocorrem trocas de sentido psicológico e que seguramente tem um papel especial no desenvolvimento cognitivo.

Em outro momento que Julia é colocada no colo da irmã apresenta notadamente hipotonia dos membros superiores (cabeça e braços) com palma da mão aberta. A ser abraçada pela irmã, ela mantém a mão aberta contra o corpo da irmã. A literatura aponta que a hipotonia das crianças autistas, acompanhada de uma falha de ajustamento corporal é um sinal bastante freqüente neste quadro.

Com relação à atitude antecipatória presente por volta dos quatro a seis meses, ou antes, que corresponde aos movimentos que a criança faz quando a mãe ou alguém significativo estende os braços para ela, observa-se total ausência desta. Em geral, a criança se antecipa e movimenta o corpo e/ou os braços em direção a pessoa familiar (Gillberg, Nordin & Ehlers, 2006).

Na hora do banho Julia permanece em posição deitada sob os cuidados da tia e demonstra olhar periférico “pelo canto do olho”. Enquanto isso, a mãe faz tentativas de comunicação verbal, mas Julia não responde a interação da mãe, permanecendo fixada na tia através do olhar periférico. Em outra cena, ainda durante o banho, Julia está sob os cuidados da mãe e da presença da irmã. Ela permanece encostada no braço da mãe, mantendo-se em posição deitada. Ainda não consegue permanecer sentada e nem faz tentativas. Faz pouco contato ocular com a mãe e a irmã, permanecendo séria. O tempo filmado é de 2 minutos e 10 segundos e o tempo de resposta visual aos estímulos que consistem de conversa, música, toque e contato visual é de 6 segundos.

Observou-se também nesta cena que Julia, apesar de estar com 06 meses de idade, apresenta um significativo atraso na postura de sentar, já que é uma habilidade que começa a se desenvolver, em média, aos 03 meses. Os bebês são capazes de ficar sentados por um minuto, com apoio nas idades de 03 e 04 meses e, por volta dos 07 ou 08 meses podem fazê-lo sem apoio (Mussen, Conger & Kagan, 1977; Newcombe, 1999).

Em outro momento de interação com a irmã, depois do banho no quarto da Julia a irmã conta a história do chapeuzinho vermelho, mostrando o livrinho. Julia permanece deitada, quieta na mesma posição, sem aparente risco de cair. Nesse momento, não olha para a irmã, fixando o olhar nas próprias mãos. Emite por tempos breves o som da letra “a”. Escassa influência da língua materna sobre aspectos produtivos. Esta cena dura dois minutos e cinquenta segundos e o tempo de resposta é zero.

Outro momento de interação com a irmã no sofá da sala de estar. Enquanto a irmã tenta interagir, conversando e buscando contato visual Júlia permanece na mesma posição deitada e parada. A postura parece desconfortável. Braços e mãos estendidos ao longo do tronco e cabeça dobrada num ângulo de 90 graus. Além disso, permanece de boca aberta e faz poucas vocalizações. Baseado em Frankenburg e Dodds (1967) é esperado que a criança aos 03 meses vire-se de lado, aos 04 meses suporte de peso sobre as pernas e entre 05 e 06 meses sente-se sem apoio e segure-se em móveis. De acordo com as observações do vídeo é possível perceber declaradamente um atraso psicomotor.

Cena de interação com a avó e a tia no chão da sala de estar. Júlia está sentada no colo da avó de frente para a câmera. Observa-se notadamente hipotonia muscular, especialmente, dos membros superiores. Demonstra incômodo no colo da avó, esboçando um leve choro. Em seguida se tranqüiliza no colo da tia, permanecendo deitada e agarrada no cabelo da tia sem evidencia de contato visual.

Na cena seguinte mostra a interação com a prima. A prima busca interação, através da conversa e da brincadeira que consiste de beijar o pé de Júlia que está sem meia. Nessa ocasião, o bebê não faz contato visual com a prima e nem reage ao estímulo, permanecendo parada com olhar desviado.

Na cena de interação com a mãe. A mãe está frente-a-frente com o bebê, estimulando o contato visual e a linguagem que pouco aparece. A mãe mostra-se insistente na interação a fim de obter um retorno, mas mesmo assim não consegue. Quando estimulada a olhar para o pai que está filmando e quando lhe é perguntado cadê o papai? Não se mostra responsiva e nem faz contato visual. Da mesma forma ocorre quando a mãe a chama pelo nome e Júlia não a olha. Entretanto, quando a mãe assobia o bebê responde rapidamente com o olhar, não havendo sustentação da atenção. Segundo Belmonte, Gomot e Baron-Cohen (2010) a criança autista apresenta perturbações de atenção e de percepção que podem apontar para a anormalidade neural. O não interesse por brinquedos estão em oposição ao grande interesse que lhe é despertado por ruídos cotidianos.

Na mesma cena, as duas vezes em que esboça um sorriso parece estar associado ao fato da mãe colocar o pé do bebê na boca. Esse sorriso da Julia parece mais uma resposta ao estímulo sensitivo (cócegas) do que uma resposta intencional e social. Nessa ocasião, também, parece falta de interação recíproca e de comunicação.

Na outra cena de interação com a irmã, as duas estão na cama dos pais. A irmã busca a interação, cantando, conversando, beijando e tocando na Júlia. Nesse momento, Júlia faz pouco contato visual e se mantém séria. As falhas de interação social levam a irmã abandonar a brincadeira possivelmente por falta de trocas afetivas e comunicativas. Quando a irmã desce da cama Júlia não acompanha através do olhar a fuga da irmã, mantendo-se na mesma posição.

Cena de interação mãe-irmã-bebê através de exercícios de fisioterapia para tônus dos membros inferiores. Embora Júlia permaneça deitada na cama, na mesma posição recebe muitos estímulos através da interação familiar. Faz pouco contato visual, desviando e não sustentando o olhar. Mãe estimula a posição sentada. Nesse momento Júlia apresenta muito balaceio, precisando do suporte e da supervisão direta da mãe. Pode-se observar que na maioria das cenas relatadas os comportamentos de não engajamento social estão sempre presentes.

Em seu batizado Júlia permanece no colo do pai em posição deitada e fixa o olhar no teto da igreja mesmo frente à solicitação social do pai. Quando é colocada no colo de outra pessoa permanece na mesma posição anterior, deitada e com falta de sustento completo da cabeça. Na hora das fotos, não olha para a câmera mesmo diante dos estímulos familiares. Aparece olhar perdido nos registros fotográficos.

Na análise dos vídeos foram observadas manifestações comportamentais que revelam prejuízos nas funções da socialização, da comunicação e da linguagem. Além de atraso psicomotor com presença de hipotonia. A análise dos vídeos domésticos mostrou que o comprometimento no comportamento social e na capacidade de fixar a atenção pode ser efetivamente percebido antes do primeiro ano de idade, indicando o forte de risco de autismo. Na literatura encontram-se vários estudos que utilizam os filmes familiares para analisar os comportamentos da criança no primeiro ano de vida e os resultados mostraram que desde cedo se pode distinguir a síndrome autista do retardo mental e do desenvolvimento típico (Osterling, Dawson & Munson, 2002). Portanto, a análise desse material pode-se considerar de grande utilidade na busca do diagnóstico precoce do transtorno.

Escala de Traços Autísticos

A Escala de Traços Autísticos foi respondida pela mãe, focando os comportamentos observados no primeiro ano de vida, ou seja, de forma retrospectiva. Observações feitas pela mãe da criança aos 12 meses:

Não sorria

Ausência de aproximações espontâneas.

Não buscava companhia.

Era incapaz de manter um intercâmbio social.

Não respondia às solicitações.

Mantinha-se indiferente, sem expressão.

Risos compulsivos.

Utilizava-se do adulto como um objeto, levando-o até aquilo que desejava.

O adulto lhe servia como apoio para conseguir o que desejava.

O adulto era o meio para suprir uma necessidade que não era capaz de realizar só.

Ordenação dos objetos de acordo com critérios próprios e pré-estabelecidos.

Desviava os olhares diretos, não olhando nos olhos.

Voltava à cabeça ou o olhar quando era chamado.

Expressão do olhar vazio e sem vida.

Quando seguia os estímulos com os olhos, somente o fazia de maneira intermitente.

Fixava os objetos com um olhar periférico, não central.

Se falava, não utilizava a expressão facial, gestual ou vocal com a frequência esperada.

Não mostrava uma reação antecipatória.

Não expressava através da mímica ou olhar aquilo que queria ou o que sentia.

Imobilidade facial.

Não queria ir dormir.

Comia outras coisas além de alimentos (papel, insetos).

Quando pequeno não mastigava.

Tinha o controle diurno, porém o noturno era tardio ou ausente.

Chupava e colocava as coisas na boca.

Pegava, golpeava ou simplesmente os atirava no chão.

Quando realizava uma atividade, fixava a atenção por curto espaço de tempo ou era incapaz de fixá-la.

Resposta retardada.

Não queria aprender.

Cansava-se muito depressa, ainda que da atividade gostasse.

Insistia constantemente em mudar de atividade.

Era incapaz de ter iniciativa própria.

Buscava a comodidade.

Passividade e falta de interesse.

Lentidão.

Preferia que outro fizesse o trabalho para ele.

Não se comunicava por gestos.

As interações com adulto não eram nunca um diálogo.

Ainda que soubesse fazer uma coisa, não a realizava, se não quisesse.

Não demonstrava o que sabia, até ter uma necessidade primária ou um interesse eminentemente específico.

Aprendia coisas, porém somente a demonstrava em determinados lugares e com determinadas pessoas.

Reações de desagrado caso fosse interrompida alguma atividade que gostasse.

Não assumia nenhuma responsabilidade, por menor que fosse.

Para chegar a fazer alguma coisa, tinha que se repetir muitas vezes ou elevar o tom de voz.

Balanceava-se.

Fazia caretas e movimentos estranhos com a face.

Caminhava na ponta dos pés ou saltando, arrastava os pés, andava fazendo movimentos estranhos.

Torcia o corpo, mantinha uma postura desequilibrada, pernas dobradas, cabeça recolhida aos pés, extensões violentas do corpo.

Não se dá conta do perigo.

Nesse caso, a pontuação geral foi de 33 pontos, sugerindo a presença de Traços Autísticos antes dos 12 meses de vida. Nesta escala, seu ponto de corte é de 15. Portanto, pontua-se zero se não houver a presença de nenhum sintoma, 1 se houver apenas um sintoma e 2 se houver mais de um sintoma em cada um dos 36 itens, realizando-se uma soma simples dos pontos obtidos.

No presente caso, foi possível detectar de forma retrospectiva através da escala de traços autistas, da análise dos vídeos e da entrevista com a mãe a presença de condutas autísticas antes dos 12 meses de idade. Relacionando estes dados com o relato da mãe obtido na entrevista fica claro que a percepção que a mãe tinha sobre de que algo andava mal no desenvolvimento de seu bebê estava fundamentada na observação desses comportamentos diariamente. Desta forma, torna-se importante a divulgação entre os médicos pediatras de trabalhos científicos que identifiquem os sinais precoces do autismo com a finalidade de possibilitar a escuta atenta e qualificada desses profissionais dos relatos maternos desses possíveis indicadores.

Psicodiagnóstico:

O Psicodiagnóstico foi realizado quando Julia tinha 02 anos e 06 meses. Os instrumentos e técnicas de avaliação utilizada pela psicóloga foram: o DSM-IV, o CARS, a Descrição de Perfil do Desenvolvimento e a Anamnese. Os resultados desta avaliação apontam para um atraso global do desenvolvimento com presença de referências de conduta que se enquadram num espectro autista, mas que não puderam ser comprovadas com exatidão nesta avaliação. Ressalta-se que o histórico do primeiro ano de vida da criança pode ser responsável, em parte, pelas condutas presentes.

A psicóloga chegou-se a conclusão que Júlia com 02 anos e 06 meses apresentava atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e da linguagem expressiva muito importante, com presença de hipotonia com perdas na capacidade funcional.

Os ajustes posturais eram precários e existia grande redução da atividade espontânea no brincar, no explorar e no construir. A fala apresentava atraso, utilizando muito precariamente formas alternativas para a comunicação. Quando incomodada agarrava-se à mãe e chorava.

O nível cognitivo tinha indícios de estar mais preservado, pois era capaz, por alguns momentos, do uso apropriado dos objetos oferecidos, evidenciando processamento

adequado dos estímulos, havendo interrupção provavelmente pela fadiga e certo desligamento e desinteresse pelo outro.

É importante referir que nestes momentos não se empenhava em manipulações bizarras e/ou estereotípias observáveis. A conduta imitativa estava emergindo, respondendo ao prompt físico, momentos nos quais mantém a atenção adequada, mesmo que por breves momentos.

Portanto, os repertórios condutuais apontavam para um atraso global do desenvolvimento. Ao mesmo tempo, existiam referências de condutas que se enquadrariam num espectro autista, mas que não puderam ser comprovadas com exatidão nesta avaliação.

O prognóstico era reservado, devendo submeter-se a reavaliações em período aproximado de 06 a 08 meses, devendo a família e os terapeutas ficarem atentos para o aparecimento e/ou fortalecimento de condutas que se enquadrariam em um espectro autista.

Em função desse relatório, Júlia recebeu estimulação específica, contínua e sistemática de todos os repertórios básicos. Estimulação em diferentes ambientes e atendimento através de terapeuta domiciliar com vistas a organizar o ambiente domiciliar e orientar os pais.

Pode-se observar que apesar do prognóstico ser reservado, o fato de contar com uma hipótese diagnóstica precoce e diferenciada permite que algumas condutas sejam seguidas Ribeiro, Assumpção Jr. e Valente (2002) salientam sobre a importância do diagnóstico etiológico, visto que algumas doenças neurológicas apresentam sinais e sintomas psiquiátricos, especialmente, na infância. Nessa fase do desenvolvimento o diagnóstico precoce influencia consideravelmente o prognóstico, já que muito pode ser feito quanto à estimulação e exercitação de alguns comportamentos mais adaptativos.

Relatório de Atendimento aos 03 anos e 06 meses realizado por acompanhante domiciliar terapêutica:

Como programado, após um ano de estimulação através de atendimento domiciliar terapêutico foi realizada uma nova avaliação onde foi confirmado o diagnóstico de autismo. Embora Júlia apresentasse prejuízos importantes do espectro autista, especialmente, em relação à interação social, a linguagem comunicativa e o aspecto motor, manifestaram-se avanços de forma gradativa em seu desenvolvimento.

Ao longo da intervenção, Julia teve melhora significativa no que se refere à relação com as pessoas. No ambiente familiar interagiu mais com a irmã, conseguindo manter-se envolvida por um tempo maior. Quando começou a escola, teve mais aceitação da proximidade e da ajuda dos colegas, quando necessário.

Apresentou funcionalidade nas ações (sapato-pé/ pente-cabelo/ blusa-braço/ bermuda-perna/ shampo-cabelo/ luva-mão... entre outras). Entretanto, a hipotonia muscular prejudicava consideravelmente o seu desempenho. Por isso, a área motora precisou ser bastante estimulada para que não limitasse tanto as suas ações.

Quanto ao uso dos objetos apresentou maior exploração dos mesmos, conseguindo fazer uso de forma mais produtiva. No entanto, suas atitudes e interações eram repetitivas, notadamente, durante exploração livre. Já, em atividades estruturadas o tempo era mais compatível com sua idade cronológica e a exploração mais funcional.

Outra área que vinha se destacando era a comunicação verbal. Começou a repetir palavras de forma contextualizada como: olá(oi)-tchau(tchau)-mamá(mamadeira)-mamã(mamã)-xixi(xixi)-naná(dormir)-tata(batata)-nana(banana)-çã(maçã)-mão(limão)-miau(gato)-auau(cachorro)-quaqua(pato)-casa(casa)-maco(macaco)-piupiu(pintinho)-peixe(peixe)-á(árvore). Porém, não havia a manutenção da linguagem expressiva. Essas palavras eram as mais comuns e mais verbalizadas, mesmo que não de forma sistemática. Começou a apresentar alteração de humor o que levou a um prejuízo frente à aquisição da linguagem comunicativa, pois quando apresentava humor irritável não verbalizava nenhuma palavra de caráter comunicativo, somente ruídos.

Embora, na maioria das vezes, tenha utilizado formas alternativas de comunicação para pedir ajuda. Costumava pegar um adulto pela mão que pudesse lhe alcançar o que desejava. Em raros momentos, apresentou autonomia (ex: uso do banheiro/lanche).

Ao mesmo tempo, demonstrou maior resistência frente às mudanças, apresentando-se bastante desorganizada quando sua rotina fora alterada (ex: adaptação escolar, atividades de vida diária).

O nível cognitivo mostrava-se mais preservado, pois era capaz do uso apropriado dos objetos oferecidos, evidenciando processamento adequado dos estímulos. Conseguiu manter-se por tempo compatível para realizar as tarefas (emparelhamento, encaixe, quebra-cabeça), demonstrando bastante interesse pelas atividades propostas.

Em geral evidenciava mau humor ao ser exigida, reagindo de forma irritável ou agressiva. Nesses momentos, apresentava baixa tolerância à frustração. Notadamente, a oscilação do humor limitava muito a receptividade nas brincadeiras, aprendizagens e nos contatos sociais.

Apesar de Julia ter tido permanentemente acompanhamento terapêutico, por razões de espaço neste artigo será exposto o relatório do acompanhamento aos 08 anos.

Relatório de Atendimento aos 08 anos e 06 meses realizado por acompanhante domiciliar terapêutica:

Júlia apresenta o Transtorno Autista e manifesta claramente alterações das interações sociais, das capacidades de comunicação e dos comportamentos estereotipados.

Júlia quase não sorri e poucas vezes manifesta aproximações espontâneas. Geralmente evita pessoas, mostrando-se incapaz de manter um intercâmbio social. Desvia os olhares diretos, fazendo pouco contato ocular. Raramente, responde quando é chamada pelo seu nome.

A relação com o adulto quase nunca se mostra interativa. Utiliza-se do adulto como um objeto, levando-o até aquilo que deseja. Muitas vezes, o adulto lhe serve como apoio para conseguir o que deseja.

Frente às exigências do meio ambiente manifesta crises de birra, mudança repentina de humor e excitação motora. Demonstra reações de desagrado caso seja interrompida alguma atividade que goste. Nesses momentos grita, chora, morde, amolece o corpo e joga-se para trás em direção ao chão. Revela aborrecimento e reações de oposição quando seus desejos e expectativas não se cumprem. Há presença de agressividade quando contrariada.

Em relação à linguagem, Júlia apresenta estereotípias vocais e emite sons estereotipados, especialmente quando está agitada ou excitada. Apesar de não estabelecer diálogo, em alguns momentos, mostra-se capaz de falar algumas palavras com valor comunicativo.

Além disso, revela dificuldades na capacidade de atenção-concentração. É comum fixar a atenção em suas próprias produções sonoras ou motoras, dando a impressão de que está ausente. Entretanto, quando realiza uma atividade de caráter pedagógico, fixa a atenção por tempos muito breves. Busca constantemente a comodidade e espera que lhe dêem tudo

pronto. Em geral, não demonstra o que sabe até que tenha uma necessidade primária. Aprende coisas, porém a demonstra em determinados lugares e com determinadas pessoas.

Notadamente, em situações de repouso ocorrem movimentos estereotipados e repetitivos. Tapa os olhos e as orelhas, roda objetos ou sobre si mesmo, caminha na ponta dos pés ou saltando, fica pulando no mesmo lugar, arrasta os pés e anda fazendo movimentos estranhos. Torce o corpo e mantém uma postura desequilibrada. Sobe e escala em todos os lugares. Não se dá conta do perigo, expondo-se sem ter consciência do risco.

Em momentos livres as estereotipias se acentuam, prevalecendo as “crises no chão”. Conforme relato da mãe, estas crises eram as mesmas descritas na anamnese. Ainda bebê, se contorcia toda, parecendo dores abdominais.

Vendo os comportamentos descritos em ambos relatórios feitos com diferença de cinco anos pela acompanhante terapêutica, desprende-se que a intervenção terapêutica teve maior significado nos primeiros anos. Consta-se sim esse resultado, porém a literatura não explica cientificamente por que isso pode ocorrer no desenvolvimento do autista. Possivelmente pela heterogeneidade do quadro comportamental.

CONCLUSÃO

A partir da análise dos vídeos do nascimento aos seis meses de vida, deste estudo de caso, foram identificados sinais precoces do autismo. Aparece visivelmente carência de contato visual, de sorriso social, de toque, de vocalizações e, ainda, importante atraso psicomotor. Portanto, muito antes dos 02 anos e 06 meses poderia ter sido iniciado um programa de intervenção precoce para minimizar os sintomas da síndrome autística e ao mesmo tempo trazer benefícios à criança.

Outro indicador precoce que surgiu nas observações dos vídeos e relatos da mãe se refere à estereotipia. Durante onze meses de vida a estereotipia que é uma característica do autismo foi entendida como crise convulsiva. A partir de um mês de vida Julia passou a tomar remédios para convulsão, resultando em sonolência e hipoatividade. Aqui se pode fazer uma alerta em relação ao diagnóstico errôneo em período crucial do desenvolvimento, pois adia a intervenção precoce e traz prejuízos determinantes, como observado nesse caso. Também, salienta-se a importância de investigar e direcionar atenção em relação à estereotipia precoce nos próximos estudos como um possível indicador de autismo.

Julia teve complicações neonatais, portanto, é pertinente questionar quais são os indicadores que nos fazem acreditar que estas complicações sejam responsáveis por alterações cognitivas, de linguagem e de comportamento. Possivelmente, uma relação de causa efeito possa ser discutida. Outro aspecto que permite questionar o presente trabalho é o quanto as intercorrências neonatais podem contribuir para um quadro do espectro autista. Ainda mais que existe uma incidência maior de complicações neonatais em bebês mais tarde diagnosticados com autismo.

Não é raro um paciente autista ser diagnosticado com diferentes distúrbios por diferentes profissionais. Isso se deve ao fato de que a síndrome do autismo pode, e muitas vezes é, ser acompanhada de outras síndromes. É importante que o quadro do paciente seja detectado de maneira correta e precoce para que se tenha a possibilidade de um conhecimento maior sobre essa síndrome tão complexa e, ao mesmo tempo, cheia de possibilidades. Sugere-se que quantos mais estudos forem realizados sobre os primeiros indicadores do espectro autista e disponibilizados para pais e profissionais da saúde, neste caso, pediatras, mais chances de intervenção precoce teriam as crianças autistas o que ajudaria a evitar mais atraso no desenvolvimento do que o próprio transtorno impõe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anzalone, M. E., & Williamson, G. G. (2000). *Sensory processing and motor performance in autism spectrum disorders*. In A. M. Wetherby & B. M. Prizant (Orgs.), *Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective* (pp.143-166). Baltimore: Paul H. Brookes.

American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Aslin, R.N. (1987). *Visual and auditory development in infancy*. In J.D Osofsky (ed) *Handbook of Infanti Development* (2nd ed.). New York: Wiley. 80.

Assumpção, Francisco B; Kuczynski, Evelyn; Gabriel, Márcia Rego; Rocca, Cristiane Castanho (1999). Escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA): validade e confiabilidade de uma escala para a detecção de condutas autísticas. *Arq neuropsiquiatr* 57(1):23-29.

Assumpção, Jr, F. B. & Pimentel, A. C. M. (2000). Autismo infantil. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 22, 2, 37-9.

Atkinson, R.L, Atkinson, R.C, Smith, E. E, Bem, D, J. (1995). *Introdução à Psicologia*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Banks, W.P e Salapatek, P. (1983). *Infant visual perception*. In: P. H. Mussen (ED), *Handbook of Child Psychology* (vol 2). New York: Wiley. 80.

Baranek, G. T. (2002). Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32 (5), 397-422.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Portugal: Edições 70.

Belmonte, M. K., Gomot, M. & Baron-Cohen, S. (2010). Visual attention in autism families: 'unaffected' sibs share atypical frontal activation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51 (3): 259-276.

Bosa, C. & Callias, M. (2000). Autismo: Breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13, 1, 167-177.

Butman, J & Allegri, R. A. (2001). Cognição social e o córtex cerebral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14, 2, 275-279.

Clemente, D.A. (2009). Autismo: Diagnostico Precoz. *Revista de Neurologia*: 1442-2. Disponível em: <[http:// www.portalesmedicos.com](http://www.portalesmedicos.com)>. (acessado em 26/03/2011)

Condon, W. & Sanders, L (1975). Synchrony Demonstrated Between Movements of the Neonate and Adult Speech. *Child Development*, 45, 456-462.

Dawson, G., Osterling, J., Meltzoff, A.N., & Kuhl, P. (2000). Case study of the development of an infant with autism from birth to 2 years of age. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 21, 299-313.

Eimas, P.D (1985). The Perception of Speech in Early Infancy. *Scientific American*, 252, 46-52. 350.

Fejerman. N., Arroyo. H, Massaro. M. & Ruggieri. V (1994). *Autismo Infantil y Otros Transtornos Del Desarrollo*. 1ª ed. Ed. Paidos.

Fernandes, A.V., Neves, J.V.A. & Scaraficci. R. (2006). *Autismo*. Instituto de Computação. Universidade Estadual de Campinas.

Field, J. (1987). *The development of auditory-visual localization in infancy*. In: B.E. McKenzie & R. H. Day (Eds.). *Perceptual development in early infancy*. Hillsdale, NJ; Erlbaum.77.

Frankenburg, W.K. and Dodds, J.B (1967). The Denver Developmental Screening Test. *J. Pediat.*, 71:181.

Gadia, C. A., Tuchman, R. & Rotta, N.T. (2004). Autismo e Doenças Invasivas de Desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, 80, 2, 83-94.

Gardener, H., Spiegelman, D. & Buka, S (2011). Perinatal and Neonatal Risk Factors for Autism: A Comprehensive Meta-Analysis. *Pediatrics*, 128, 2, 344-355.

Garfinkel, B. D, Carlson, G. A, Weller, E. B. (1992) *Transtornos Psiquiátricos na Infância e Adolescência*. Tradução: Maria Monteiro Goulart. Artes Médicas: Porto Alegre.

Golan, O., Ashwin, E. Granader, Y., McClintock, S., Day, K., Leggett, V. & Simon Baron-Cohen (2010). Enhancing Emotion Recognition in Children with Autism Spectrum Conditions: An Intervention Using Animated Vehicles with Real Emotion Faces. *J. Autism Dev. Disord.* 14:269-279.

Haith, M.M, Bergman, T, Moore, M.J. (1977). Eye contact and face scanning in early infancy. *Science*, 198, 853-855.80.

Hollander, E., Phillips, A., Chaplin, W., Zagursky, K., Novotny, S., Wasserman, S. & Iyengar, R. (2005). *Neuropsychopharmacology* 30, 582-589.

Kaplan H, Sadock B. Grebb J (1996). Editorial Medica Panamericana. 7ª ed. *Sinopsis de psiquiatria: ciências de la conducta*, psiquiatria clinica; cap. 38: 107-1083.

KANNER, L. apud LAMPREIA, C. In: A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. *Estudos de psicologia*. Campinas, 24(1). 105-114. jan-mar, 2007.

Klinger, L. G., & Dawson, G. (1992). *Facilitating early social and communicative development in children with autism*. In S. F. Warren & J. Reichle (Orgs.), *Causes and effects in communication and language intervention* (pp.157-186). Baltimore: Paul H. Brookes.

Lampreia, Carolina. (2003) Avaliações quantitativa e qualitativa de um menino autista: uma análise crítica. *Psicologia em Estudo*, 8, 1, 57-65.

Lampreia, Carolina. (2007) A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. *Estudos de Psicologia I*, 24, 1, 105-114.

Lewis, Melvin & Wolkmar, Fred (1993). *Aspectos clínicos do Desenvolvimento na Infância e Adolescência*. 3ª edição. Artes Médicas: Porto Alegre.

Malvy, J., Adrien J.L, Sauvage D. (1997). Signes précoces de l'autisme et films familiaux, *Psychiatrie de l'Éfant*.60, 1, pp. 175-198.

Marcelli, D. e Cohen, D. (2010). *Infância e Psicopatologia*. Tradução: Fátima Murad; revisão técnica: Francisco B. Assumpção Jr. 8. ed. Porto Alegre: Artmed.

Metzoff, A.N, Moore, M.K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198, 75-78.

Meneghello, JR, Fanta E. y Col. (1997). *Pediatria* 5ª ed. Ed. Medica Panamericana. 401:2329-2337.

Mussen, P.H, Conger, JJ, kagan, J. (1974). *Desenvolvimento e personalidade da criança*. Editora Harper e Row do Brasil LTDA: São Paulo.

Newcombe, N. (1999). *Desenvolvimento infantil-Abordagem de Mussen*. 8. ed. Porto Alegre: ArtesMédicas,.

Osterling J. A., Dawson G., Munson, J.A. (2002). Early recognition of 1-year-old infants with autism spectrum disorder versus mental retardation. *Development and psychopathology*, 14 239-251.

Paula CS, Ribeiro SH, Fombonne E, Mercadante MT (2011). Brief Report: Prevalence of Pervasive Developmental Disorder in Brazil: A Pilot Study. *J Autism Dev Disord.*; [Epubahead of print] PMID: 21337063.

Pérez, J.M. (2006). Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. *Revista de Neurologia*; 42, 2, 9-101.

Ribeiro, Assumpção Jr. & Valente (2002). Síndrome de Landau-Kleffner e Regressão Autística: A Importância do Diagnóstico Diferencial. *Arq Neuropsiquiatr.* 60(3-B):835-839.

Rogers, S. J., & Bennetto, L. (2000). *Intersubjectivity in autism: the roles of imitation and executive function.* In A. M. Wetherby & B. M. Prizant (Orgs.), *Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective* (pp.79-107). Baltimore: Paul H. Brookes.

Sadock, Benjamin James (2011) *Manual Conciso de Psiquiatria da Infância e Adolescência.* Tradução: Cláudia Dornelles; Revisão Técnica: Betina Chmelnitsky Kruter, Fabiana Ritter. – Porto Alegre: Artmed.

Sanche, C. P. & Brunoni, D. (2010). Intercorrências Perinatais em Indivíduos com Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: *Uma Revisão. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, 10, 1, 21-31.*

Stake, R. (1994). Em: Denzin, N. & Lincoln, Y. *Handboock of Qualitative Research,* Sage, Londres.

Stone, W. L e Turner, L (2011). O impacto do Autismo no Desenvolvimento Infantil. Centre of Excellence for Early Childhood Development: 1-7. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/Stone-TurnerPRTxp1.pdf>. (acessado em 26/03/2011).

Tamanaha A.C, Perissinoto J, Chiari B.M. (2008). *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. 13(3):2 96-299

Váldizan, J.R, Andía, I.Z., Villalba, B.A, Capdevila, O.S, Garcia, M.M (2003) Reconocimiento de Caras en el Autismo. *Revista de Neurologia.* 36; 1186-1189.

ANEXO A

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Especialização em Avaliação Psicológica

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa identificação precoce do autismo e diagnóstico diferencial, realizada pela psicóloga Sabrina Maria Ocanha Pires sob orientação da psicóloga Graciela Inchausti de Jou do programa de pós-graduação de psicologia do desenvolvimento e da personalidade da UFRGS que tem por objetivo analisar nos vídeos familiares o desenvolvimento de sua filha do nascimento aos seis meses de idade, com a finalidade de identificar comportamentos precoces do espectro autista e de alertar sobre a importância do diagnóstico diferencial.

Ao participar, você colocará a disposição os vídeos correspondentes e realizará uma entrevista que será gravada em fita cassete, para posterior análise. Você não terá nenhum benefício direto nesta participação. Entretanto, os resultados do estudo servirão para aumentar os conhecimentos sobre a identificação precoce do autismo e para beneficiar outros pais que vivenciam esta experiência.

Você não terá nenhum tipo de despesa por participar do estudo, bem como nada será pago por sua participação. Também pode escolher a qualquer momento suspender a participação se assim o desejar. A todo o momento poderá solicitar informação com a pesquisadora através do telefone 93130003.

Desta forma, pelo presente consentimento, eu _____ declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, do objetivo e da justificativa do presente projeto de pesquisa, que busca investigar os sinais precoces do autismo.

Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa.

Entendo que não serei identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade.

Concordo em participar deste estudo, bem como autorizo para fins, exclusivamente desta pesquisa, a utilização prestadas em entrevista.

O pesquisador responsável por este projeto de pesquisa é a professora Graciela Inchausti de Jou, que poderá ser consultado pelo telefone 92569923.

Data: ___/___/___

Assinatura do participante: _____

ANEXO B

ESCALA DE TRAÇOS AUTÍSTICOS

Ballabriga et al., 1994; adapt. Assumpção et al., 1999.

Esta escala, embora não tenha o escopo de avaliar especificamente uma função psíquica, é utilizada para avaliação de uma das patologias mais importantes da Psiquiatria Infantil - o Autismo. Seu ponto de corte é de 15. Pontua-se zero se não houver a presença de nenhum sintoma, 1 se houver apenas um sintoma e 2 se houver mais de um sintoma em cada um dos 36 itens, realizando-se uma soma simples dos pontos obtidos.

I. DIFICULDADE NA INTERAÇÃO SOCIAL

O desvio da sociabilidade pode oscilar entre formas leves como, por exemplo, um certo negativismo e a evitação do contato ocular, até formas mais graves, como um intenso isolamento.

- x1. Não sorri
- x2. Ausência de aproximações espontâneas
- x3. Não busca companhia
- 4. Busca constantemente seu cantinho (esconderijo)
- 5. Evita pessoas
- x6. É incapaz de manter um intercâmbio social
- 7. Isolamento intenso

II. MANIPULAÇÃO DO AMBIENTE

O problema da manipulação do ambiente pode apresentar-se em nível mais ou menos grave, como, por exemplo, não responder às solicitações e manter-se indiferente ao ambiente. O fato mais comum é a manifestação brusca de crises de birra passageira, risos incontroláveis e sem motivo, tudo isto com o fim de conseguir ser o centro da atenção.

- x1. Não responde às solicitações
- 2. Mudança repentina de humor
- x3. Mantém-se indiferente, sem expressão

x4. Risos compulsivos

5. Birra e raiva passageira

6. Excitação motora ou verbal (ir de um lugar a outro, falar sem parar)

III. UTILIZAÇÃO DAS PESSOAS A SEU REDOR

A relação que mantém com o adulto quase nunca é interativa, dado que normalmente se utiliza do adulto como o meio para conseguir o que deseja.

x1. Utiliza-se do adulto como um objeto, levando-o até aquilo que deseja.

x2. O adulto lhe serve como apoio para conseguir o que deseja (p.ex.: utiliza o adulto como apoio para pegar bolacha)

x3. O adulto é o meio para suprir uma necessidade que não é capaz de realizar só (p.ex.: amarrar sapatos)

4. Se o adulto não responde às suas demandas, atua interferindo na conduta desse adulto.

IV. RESISTÊNCIA A MUDANÇAS

A resistência a mudanças pode variar da irritabilidade até franca recusa.

1. Insistente em manter a rotina

2. Grande dificuldade em aceitar fatos que alteram sua rotina, tais como mudanças de lugar, de vestuário e na alimentação

3. Apresenta resistência a mudanças, persistindo na mesma resposta ou atividade

V. BUSCA DE UMA ORDEM RÍGIDA

Manifesta tendência a ordenar tudo, podendo chegar a uma conduta de ordem obsessiva, sem a qual não consegue desenvolver nenhuma atividade.

x1. Ordenação dos objetos de acordo com critérios próprios e pré-estabelecidos

2. Prende-se a uma ordenação espacial (Cada coisa sempre em seu lugar)

3. Prende-se a uma seqüência temporal (Cada coisa em seu tempo)

4. Prende-se a uma correspondência pessoa-lugar (Cada pessoa sempre no lugar determinado)

VI. FALTA DE CONTATO VISUAL. OLHAR INDEFINIDO

A falta de contato pode variar desde um olhar estranho até constante evitação dos estímulos visuais

x1. Desvia os olhares diretos, não olhando nos olhos

- x2. Volta a cabeça ou o olhar quando é chamado (olhar para fora)
- x3. Expressão do olhar vazio e sem vida
- x4. Quando segue os estímulos com os olhos, somente o faz de maneira intermitente
- x5. Fixa os objetos com um olhar periférico, não central
- 6. Dá a sensação de que não olha

VII. MÍMICA INEXPRESSIVA

A inexpressividade mímica revela a carência da comunicação não verbal. Pode apresentar, desde uma certa expressividade, até uma ausência total de resposta.

- x1. Se fala, não utiliza a expressão facial, gestual ou vocal com a frequência esperada
- x2. Não mostra uma reação antecipatória
- x3. Não expressa através da mímica ou olhar aquilo que quer ou o que sente.
- x4. Imobilidade facial

VIII. DISTÚRBIOS DE SONO

Quando pequeno dorme muitas horas e, quando maior, dorme poucas horas, se comparado ao padrão esperado para a idade. Esta conduta pode ser constante, ou não.

- x1. Não quer ir dormir
- 2. Levanta-se muito cedo
- 3. Sono irregular (em intervalos)
- 4. Troca ou dia pela noite
- 5. Dorme poucas horas.

IX. ALTERAÇÃO NA ALIMENTAÇÃO

Pode ser quantitativa e/ou qualitativa. Pode incluir situações, desde aquela em que a criança deixa de se alimentar, até aquela em que se opõe ativamente.

- 1. Seletividade alimentar rígida (ex.: come o mesmo tipo de alimento sempre)
- x2. Come outras coisas além de alimentos (papel, insetos)
- x3. Quando pequeno não mastigava
- 4. Apresenta uma atividade ruminante
- 5. Vômitos
- 6. Come grosseiramente, esparrama a comida ou a atira

7. Rituais (esfarela alimentos antes da ingestão)
8. Ausência de paladar (falta de sensibilidade gustativa)

X. DIFICULDADE NO CONTROLE DOS ESFÍNCTERES

O controle dos esfíncteres pode existir, porém a sua utilização pode ser uma forma de manipular ou chamar a atenção do adulto.

1. Medo de sentar-se no vaso sanitário
2. Utiliza os esfíncteres para manipular o adulto
3. Utiliza os esfíncteres como estimulação corporal, para obtenção de prazer
- x4. Tem controle diurno, porém o noturno é tardio ou ausente

XI. EXPLORAÇÃO DOS OBJETOS (APALPAR, CHUPAR)

Analisa os objetos sensorialmente, requisitando mais os outros órgãos dos sentidos em detrimento da visão, porém sem uma finalidade específica

1. Morde e engole objetos não alimentares
- x2. Chupa e coloca as coisas na boca
3. Cheira tudo
4. Apalpa tudo. Examina as superfícies com os dedos de uma maneira minuciosa

XII. USO INAPROPRIADO DOS OBJETOS

Não utiliza os objetos de modo funcional, mas sim de uma forma bizarra.

1. Ignora os objetos ou mostra um interesse momentâneo
- x2. Pega, golpeia ou simplesmente os atira no chão
3. Conduta atípica com os objetos (segura indiferentemente nas mãos ou gira)
4. Carrega insistentemente consigo determinado objeto
5. Se interessa somente por uma parte do objeto ou do brinquedo
6. Coleciona objetos estranhos
7. Utiliza os objetos de forma particular e inadequada

XIII. FALTA DE ATENÇÃO

Dificuldades na atenção e concentração. Às vezes, fixa a atenção em suas próprias produções sonoras ou motoras, dando a sensação de que se encontra ausente.

x1. Quando realiza uma atividade, fixa a atenção por curto espaço de tempo ou é incapaz de fixá-la

2. Age como se fosse surdo

3. Tempo de latência de resposta aumentado. Entende as instruções com dificuldade (quando não lhe interessa, não as entende)

x4. Resposta retardada

5. Muitas vezes dá a sensação de ausência

XIV. AUSÊNCIA DE INTERESSE PELA APRENDIZAGEM

Não tem nenhum interesse por aprender, buscando solução nos demais. Aprender representa um esforço de atenção e de intercâmbio pessoal, é uma ruptura em sua rotina.

x1. Não quer aprender

x2. Cansa-se muito depressa, ainda que de atividade que goste

3. Esquece rapidamente

4. Insiste em ser ajudado, ainda que saiba fazer

x5. Insiste constantemente em mudar de atividade

XV. FALTA DE INICIATIVA

Busca constantemente a comodidade e espera que lhe dêem tudo pronto. Não realiza nenhuma atividade funcional por iniciativa própria.

x1. É incapaz de ter iniciativa própria

x2. Busca a comodidade

x3. Passividade, falta de interesse

x4. Lentidão

x5. Prefere que outro faça o trabalho para ele

XVI. ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO

É uma característica fundamental do autismo, que pode variar desde um atraso de linguagem até formas mais graves, com uso exclusivo de fala particular e estranha.

1. Mutismo

2. Estereotípias vocais

3. Entonação incorreta

4. Ecolalia imediata e/ou retardada

5. Repetição de palavras ou frases que podem (ou não) ter valor comunicativo

6. Emite sons estereotipados quando está agitado e em outras ocasiões, sem nenhuma razão aparente

x7. Não se comunica por gestos

x8. As interações com adulto não são nunca um diálogo

XVII. NÃO MANIFESTA HABILIDADES E CONHECIMENTOS

Nunca manifesta tudo aquilo que é capaz de fazer ou agir, no que diz respeito a seus conhecimentos e habilidades, dificultando a avaliação dos profissionais.

x1. Ainda que saiba fazer uma coisa, não a realiza, se não quiser

x2. Não demonstra o que sabe, até ter uma necessidade primária ou um interesse eminentemente específico

x3. Aprende coisas, porém somente a demonstra em determinados lugares e com determinadas pessoas

4. Às vezes, surpreende por suas habilidades inesperadas

XVIII. REAÇÕES INAPROPRIADAS ANTE A FRUSTRAÇÃO

Manifesta desde o aborrecimento à reação de cólera, ante a frustração.

1. Reações de desagrado caso seja esquecida alguma coisa

x2. Reações de desagrado caso seja interrompida alguma atividade que goste

3. Desgostoso quando os desejos e as expectativas não se cumprem

4. Reações de birra

XIX NÃO ASSUME RESPONSABILIDADES

Por princípio, é incapaz de fazer-se responsável, necessitando de ordens sucessivas para realizar algo.

x1. Não assume nenhuma responsabilidade, por menor que seja

x2. Para chegar a fazer alguma coisa, há que se repetir muitas vezes ou elevar o tom de voz

XX. HIPERATIVIDADE/ HIPOATIVIDADE

A criança pode apresentar desde agitação, excitação desordenada e incontrolada, até grande passividade, com ausência total de resposta. Estes comportamentos não tem nenhuma finalidade.

1. A criança está constantemente em movimento

2. Mesmo estimulada, não se move

3. Barulhento. Dá a sensação de que é obrigado a fazer ruído/barulho

4. Vai de um lugar a outro, sem parar

5. Fica pulando (saltando) no mesmo lugar

6. Não se move nunca do lugar onde está sentado

XXI. MOVIMENTOS ESTEREOTIPADOS E REPETITIVOS

Ocorrem em situações de repouso ou atividade, com início repentino.

x1. Balanceia-se

2. Olha e brinca com as mãos e os dedos

3. Tapa os olhos e as orelhas

4. Dá pontapés

5. Faz caretas e movimentos estranhos com a face

6. Roda objetos ou sobre si mesmo

x7. Caminha na ponta dos pés ou saltando, arrasta os pés, anda fazendo movimentos estranhos

x8. Torce o corpo, mantém uma postura desequilibrada, pernas dobradas, cabeça recolhida aos pés, extensões violentas do corpo

XXII. IGNORA O PERIGO

Expõe-se a riscos sem ter consciência do perigo

x1. Não se dá conta do perigo

2. Sobe em todos os lugares

3. Parece insensível à dor

XXIII. APARECIMENTO ANTES DOS 36 MESES (DSM-IV): sim