



Nós estamos ouvindo as famílias? Estamos conseguindo ser parceiros destas famílias com crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista?

Are we truly listening to families? Are we managing to be partners with these families of children and adolescents with Autism Spectrum Disorder?

Marina Moreira de Moura¹, Márcia Cortez Bellotti de Oliveira², Eliane Maria Garcez Oliveira da Fonseca³, Juliana da Cunha Ferreira¹, Dália Balassiano Strosberg¹, Milena Franklin Felipe de Oliveira⁴

Palavras-chave:

Transtorno do espectro autista,
Transtorno autístico,
Diagnóstico precoce.

Resumo

Apesar da prevalência dos Transtornos do Espectro Autista (TEA) ser alta e o tema ser relevante, a literatura brasileira sobre o assunto é escassa. **Objetivo:** Caracterizar aspectos relacionados ao diagnóstico de TEA em crianças e adolescentes atendidos no ambulatório de Pediatria de uma unidade básica de saúde. **Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo de caráter exploratório, com dados coletados em prontuários de crianças/adolescentes atendidos em uma instituição de ensino médico do Rio de Janeiro, parceira do Sistema Único de Saúde no período de 01 de fevereiro de 2023 a 30 de junho de 2024. **Resultados:** A amostra é composta por prontuários de 291 crianças e adolescentes. A idade média foi de $82,5 \pm 43,9$ meses (21-206). Os cuidadores/família suspeitaram de TEA em 84% (199/237) e a creche/escola em 28,5% (83/128). O motivo mais frequente da primeira consulta foram queixas clínicas/rotina em 32,5% (94/289), seguido de suspeita de TEA/Autismo em 15,6% (45/289). Os sintomas mais frequentemente relatados foram aqueles relacionados ao comportamento em 10,4% (30/289). A idade do início dos sintomas foi de $29,5 \pm 21,9$ meses. A idade do diagnóstico foi de $63,2 \pm 39,7$ meses. Em 33,7% (97/288) não havia um diagnóstico prévio. **Conclusão:** A lacuna existente entre a percepção dos primeiros sintomas pelos cuidadores e a idade do diagnóstico sublinham a importância da triagem para TEA. Além disso, como muitos cuidadores suspeitam de TEA e não expressam suas preocupações, é essencial melhorar a educação profissional sobre empatia e construção de confiança entre as famílias e os pediatras.

¹ Faculdade de Medicina Souza Marques, Estudante de Medicina - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil.

² Faculdade de Medicina Souza Marques, Doutora em Ciências da Saúde, professora de pediatria - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil.

³ Faculdade de Medicina Souza Marques, Doutora em saúde da criança e da mulher, chefe do ambulatório do Polo Itanhangá - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil.

⁴ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Residente de pediatria - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil.

Endereço para correspondência:

Marina Moreira de Moura.

Faculdade de Medicina Souza Marques. Av. Ernani Cardoso, 335 - Cascadura, Rio de Janeiro - RJ, 21310-310. E-mail: marinammoura@me.com

Keywords:

Autism spectrum disorder,
Autistic disorder,
Early diagnosis

Abstract

Although the prevalence of Autism Spectrum Disorders (ASD) is high and the topic is relevant, Brazilian literature on the subject is scarce. **Objective:** To characterize aspects concerning the diagnosis of ASD in children and adolescents in an outpatient pediatric primary care health unit. **Methods:** A retrospective, descriptive, exploratory study, with data collected from medical records of children/adolescents diagnosed with ASD in a medical school outpatient pediatric primary care health unit, partnered with SUS between February 2023/May 2024. **Results:** The sample consisted of medical records of 291 children and adolescents. The mean age was 82.5 ± 43.9 months (21-206). Caregivers/family suspected ASD in 84% (199/237) and the daycare/school in 28.5% (83/128). The most frequent reason for the first consultation was clinical/routine complaints in 32.5% (94/289), followed by suspicion of ASD/Autism in 15.6% (45/289). The most frequently reported symptoms were those related to behavior in 10.4% (30/289). The age of onset of symptoms was 29.5 ± 21.9 months. The age of diagnosis was 63.2 ± 39.7 months. There was no previous diagnosis in 33.7% (97/288). **Conclusion:** The gap between caregivers perception of first symptoms and the age of diagnosis underscores the importance of screening for ASD. Furthermore, as many caregivers suspect ASD and do not express their concerns, it is essential to improve professional education on empathy and building trust between families and pediatricians.

INTRODUÇÃO

O transtorno do Espectro Autista (TEA) é definido, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Quinta Edição (DSM-5), como déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, além de exibir padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Essas questões devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento, causando prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social; além de não serem principalmente atribuídas à deficiência intelectual ou ao atraso global do desenvolvimento, embora possa apresentar comorbidade com o primeiro¹.

A prevalência estimada de TEA em 2020 é de 1 para cada 36 crianças com 8 anos de idade². Em crianças com 4 anos de idade, a prevalência estimada de TEA é de 21,5 para cada 1000 crianças norte-americanas³. O crescimento da identificação precoce, a mudança para critérios mais amplos e uma intensificação da vigilância do desenvolvimento coincidem com o aumento da prevalência⁴.

Desde 2006, a Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda que todas as crianças sejam avaliadas para TEA particularmente aos 18 e 24 meses, assim como a realização da vigilância do desenvolvimento nas consultas pediátricas⁵. Nacionalmente, em 2005, o Ministério da Saúde (MS) cria a caderneta da Criança (substituindo o Cartão da Criança criado em 1974) e estabelece o instrumento de vigilância para o desenvolvimento infantil para ser preenchido pelos profissionais de saúde. Esse instrumento contém itens para registros mensais sobre desenvolvimento e comportamento até 36 meses, e posteriormente (nas edições da Caderneta mais atuais) registros mensais até 60 meses e anuais até os 9 anos⁶⁻⁸. Além disso, a Caderneta contém sinais de alerta para o TEA e orientações para um desenvolvimento mais saudável, com seções para família e cuidadores, e para profissionais de saúde. Em 2013, o MS publica a Diretriz de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA, com o objetivo de ajudar na

identificação precoce em crianças de até 3 anos⁹. Em 2017, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) publica o primeiro documento científico sobre TEA, sendo que o instrumento *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT R) foi validado e traduzido para a língua portuguesa do Brasil em 2008^{10,11}. Em 2024, a SBP publica mais 2 documentos científicos sobre diagnóstico de TEA^{12,13}.

Em consequência da alta prevalência, da maior disseminação de informação sobre o transtorno e seus sintomas e de sua posição-chave como primeira linha de atendimento de crianças e adolescentes, o pediatra se torna peça fundamental na estratégia de identificação precoce e acesso aos serviços de intervenção. O propósito é uma detecção precoce para um melhor prognóstico¹⁴. O Ministério da Saúde através de Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI) afirma que foram realizados 9,6 milhões de atendimentos em ambulatórios a portadores de TEA em 2021, sendo que destes 4,1 milhões de atendimentos foram prestados a crianças de até 9 anos¹⁵. Esses números sublinham a importância do conhecimento da clientela que os profissionais de saúde atendem. Este forneceria um cenário mais profundo e amplo da realidade brasileira, mas também da realidade local de cada serviço, permitindo não somente melhores práticas na consulta (observar questões importantes na anamnese, no exame físico, e na abordagem da família, entre outros), como a elaboração de políticas públicas de saúde com propostas e tratamentos que evitem gargalos no atendimento. No entanto, a literatura sobre o assunto dentro da realidade brasileira é escassa¹⁶.

O objetivo do presente artigo é contribuir para esse conhecimento, caracterizando aspectos relacionados ao diagnóstico de TEA em crianças e adolescentes atendidos no ambulatório de Pediatria de uma unidade básica de saúde de uma instituição de ensino médico do Rio de Janeiro (RJ).

MÉTODOS

Estudo retrospectivo, descritivo de caráter exploratório, de diagnósticos de TEA ou autismo ou autismo infantil ou de

Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) em crianças e adolescentes (0 a 18 anos completos) atendidos em ambulatório de Pediatria de uma unidade básica de saúde da Faculdade de Medicina Souza Marques, Polo Itanhangá, no município do Rio de Janeiro (RJ) no período de 01 de fevereiro de 2023 (quando foi implantado o prontuário eletrônico) a 30 de junho de 2024. Os dados foram coletados nos prontuários eletrônicos, através do sistema de busca com as seguintes palavras-chaves: “autismo”, “autismo infantil”, “transtorno do espectro autista”, “Transtorno Global do Desenvolvimento” (TGD) e através da “Classificação Internacional de Doenças décima versão” (CID - 10) correspondentes.

A busca em prontuário físico também foi utilizada para os pacientes que já eram atendidos nesse ambulatório e que foram atendidos no período citado. O número do prontuário físico é informado no prontuário eletrônico. Foram incluídos todos os prontuários de crianças e adolescentes (faixa etária de 0 a 18 anos completos) com diagnóstico de TEA ou de TGD (este último devido à mudança nos grupos e denominação deste diagnóstico pelo DSM versão 5 em substituição ao DSM versão 4) ou Autismo, que foram atendidos no período citado. Foram excluídos aqueles prontuários de crianças ou adolescentes que estavam incompletos ou não preenchidos.

O ambulatório de pediatria do Polo Itanhangá é uma unidade básica de atendimento gratuito sem delimitação de território de atendimento, que também conta com um neurologista infantil, um psiquiatra infantil, um pediatra do desenvolvimento entre outras especialidades. A avaliação para esses profissionais é realizada em um segundo estágio, somente após encaminhamento dos pediatras. Os outros serviços, como especialidades (exceto pneumologia, cardiologia e alergia), exames laboratoriais e de imagem, procedimentos, cirurgias, entre outros, são referenciados para a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), por ser uma clínica parceira do SUS.

Apesar de não termos delimitação de território, nossa clientela provém em sua maioria do bairro do Itanhangá, Zona Oeste do Rio de Janeiro. Essa região é marcada por contrastes de moradias: algumas em condomínios fechados e outras distribuídas em seis comunidades (a maior parte da comunidade de Rio das Pedras, Tijuquinha, Recanto da Barra da Tijuca, Morro do Banco, Vila da Paz, Sítio Pai João, Muzema e Pedra do Itanhangá, também conhecida como “Cloro”). Segundo dados do Censo de 2022 do IBGE, Muzema e Rio das Pedras estão entre as 9 comunidades mais populosas do Rio de Janeiro. Rio das Pedras tem 55.653 habitantes, e é a segunda comunidade carioca em população, e a segunda do país em domicílios; enquanto a Muzema tem 12.982 habitantes¹⁷. O Índice de Progresso Social desta região é de 65,2, ocupando o 71º lugar no ranking dos bairros do município do Rio de Janeiro, segundo o IBGE¹⁸.

Apesar das variáveis serem autoexplicativas, algumas merecem um detalhamento: a variável cor/raça é autodeclarada ou declarada pela mãe. O motivo da primeira consulta foi transcrito exatamente como estava no prontuário, e por isso

tem uma categoria de “Suspeita de Autismo/TEA”, e outra que é “Acompanhamento de TEA”. Esta última categoria é definida quando o cuidador afirma que a criança/adolescente tem TEA, podendo ou não vir acompanhada de solicitação de medicação e/ou tratamento e/ou laudo. As variáveis que foram adaptadas da fala da mãe, conforme escrito no prontuário, são: “*não olha*” que transcrevemos para “*não mantém o olhar*”; e a variável “*queixas relacionadas à fala*” que foi adaptado das falas de “*não fala*”, “*dificuldade na fala*”, “*não fala direito*”, “*problema de fala*”, “*fala atrasada*”, “*fala pouco*”, “*não desenvolve a fala*” ou ainda “*fala errada*”. Da mesma maneira transcrevemos para a variável “*queixa clínica*”, questões clínicas específicas ou inespecíficas relacionadas a doenças/síndrome clínicas como febre, vômitos, alterações cutâneas, além de queixas que somente eram relatadas pela mãe/família no contexto da doença/síndrome clínica como “*não come*”, “*come mal*”, “*come muito pouco*”. A variável “*comportamento não especificado ou diferente*” refere-se quando a mãe/familiar expressava sua preocupação sem especificar o comportamento usando palavras como “*comportamento estranho*”, “*comportamento diferente*” ou “*comportamento diferente das outras crianças*”, entre outros. Assim é importante frisar que o motivo da consulta era um comportamento não especificado conforme a variável é referida.

A data do diagnóstico de TEA refere-se à data em que o diagnóstico foi confirmado, assim não se considerou a impressão diagnóstica de suspeita de TEA, momento em que o paciente se encontrava em processo de investigação e/ou observação em nosso ambulatório. O “tempo de acompanhamento no ambulatório” foi definido como a subtração entre a data da última consulta e a data da primeira consulta.

O diagnóstico de TEA é realizado através da anamnese (abordando em detalhe, porém não se restringindo, a história do desenvolvimento), observação do comportamento, aplicação de testes de triagem como o M-CHAT R/F e/ou o *Childhood Autism Rating Scale* (CARS)- Escala de Avaliação do Autismo na Infância como traduzido em português. Além disso, são aplicados os critérios diagnósticos do DSM-5, e realização de exames complementares (conforme a apresentação clínica). É importante ressaltar que é uma tarefa interdisciplinar e de acompanhamento da evolução da criança com as orientações, e com o tratamento. Em decorrência desse processo, os pediatras, o psiquiatra infantil, o neurologista infantil e o pediatra do desenvolvimento, em nosso ambulatório, estão envolvidos nesse processo de diagnóstico segundo a singularidade daquela família e da criança/adolescente.

Os resultados de variáveis quantitativas foram descritos por média, desvio padrão, mediana, limites mínimo e máximo (entre parênteses). As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência observada/frequência de dados disponíveis no prontuário(n/N), e percentual. Os resultados foram analisados pelo sistema SPSS versão 21. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética sendo aprovado sob o número CAAE 81133724.5.0000.5239.

RESULTADOS

A população de estudo corresponde a 8% das crianças e adolescentes atendidos na clínica do Itanhangá no período do estudo. Dos 295 prontuários de crianças e adolescentes atendidos no período do estudo com diagnóstico de TEA, 4 prontuários foram excluídos por apresentarem pouquíssimas informações. Assim, a amostra é composta por prontuários de 291 crianças e adolescentes. A idade média foi de $82,5 \pm 43,9$ meses (21-206) (tabela 2), sendo 79,7% (232/291) crianças e 20,3% (59/291) adolescentes (tabela 1). Em 96,5% (281/291) o nível de escolaridade materna atingido foi o fundamental incompleto (tabela 2). Em 70,2% (204/291) eram pardos/negros, e do sexo masculino em 72,2% (210/291) (tabela 1). Na história gestacional temos que 8,1% (20/248) eram PIG, 15,2% (37/243) eram prematuros, e 2,4% (6/250) tinham relato de asfixia neonatal no prontuário e/ou Apgar no quinto minuto menor que 7 (tabela 1). Em 10,7% (29/270) as mães eram tabagistas e/ou fizeram uso de álcool e/ou de drogas ilícitas.

Na tabela 3 temos a descrição dos sinais e sintomas tal como relatados pela mãe na primeira consulta. Em alguns casos de motivos de consulta como “agitação ou hiperatividade” e “comportamento agressivo” observamos sintomas adicionais como dois casos de ausência de interação social e comportamento agressivo no primeiro; e agitação no segundo. Nos casos de “não mantém o olhar” encontramos como sintoma associado a agitação com choro contínuo. Em somente três casos de “queixas clínicas” observamos, como sintomas adicionais a doenças/síndromes clínicas, queixas alimentares apresentadas como parte da preocupação materna (“come mal”, “come pouco”, “não come”).

As preocupações mais frequentes, como motivo de consulta, foram aquelas relacionadas ao comportamento (agressivo/agitação/hiperatividade/não especificado) totalizando 10,4% (30/289). A idade do início dos sintomas conforme relatado pelos cuidadores, foi de $29,5 \pm 21,9$ meses (tabela 2). Em 33,7% (97/288) os cuidadores chegam ao nosso ambulatório com um diagnóstico prévio. A idade do diagnóstico (naqueles com e sem diagnóstico prévio) foi de $63,2 \pm 39,7$ meses (tabela 2). Mesmo se considerarmos somente aqueles com diagnóstico prévio, a idade do diagnóstico é de $79,9 \pm 43,6$ meses (tabela 2).

DISCUSSÃO

Nesta população em situação de vulnerabilidade social, os cuidadores/família foram os principais responsáveis pela percepção dos primeiros sinais de TEA nas crianças (62,5%), com uma importante defasagem de tempo entre a percepção dos primeiros sinais e a idade do diagnóstico.

A maior participação dos pais na percepção dos sinais de TEA tem sido um achado constante na literatura. A maioria dos responsáveis reconheceram os primeiros sinais antes dos 3 anos, sendo 50% até os 2 anos de idade, achados semelhantes são encontrados tanto na literatura internacional

como nacional¹⁹⁻²¹. Assim, é muito importante que os médicos valorizem as preocupações dos responsáveis, porém para isso é necessário um conhecimento sobre os sinais e sintomas de TEA e instrumentos existentes para detecção.

A queixa clínica foi o motivo mais frequente da consulta. Esse achado contrasta com o fato de 81,3% das famílias/responsáveis já suspeitarem do diagnóstico, e que 66,3% não tinham diagnóstico ao chegar à nossa clínica. Mesmo assim não falavam da suspeição como motivo da consulta. Ribeiro et al. (2017)²², em um estudo sobre barreiras ao diagnóstico precoce do autismo no Brasil, apontam que 56,3% das mães têm experiências negativas com os médicos, e se sentem desencorajadas de expor suas preocupações novamente. Este fator é apontado como uma importante barreira no diagnóstico precoce. Em outro estudo brasileiro, 42,8% dos responsáveis tiveram experiências negativas com pediatras²¹.

O tempo decorrido entre a percepção dos primeiros sintomas pelos cuidadores/família e a idade do diagnóstico, não somente corrobora a discussão anterior como reforça a importância da triagem para TEA. Ribeiro et al., em 2017, já tinham observado que existia uma diferença de 3 anos entre estes dois marcos²². Nós encontramos um tempo muito próximo de aproximadamente 34 meses. Desse modo, em um espaço de 7 anos entre nosso estudo e o citado anteriormente, permanece um tempo em torno de 3 anos entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o diagnóstico, apesar de serem métodos de estudo diferentes. Esse tempo prolongado até o diagnóstico também é um fator importante de sobrecarga física e psicológica das famílias, principalmente das mães¹⁶.

Outras barreiras mencionadas nos estudos são confusão, frustração com o processo diagnóstico, altos níveis de estigma em algumas comunidades, ausência de informação aos pais, e a não valorização das preocupações dos responsáveis pelos profissionais de saúde²³. Esses dados sublinham mais uma vez a importância da vigilância do desenvolvimento nas consultas, mesmo quando a queixa é de rotina, ou por questões clínicas²³. Além disso, uma boa anamnese é realizada através de uma conversa empática com a família, aumentando as possibilidades de que ela traga seus medos e suas dificuldades em relação aos filhos, ajudando no processo diagnóstico e de lidar com os desafios do acesso ao tratamento.

Os resultados do presente artigo mostram que a maioria dessas crianças/adolescentes não tinham uma história gestacional com fatores de risco para o seu desenvolvimento. Assim, o pediatra deve realizar triagens frequentes para TEA com reavaliação, porque os cuidadores podem não verbalizar suas preocupações, e não existir nenhum fator de risco para alterações no desenvolvimento. Cabe mencionar que o preenchimento da caderneta de saúde da criança também é um importante instrumento de triagem, e que ambos os instrumentos também criam elementos para aconselhamento e orientação quanto ao desenvolvimento, beneficiando todas as crianças que apresentem atrasos ou desvios no desenvolvimento, mesmo sem ser TEA.

Tabela 1. Características sociodemográficas da população atendida – variáveis categóricas.

Variáveis categóricas do estudo	n/N*	Porcentagem (%)
Sexo		
Feminino	81/291	27,8
Masculino	210/291	72,2
Faixa Etária		
Crianças	232/291	79,7
Adolescentes	59/291	20,3
Cor/raça		
Pardos	195/291	67,1
Negros	9/291	3,1
Branços	87/291	29,8
Escolaridade materna		
Analfabeto	7/291	2,5
Fundamental incompleto	274/291	94,1
Fundamental completo	7/291	2,4
Médio incompleto	3/291	1,0
História Gestacional		
Pequeno para idade gestacional	20/248	8,1
Hipertensão Materna	69/270	25,6
Diabetes Materna	21/242	8,7
HIV	3/275	1,1
Asfixia Neonatal	6/250	2,4
Prematuridade	37/243	15,2
Tabagistas e/ou consumo de álcool e/ou drogas ilícitas	29/270	10,7
Suspeita do diagnóstico		
Cuidador/família	135/166	81,3
Creche/escola	51/83	61,4
Diagnóstico prévio		
sim	97/288	33,7
no	191/288	66,3

Nossos resultados mostram que os cuidadores mais frequentemente trazem como motivo da consulta aquelas relacionadas ao comportamento, talvez porque socialmente sejam as mais perturbadoras. A interação social não aparece como uma queixa importante, mas sim a fala em segundo lugar. Em outro estudo brasileiro, a fala foi a queixa mais frequente, além dos comportamentos repetitivos²¹. Assim como no estudo de Siqueira et al. (2022)²¹, citado anteriormente, as questões relativas à alimentação, conforme descrito nos critérios do DSM-5, não

apareceram como motivo principal da primeira consulta. Essas diferenças demonstram um importante fator na construção do diagnóstico do TEA: a heterogeneidade dos sinais e sintomas. As diferentes síndromes clínicas envolvidas na apresentação do TEA acentuam a necessidade de este ser visto como um *continuum* de diferentes apresentações, mais do que sintomas estanques. Fatores como sexo, variabilidade genética, fatores socioambientais, culturais, e comorbidades tanto médicas como neuropsiquiátricas influenciam nas diferentes apresentações clínicas²⁴.

Tabela 2. Características sociodemográficas da população atendida – variáveis contínuas.

Variáveis contínuas do estudo	n/N	Média ± desvio padrão mediana	Limite mínimo - máximo
Idade (meses)	216/216	83±47,375	21-345
História Gestacional			
Idade gestacional	243/271	38,4 ± 2,139	29 -42
Apgar 1º min	249/291	8,3 ± 9,09	3 -10
Apgar 5º min	250/291	9,0 ± 0,696	6 - 10
Início dos sintomas (meses)	181/291	29,5 ± 21,924	3-144
Idade de diagnóstico	277/291	63,2 ± 39,751	13 - 196
Idade do diagnóstico (naqueles com diagnóstico prévio)	89/291	79,9 ± 43,669	17-196

Tabela 3. Motivos relatados pelo responsável da primeira consulta no ambulatório.

Motivo da consulta relatada pelo responsável	n/N	Porcentagem (%)
Suspeita de TEA/autismo	46/286	16
Afirma que tem TEA/autismo	40/286	14
Queixa clínica/rotina	95/286	33,2
Agitação/hiperatividade acompanhada ou não de outros sintomas	16/286	5,6
Comportamento agressivo acompanhado ou não de outros sintomas	4/286	1,3
Não mantém o olhar e outros sintomas	3/286	1
Não interage	1/286	0,4
Queixas relacionadas à fala	21/286	7,3
Comportamento não especificado ou diferente	10/286	3,5
Atraso no desenvolvimento	7/286	2,4
Convulsões	3/286	1,0
Dificuldade no aprendizado	2/286	0,7
Encaminhado pela creche/escola	11/286	3,8
Encaminhado por outro hospital	1/286	0,3
Acompanhamento neurológico	17/286	5,9
Encaminhamento para psiquiatra infantil	4/286	1,4
Solicitação de tratamento psicológico/fonoaudiológico/terapia ocupacional	3/286	1,0
Suspeita de deficiência mental	1/286	0,3
Alterações no sono	1/286	0,3

A creche/escola também apresentou uma participação importante (61,4%) na suspeita do diagnóstico, conforme relatado em outro estudo brasileiro²¹. Este dado aponta para a importância da escola na referência para uma avaliação médica. A importância do papel do professor na detecção de transtornos no desenvolvimento, aparece no trabalho de Hosozawa et al. (2020)²⁵ que utilizaram dados da Coorte do Milênio, uma coorte

representativa de dados nacionais no Reino Unido. Naqueles alunos diagnosticados com TEA na escola primária, o professor era o responsável por detectar alterações no desenvolvimento social aos 5 anos em 45%. Naqueles diagnosticados na escola secundária, os professores já tinham detectado transtornos no desenvolvimento social aos 5 anos em 50%, mesmo quando os responsáveis ainda não percebiam alterações em seus filhos.

Esses achados apresentavam maior valor preditivo naqueles com renda baixa.

Nossos resultados expõem a importância de termos mais estudos brasileiros que possam analisar questões específicas da nossa realidade em relação ao diagnóstico de TEA. No entanto, a literatura brasileira sobre o tema é escassa¹⁶, e autores internacionais ressaltam que estudos com populações de cor branca são muito mais frequentes (64,8%), com grande diferença para estudos com populações menos representadas como a latina/hispânica, negra e asiática (6,4 % a 9,4%)²⁶.

Com o aumento da prevalência do TEA e a escassez de especialistas em neurologia e psiquiatria infantil no Brasil, o diagnóstico conduzido por pediatras está se tornando mais frequente²⁷. Existe pouca discussão do tema na graduação de medicina e cursos de especialização em pediatria, tornando a atuação do pediatra muito desafiadora²⁸. Recentemente, a Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil publicou uma “Proposta de Padronização Para o Diagnóstico, Investigação e Tratamento do Transtorno do Espectro Autista”, com orientações para a condução desses casos²⁷. No entanto, é necessário que na graduação em Medicina e na especialização em Pediatria, a Pediatria do Desenvolvimento surja como tema essencial para aprendizado e discussão permanente na grade curricular, assim como a criação de uma proposta de especialização em pediatria do desenvolvimento. O desenvolvimento ao longo da vida, tanto em aspectos neuropsicológicos, de saúde mental, entre outros, é complexo, sendo necessária uma formação aprofundada para melhor compreensão não só de TEA, mas de tantas outras síndromes clínicas que acometem crianças e adolescentes, principalmente pós-COVID-19^{29,30}.

Além disso, é necessário revitalizar a educação médica com temas como empatia e construção de confiança entre as famílias e pediatras. Desse modo, as famílias podem não somente expressar livremente suas preocupações, mas também sentir que o pediatra está realmente prestando atenção às questões trazidas à consulta por elas, e sendo parceiro nesse processo do diagnóstico.

Este estudo apresenta limitações como ser retrospectivo, com informações que nem sempre estavam disponíveis nos prontuários. Porém apresenta fortalezas como a caracterização do diagnóstico em uma população proveniente de uma área de grande vulnerabilidade social, dados que são necessários e pouco encontrados na literatura brasileira, como já discutido acima; além da busca metódica tanto em prontuários eletrônicos como físicos.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos Mentais: DSM-5. 5. ed. Tradução: Maria Ines Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Maenner MJ, Shaw KA, Baio J, Washington A, Patrick M, DiRienzo M, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder among aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2016. MMWR Surveill Summ [Internet]. 2020; [cited 2024 Sep 30]; 69(4):1–12. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7119644/pdf/ss6904a1.pdf>.
3. Shaw KA, Bilder DA, McArthur D, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, et al. Early Identification of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. MMWR Surveill Summ [Internet]. 2023; [cited 2024 Oct 4]; 72(1):1–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36952289/>.
4. Baron-Cohen S, Allen J, Gillberg C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. Br J Psychiatry. 1992;161:839–43.
5. Johnson CP, Myers SM; American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. Pediatrics [Internet]. 2007; [cited 2024 Oct 4]; 120(5):1183–215. Available from: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/145/1/e20193447/36917/Identification-Evaluation-and-Management-of>.
6. Ministério da Saúde (BR). **Caderneta da Criança: Menina** – Passaporte da cidadania. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
7. Ministério da Saúde (BR). **Caderneta da Criança: Menina** – Passaporte da cidadania. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
8. Ministério da Saúde (BR). **Caderneta da Criança: Menino** – Passaporte da cidadania. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
9. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtorno do espectro autista [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [Acesso em 2024 Out 08]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf.
10. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Triagem precoce para Autismo/Transtorno do Espectro Autista [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2017. [Acesso em 2024 Out 04]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/04/19464b-DocCient-Autismo.pdf.
11. Losapio MF, Ponde MP. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2008;30(3):221–9.
12. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Transtorno do Espectro do Autismo [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2024. [Acesso em 2024 out 18]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Ped._Desenvolvimento_-_21775b-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf.
13. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Triagem Precoce para Autismo Modified Checklist for Autism in Toddlers – M-CHAT-R/F [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2024. [Acesso em 2024 Out 16]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24331c-MO_Triagem_Perecoce_para_Autismo.pdf.
14. Reichow B, Hume K, Barton EE, Boyd BA. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2012; [cited 2024 Oct 09]; 10:CD009260. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009260.pub3/full>.
15. Ministério da Saúde (BR). TEA: saiba o que é o Transtorno do Espectro Autista e como o SUS tem dado assistência a pacientes e familiares [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. [Acesso em 2024 out 22]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/tea-saiba-o-que-e-o-transtorno-do-espectro-autista-e-como-o-sus-tem-dado-assistencia-a-pacientes-e-familiares>.
16. Sukiennik R, Marchezan J, Scornavacca F. Challenges on Diagnoses and Assessments Related to Autism Spectrum Disorder in Brazil: A Systematic Review. Front Neurol [Internet]. 2022; [cited 2024 Dez 2]; 12:598073. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/neurology/articles/10.3389/fneur.2021.598073/full>.

17. Grinberg F, Araújo C. Veja quais são as maiores favelas do Rio pelo Censo 2022. O Globo [Internet]. 2024 nov 8; [citado 2024 Dez 2]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/noticia/2024/11/08/veja-quais-sao-as-maiores-favelas-do-rio-pelo-censo-2022.ghtml>.
18. Instituto Pereira Passos. Rio Prefeitura. Índice de Progresso Social do Rio de Janeiro 2022. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro [Internet]. 2022; [acesso em 2024 Dez 9]. Disponível em: <https://ips-rio-pcrj.hub.arcgis.com/pages/ipsbairros>.
19. Coonrod EE, Stone WL. Early concerns of parents of children with autistic and nonautistic disorders. *Infants Young Child*. 2004;17(3):258–68.
20. Locke J, Ibanez LV, Posner E, Frederick L, Carpentier P, Stone WL. Parent perceptions about communicating with providers regarding early autism concerns. *Pediatrics* [Internet]. 2020; [cited 2024 Nov 4]; 145 (Suppl 1):S72–S80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32238533/>.
21. Siqueira BNL, Prazeres ACLF, Maia AMLR. Os desafios do Transtorno do Espectro Autista: da suspeita ao diagnóstico. *Resid Pediatr* [Internet]. 2022; [citado 2024 Nov 03]; 12(2). Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/v12n2aop339.pdf>.
22. Ribeiro SH, de Paula CS, Bordini D, Mari JJ, Caetano S. Barriers to early identification of autism in Brazil. *RBP* [Internet]. 2017; [cited 2024 Oct 23]; 39:352-4. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/RFKqgsBhSvWDxtDjKWcmKZj/?lang=en>.
23. Walsh C, Lydon S, O'Dowd E, O'Connor P. Barriers to Healthcare for Persons with Autism: A Systematic Review of the Literature and Development of A Taxonomy. *Dev Neurorehabil* [Internet]. 2020; [cited 2024 Nov 4]; 23(7):413-30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36112897/>.
24. Masi A, DeMayo MM, Glozier N, Guastella AJ. An Overview of Autism Spectrum Disorder, Heterogeneity and Treatment Options. *Neurosci Bull*. [Internet]. 2017 Apr; [cited 2024 Nov 10]; 33(2):183-93. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5360849/pdf/12264_2017_Article_100.pdf.
25. Hosozawa M, Sacker A, Mandy W, Midouhas E, Flouri E, Cable N. Determinants of an autism spectrum disorder diagnosis in childhood and adolescence: Evidence from the UK Millennium Cohort Study. *Autism* [Internet]. 2020 Aug; [cited 2024 Nov 05]; 24(6):1557-65. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7645602/pdf/10.1177_1362361320913671.pdf.
26. Steinbrenner JR, McIntyre N, Rentschler LF, Pearson JN, Luelmo P, Jaramillo ME, et al. Patterns in reporting and participant inclusion related to race and ethnicity in autism intervention literature: Data from a large-scale systematic review of evidence-based practices. *Autism* [Internet]. 2022; [cited 2024 Nov 30]; 26(8):2026-40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35068190/>.
27. Montenegro MA, van der Linden Junior H, Casella EB, Gadia C, Celeri EHRV, Sampaio LPB. Proposta de Padronização Para o Diagnóstico, Investigação e Tratamento do Transtorno do Espectro Autista [Internet]. São Paulo: SBNi; 2021 Jul; [citado 2024 Nov 01]. Disponível em: <https://sbni.org.br/proposta-de-padronizacao-para-o-diagnostico-investigacao-e-tratamento-do-transtorno-doespectro-autista/>.
28. Souza NE, Raslan IR, Inácio Filho AR, Oliveira BCRCL. O papel do pediatra no reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do transtorno do espectro autista: revisão de literatura. *Resid Pediatr* [Internet]. 2021; [citado 2024 Nov 15]; 11(3):1-6. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/v11n3aop234.pdf>.
29. Davico C, Marcotulli D, Abbracciavento G, Anfosso T, Apicella M; Italian Covid-Child and Adolescent Psychiatric Emergencies Study Group. COVID-19 Pandemic School Disruptions and Acute Mental Health in Children and Adolescents. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2024 Aug 1; [cited 2024 Nov 20]; 7(8):e2425829. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2821950>.
30. Fortes CPDD, Vieira F, Machado LC. Análise comparativa entre a saúde mental de responsáveis por pessoas com TEA e por crianças sem TEA na pandemia de COVID-19. *Resid Pediatr* [Internet]. 2021; [citado 2024 Nov 6]; 11(1):1-24. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/rp100821a06.pdf>.