

# AUTISMO E SEUS NÍVEIS

---

*Data de aceite: 01/04/2024*

### **Luiz Carlos Gonçalves Filho**

Discente do curso de Medicina UNIFAN  
Aparecida de Goiânia - Goiás

### **Webert Rezende de Alcântara Junior**

Discente do curso de Medicina UNIFAN  
Aparecida de Goiânia - Goiás

### **Meire Incarnacao Ribeiro Soares**

Discente do curso de Medicina UNIFAN  
Aparecida de Goiânia - Goiás

### **Monique Siqueira de Oliveira Faria**

Discente do curso de Medicina UNIFAN  
Aparecida de Goiânia - Goiás

### **Camila de Sousa Santos Gonçalves**

Especialista em Neuro pedagogia pela  
Fabec  
Goiânia

### **Vitor Ramos Dayrell Pereira**

Acadêmico de Medicina Universidade  
Evangélica de Goiás  
Anápolis

### **Jackelyne Gabrielle Jesus de Miranda**

Acadêmica de medicina Universidade  
Brasil  
Fernandópolis/ SP

### **Luisa Malucelli Romanus**

Médica pela Universidad Privada del Este  
– UPE  
Ciudad del Este

### **Thiane do Socorro Carvalho de Souza**

Médica pela Universidade Internacional  
Três Fronteiras  
CDE

### **José Reinaldo dos Santos Portilho**

Médico pela Universidade Internacional  
Três Fronteiras  
CDE

### **Geni Cristina Pacixnek**

Médica pela Universidade Internacional  
Três Fronteiras  
CDE

### **Tatiana Barriento de Azambuja**

Médica pela Universidade Internacional  
Três Fronteiras  
CDE

### **Tiago Nogueira Sabbag**

Médico pela Universidade Internacional  
Três Fronteiras  
CDE

### **Taise Marielle Costa Maia**

Médico pela Universidade Internacional  
Três Fronteiras  
CDE

**RESUMO: INTRODUÇÃO:** Avaliar de forma global, os aspectos inerentes ao paciente com autismos, seus principais sinais e sintomas e níveis. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão da literatura, do tipo narrativa, que objetiva descrever sobre o autismo e seus níveis, sob o ponto de vista teórico, através de materiais que já foram publicados sobre o tema em questão, mediante análise e interpretação da literatura. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas em português e inglês; publicados no período de 2020 a 2024 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão disponibilizados na íntegra. **DISCUSSÃO:** O autismo é um transtorno comportamentalmente definido, que é o ponto final de várias etiologias orgânicas. O número de crianças diagnosticadas com transtornos do espectro autista está aumentando por vários motivos. Um diagnóstico de autismo pode ser feito com segurança entre 2 e 3 anos de idade. O autismo não atende aos critérios de triagem, mas recomenda-se vigilância durante os anos pré-escolares. O diagnóstico é feito através da anamnese, concentrando-se na história do desenvolvimento e investigando sistematicamente os comportamentos centrais, e pela observação em vários. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O cuidado aplicado para pacientes com transtorno de espectro autista deve conter elementos cruciais como ouvir, entender e aplicar condutas importantes para a evolução da pessoa com TEA, independentemente do nível de complexidade e comprometimento da pessoa é profissional e a família deve manter o cuidado e a visão holística, analisando o indivíduo como um todo e aplicando boas maneiras de formar ética para que se promover o avanço na limitação de cada pessoa com transtorno de espectro autista. O indivíduo autista logo após seu diagnóstico deve estar cercado por pessoas dispostas a ajudar a ajuda-lo a entender o espectro, a equipe interdisciplinar com terapias psíquicas, ocupacionais e assistência clínica facilitam positivamente a maneira de lidar com o TEA.

**PALAVRAS-CHAVE:** “autismo”; “níveis”; “conceitos”; “diagnóstico”.

**ABSTRACT: INTRODUCTION:** Globally evaluate the aspects inherent to patients with autism, their main signs and symptoms and levels. **METHODOLOGY:** This is a literature review, of a narrative type, which aims to describe autism and its levels, from a theoretical point of view, through materials that have already been published on the topic in question, through analysis and interpretation of the literature. The inclusion criteria were: articles in Portuguese and English; published between 2020 and 2024 and which addressed the themes proposed for this research, review-type studies made available in full. **DISCUSSION:** Autism is a behaviorally defined disorder that is the endpoint of several organic etiologies. The number of children diagnosed with autism spectrum disorders is increasing for several reasons. A diagnosis of autism can safely be made between 2 and 3 years of age. Autism does not meet screening

criteria, but surveillance is recommended during the preschool years. Diagnosis is made through history taking, focusing on developmental history and systematically investigating core behaviors, and by observation in several. FINAL CONSIDERATIONS: The care applied to patients with autism spectrum disorder must contain crucial elements such as listening, understanding and applying important behaviors for the evolution of the person with ASD, regardless of the level of complexity and commitment of the person. It is professional and the family must maintain the care and a holistic vision, analyzing the individual as a whole and applying good ways of forming ethics to promote progress in limiting each person with autism spectrum disorder. The autistic individual, immediately after his diagnosis, must be surrounded by people willing to help him understand the spectrum, the interdisciplinary team with psychic, occupational therapies and clinical assistance positively facilitate the way of dealing with ASD.

**KEYWORDS:** “autism”; “levels”; “concepts”; diagnosis.

## INTRODUÇÃO

Os transtornos do espectro autista têm sido objeto de atenção crescente nos últimos anos, da mídia, dos médicos e do público em geral. Mais recentemente, a ansiedade pública sobre o autismo aumentou como resultado de relatórios que associam a vacina contra o sarampo, a papeira e a rubéola (MMR) ao autismo e à doença inflamatória intestinal e a um aumento na prevalência do autismo (Wakefield AJ et al 1999; Fombonne E, 2001). Isto resultou numa queda grave nas taxas de imunização, (NHS 2001) apesar da evidência epidemiológica de falta de associação, (Fombonne E, Cook EH, 2003) e forte garantia do Departamento de Saúde e do Colégio Real de Pediatria e Saúde Infantil sobre a segurança da vacina MMR. Os pais de crianças com autismo continuam a expressar a opinião de que a profissão médica não leva a sério as suas preocupações sobre as possíveis causas do autismo. As “curas milagrosas” para o autismo, por exemplo, com a secretina, receberam ampla publicidade através da televisão e suscitaram enormes esperanças antes de serem colocadas no seu devido contexto por ensaios duplo-cegos que não confirmaram um efeito curativo. Consultamos revisões recentes, periódicos especializados e artigos recentes do Medline sobre o diagnóstico de autismo.

O autismo é um transtorno comportamentalmente definido, que é o ponto final de várias etiologias orgânicas. O número de crianças diagnosticadas com transtornos do espectro autista está aumentando por vários motivos. Um diagnóstico de autismo pode ser feito com segurança entre 2 e 3 anos de idade. O autismo não atende aos critérios de triagem, mas recomenda-se vigilância durante os anos pré-escolares. O diagnóstico é feito através da anamnese, concentrando-se na história do desenvolvimento e investigando sistematicamente os comportamentos centrais, e pela observação em vários ambientes.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, do tipo narrativa, que objetiva descrever sobre o autismo e seus níveis, sob o ponto de vista teórico, através de materiais que já foram publicados sobre o tema em questão, mediante análise e interpretação da literatura. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas em português e inglês; publicados no período de 2020 a 2024 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

A revisão foi realizada no período de janeiro de 2024 a abril de 2024, por meio de pesquisas nas bases de dados Biblioteca Virtual em saúde (BVS), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), *National Institutes of Health's Library of Medicine* (PubMed) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram utilizados os seguintes descritores: “Autismo”; “níveis”; “conceitos”; “diagnóstico” a fim de encontrar os artigos pertinentes ao assunto abordado. Após os critérios de seleção restaram 4 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: descrever os subtítulos ou pontos que foram mencionados na discussão.

## DISCUSSÃO

O autismo é um transtorno comportamentalmente definido, caracterizado por deficiências qualitativas na comunicação social, na interação social e na imaginação social, com uma gama restrita de interesses e comportamentos e maneirismos repetitivos, muitas vezes estereotipados. Hipossensibilidades sensoriais ou hipersensibilidades ao meio ambiente são características comuns. Os critérios para o diagnóstico de autismo estão estabelecidos na CID-10 (classificação internacional de doenças, 10ª revisão) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta edição (DSM-IV). Dois pontos importantes são essenciais para a compreensão desta estrutura de classificação.

Em primeiro lugar, embora o autismo seja definido comportamentalmente, é agora bem reconhecido como sendo o ponto final de várias etiologias orgânicas. Estes incluem insultos pré-natais, como infecção por rubéola, distúrbios metabólicos não tratados, como fenilcetonúria, anticonvulsivantes tomados durante a gravidez, lesões localizadas, como na esclerose tuberosa, e infecções pós-natais, como encefalite. No entanto, uma causa médica específica é encontrada apenas numa minoria de pessoas com autismo (6-10% dependendo do estudo), embora mais frequentemente naqueles com problemas de aprendizagem pronunciados (Fombonne E, 1999). A epilepsia ocorre mais frequentemente do que o habitual no autismo e foi uma das as primeiras indicações de que se tratava de um distúrbio neurobiológico e não causado pelo comportamento dos pais. Na maioria

das pessoas com autismo, os fatores genéticos desempenham um papel fundamental (Szatmari P, 2003). Estudos com gêmeos demonstraram que em gêmeos monozigóticos a probabilidade de concordância para o autismo é de 60%, com uma maior concordância para alguma deficiência social, em comparação com uma taxa muito menor em gêmeos dizigóticos. A taxa de perturbações do espectro autista em irmãos únicos é de 2-6%, um aumento acentuado acima das taxas populacionais (Rutter M et al, 1999). É provável que múltiplos genes estejam envolvidos e estudos de ligação identificaram possíveis genes candidatos nos cromossomas 2q, 7q, 16p e 19p. Nenhum gene candidato específico surgiu ainda.

O autismo tem sido associado a muitas anomalias citogenéticas, especialmente no cromossoma 15, e também é encontrado na síndrome do X frágil (Veenstra-Vanderweele J, Cook E, 2003). Embora se considere agora que o autismo é uma doença neurobiológica, os resultados de exames estruturais do cérebro não demonstraram consistência nos marcadores de diagnóstico. No entanto, a imagem funcional mostrou anormalidades no processamento facial (a área do núcleo fusiforme) em vários estudos. Em segundo lugar, apesar da base orgânica da doença, os critérios diagnósticos foram derivados através de consenso, em vez de serem baseados organicamente; não existe nenhum “teste” biológico para o autismo. Os limites de diagnóstico têm sido difíceis de definir, porque a manifestação das principais deficiências e comportamentos do autismo varia muito de pessoa para pessoa, como mostra a tabela (Wing L, 1988). Os sintomas variam em qualquer pessoa com autismo, e como o autismo é uma mudança no distúrbio do desenvolvimento ocorre ao longo do tempo (Wing L, 1988).

Os manuais de diagnóstico passaram por diversas revisões alterando os critérios para autismo e suas subcategorias, que são definidas de acordo com a idade e tipo de início, as características associadas e a gravidade das características principais (por exemplo, autismo ou transtorno autista, síndrome de Asperger). A tentativa de categorizar o que é essencialmente uma desordem dimensional é inevitavelmente problemática; a confiabilidade dos subgrupos varia entre os estudos, e sua relevância a longo prazo é incerta (Szatmari P, 2000). Muitos médicos acham que, embora o termo “transtorno do espectro autista” não apareça nem no DSM-IV nem no CID-10, ele é muito mais facilmente compreendido pelos pais e profissionais do que “transtornos invasivos do desenvolvimento”, que é a terminologia dos manuais de diagnóstico. Os dois termos são agora usados quase como sinônimos. A palavra “espectro” implica diversas dimensões que precisam ser descritas para fornecer uma imagem completa de um indivíduo.

O número de crianças diagnosticadas como tendo perturbações do espectro autista está a aumentar (Fombonne E, 2003). Estudos que investigam este fenómeno concluíram que vários fatores são responsáveis pelo aumento, por exemplo, mudar a conceptualização para um espectro em vez de uma condição categórica central; mudanças nos métodos diagnósticos; e a inclusão de crianças com distúrbios como transtorno de déficit de atenção

e hiperatividade, síndrome de Tourette ou esclerose tuberosa como também portadoras de transtorno do espectro autista. A prevalência do amplo espectro de transtornos do autismo (determinada com as ferramentas de diagnóstico atuais) é de aproximadamente cinco a seis por 1.000 em crianças mais novas. O grupo de trabalho do Reino Unido (Iniciativa Nacional para o Autismo: Triagem e Avaliação (NIASA) – publicado como Plano Nacional de Autismo para Crianças (Le Couteur A, Baird G, 2003), que revisou as evidências, utilizou esta estimativa como base para planejar serviços de diagnóstico e intervenção para crianças pequenas com autismo. A maioria dos estudos de prevalência foram realizados em crianças pequenas (4-5 anos de idade). Como algumas características do autismo podem ser mais óbvias nas crianças mais novas, a prevalência determinada pelo comportamento atual na adolescência ou na vida adulta pode ser diferente.

## **Identificação do autismo**

Até recentemente, o diagnóstico do autismo era frequentemente adiado até meados da infância, especialmente se o atraso de linguagem não estivesse presente (Howlin P, Moore A, 1997). Relatórios retrospectivos sugerem que a maioria dos pais identifica o início das primeiras preocupações por volta dos 18 meses de idade. No entanto, os primeiros vídeos feitos pelos pais por volta do primeiro aniversário podem mostrar as características da caixa 1, que discriminam a criança posteriormente diagnosticada como tendo autismo de outras crianças da mesma idade (Osterling J, Dawson G, 1994).

## **Características que podem discriminar crianças com autismo na primeira infância**

Falta de sorriso social, falta de expressão facial adequada, falta de atenção, interação social prejudicada; Ignorar as pessoas, preferência pela solidão, falta de contato visual, falta de gestos apropriados, falta de expressão emocional, olhar menos para os outros, apontar menos, mostrar menos objetos no segundo ano.

Sinais de alerta de possível transtorno do espectro autista (Le Couteur A, Baird G, 2003).

No primeiro ano de vida geralmente não há características discriminatórias claras, mas as preocupações dos pais devem ser suscitadas; Entre 2 e 3 anos de idade, preocupações nas seguintes áreas devem ser encaminhadas imediatamente.

## **Comunicação**

Prejuízo no desenvolvimento da linguagem, principalmente na compreensão; uso incomum da linguagem; resposta fraca ao nome; comunicação não-verbal deficiente – por exemplo, falta de apontar e dificuldade em seguir um ponto e incapacidade de sorrir socialmente para compartilhar prazer e responder ao sorriso dos outros.

## **Indicadores absolutos para encaminhamento**

Nenhum balbucio, apontar ou outro gesto até os 12 meses;

Nenhuma palavra única aos 18 meses;

Não há frases espontâneas (sem eco) de duas palavras até 24 meses;

Qualquer perda de qualquer habilidade linguística ou social em qualquer idade.

## **Deficiências sociais**

Limitação ou falta de imitação de ações (por exemplo, bater palmas); falta de exibição com brinquedos ou outros objetos; falta de interesse por outras crianças ou abordagens estranhas com outras crianças. Reconhecimento mínimo ou capacidade de resposta à felicidade ou angústia de outras pessoas; variedade limitada de jogos imaginativos ou fingimentos, especialmente imaginação social (isto é, não se juntar a outros em jogos imaginários partilhados), “no seu próprio mundo”; falha em iniciar brincadeiras simples com outras pessoas ou em participar de jogos sociais iniciais; preferência por atividades lúdicas solitárias; relacionamentos estranhos com adultos (muito amigáveis ou ignorados)

## **Prejuízo de interesses, atividades e outros comportamentos**

Excesso de sensibilidade ao som ou ao toque; maneirismos motores; morder, bater ou agredir colegas; oposição aos adultos; gosto excessivo pela mesmice ou incapacidade de lidar com mudanças, especialmente em ambientes não estruturados; brincadeiras repetitivas com brinquedos (por exemplo, alinhar objetos); ligar e desligar interruptores de luz, independentemente de apreensão.

## **Características que podem discriminar crianças com autismo na infância (Le Couteur A, Baird G, 2003)**

Nas crianças em idade escolar, as seguintes características devem alertar os professores e outros para a possibilidade de perturbação do espectro autista e desencadear a discussão com os pais e a possível implementação do caminho de encaminhamento local.

## **Dificuldades de comunicação**

Anormalidades no desenvolvimento da linguagem, incluindo mudez e prosódia estranha ou inadequada; Ecolalia persistente; Referência a si mesmo como “você”, “ela” ou “ele” além de 3 anos; Vocabulário incomum para a idade ou grupo social da criança; Uso limitado da linguagem para comunicação ou tendência a falar livremente apenas sobre tópicos específicos.

## Deficiências sociais

Incapacidade de participar das brincadeiras de outras crianças ou tentativas inadequadas de brincadeiras conjuntas (podem se manifestar como comportamento agressivo ou perturbador)

Falta de consciência das “normas” da sala de aula (criticar os professores; falta de vontade manifesta de cooperar nas atividades da sala de aula; incapacidade de apreciar ou seguir as tendências atuais – por exemplo, no que diz respeito ao vestuário, estilo de discurso ou interesses de outras crianças); Facilmente sobrecarregado por estímulos sociais e outros; Falha em se relacionar normalmente com os adultos (muito intenso ou nenhum relacionamento); Mostrando reações extremas à invasão do espaço pessoal e extrema resistência a ser “apressado”.

Estudos demonstraram que um diagnóstico de autismo pode ser feito com segurança entre os 2 e os 3 anos de idade, embora um diagnóstico do espectro autista mais amplo seja menos confiável nesta idade do que em crianças mais velhas (Charman T, Baird G, 2002; Stone WL et al. 1999). Os pais querem um diagnóstico o mais cedo possível, e algumas evidências mostram que uma intervenção precoce apropriada melhora os resultados. Além disso, o aconselhamento genético pode ser dado numa altura em que os pais estão a planear a sua família (Simonoff E, 1999).

O autismo, tal como outras perturbações do desenvolvimento, não cumpre os critérios de rastreio (Cochrane A, Holland W, 1969; Hall DMB, Elliman D, 2003). No entanto, recomenda-se a vigilância pela parceria entre pais e profissionais e uma resposta rápida às preocupações ao longo dos anos pré-escolares. Poucos estudos foram feitos sobre a sensibilidade de exames gerais de desenvolvimento ou testes de triagem específicos para autismo em populações totais. Num desses estudos, que utilizou o teste CHAT para rastrear uma população total com 18 meses de idade, o pessoal dos cuidados primários fez perguntas aos pais sobre comportamentos de apontar, mostrar e fingir e testou a criança para demonstrar esses comportamentos. No seguimento, a especificidade do teste foi elevada (97%), mas a sensibilidade foi demasiado baixa (35%) para permitir a recomendação para utilização como teste de rastreio para toda a população (Baird G et al. 2000). A maioria dos outros testes de “rastreio” do autismo foram utilizados. em grupos de crianças já em risco de problemas de desenvolvimento, nos quais tanto a sensibilidade como a especificidade são maiores.

As crianças mais gravemente afetadas (em termos de QI e de comunicação social) geralmente apresentam atraso de linguagem nos anos pré-escolares (menos de 5 anos). Crianças com melhor funcionamento tendem a ter uma apresentação comportamental por volta dos 4 ou 5 anos ou problemas sociais sutis no final da infância. O plano nacional para o autismo sugeriu que todos os profissionais em contacto com crianças em idade pré-escolar e escolar deveriam ter formação em autismo e os sinais de alerta que indicam

possível deficiência autista (Le Couteur A, Baird G, 2003). Os profissionais podem então discutir com os pais a possibilidade de um problema antes do encaminhamento. para serviços de segunda camada.

As preocupações sobre crianças mais capazes, ou aquelas com síndrome de Asperger ou o chamado autismo de “alto funcionamento”, podem não se desenvolver até que as crianças sejam expostas às maiores exigências sociais do ambiente escolar primário (Le Couteur A, Baird G, 2003). Algumas crianças podem até ter sido pensadas estar bem avançadas em seu desenvolvimento, devido aos seus interesses especiais ou vocabulário precoce.

O futuro quadro nacional de serviços para crianças enfatiza uma mudança para serviços centrados na criança e na família. Após avaliação e explicação, um relatório escrito para os pais e todos os profissionais relevantes é fornecido pela equipe avaliadora. Investigações adicionais são indicadas para algumas crianças. Deve ser elaborado um plano de ação para a família. Isto inclui acesso à informação (websites, grupos de pais), formação de pais (por exemplo, Early Bird26), estratégias de apoio à família (um papel de trabalhador-chave será provavelmente uma recomendação do quadro de serviço nacional) e um plano de ação para a criança . Os pais são claros sobre o que pretendem do processo de envolvimento com os serviços .

## **Diagnósticos diferenciais comuns**

Retardo mental ou dificuldade geral de aprendizagem; diferenciar o autismo mais a dificuldade de aprendizagem da dificuldade de aprendizagem isoladamente pode ser difícil em crianças muito pequenas ou com atraso profundo; falta de imitação, relacionamento social deficiente, olhar fixo e gestos indicam autismo

## **Distúrbio de linguagem**

As crianças que apresentam problemas de linguagem receptiva também podem ter habilidades lúdicas imaginativas limitadas e prejuízo social com os colegas.

## **Outros transtornos específicos do desenvolvimento**

Embora se pense que esteja particularmente associado à síndrome de Asperger, a falta de jeito ou a incoordenação (distúrbio de coordenação do desenvolvimento) podem ocorrer em qualquer um dos transtornos do espectro autista.

## **Outros distúrbios que causam dificuldade diagnóstica**

Os transtornos reativos de apego na infância após experiências precoces de privação emocional, como os dos adotados romenos, podem apresentar comportamentos sobrepostos, mas também diferenças em relação ao autismo.

Epilepsia de início precoce, síndrome de Rett ou doenças neurodegenerativas. Embora a investigação apoie a eficácia de uma série de intervenções, não existem provas que demonstrem que uma abordagem seja mais bem-sucedida do que outras (Howlin P, 1998). A ênfase tem sido colocada na eficácia das abordagens comportamentais e educacionais, e estão a surgir algumas evidências de que as intervenções direcionadas devem começar como o mais cedo possível.

Ter em conta os padrões comportamentais característicos das crianças com autismo, mostrando uma compreensão do que pode estar subjacente a esses comportamentos; Use uma abordagem estruturada e visual para o ensino; Foco no desenvolvimento de habilidades específicas e no aumento da comunicação e compreensão social; Promova a integração com pares.

## **Avaliação da intervenção**

Uma grande variedade de intervenções tem sido defendida para crianças com autismo; estes incluem programas Lovaas (análise comportamental aplicada), uso de imagens para comunicação expressiva (como no sistema de comunicação por troca de imagens), programas intensivos de exercícios (por exemplo, Higashi) e muitas outras técnicas complementares. Os terapeutas, geralmente financiados pelos serviços de saúde, mas que trabalham cada vez mais em ambientes educativos, estão sob pressão para demonstrar a eficácia do contributo terapêutico. Contudo, tal como acontece com muitas das experiências educativas de uma criança, os resultados são difíceis de medir. As escolas reconhecem agora as necessidades de aprendizagem holísticas da criança, incluindo o crescimento pessoal e emocional, bem como oportunidades para alargar as suas experiências, independentemente de ser feito um progresso mensurável no desenvolvimento.

## **Avaliação médica**

História médica e de desenvolvimento detalhada; Exame, incluindo luz de Wood, dismorfologia; Testes de audição e visão de rotina, com investigação audiológica adicional em caso de dúvidas sobre audição; Teste de chumbo quando histórico de pica; Hemograma completo ou filme para deficiência de ferro quando os hábitos alimentares são limitados; Cromossomos para cariótipo e X frágil apresentam atraso significativo de linguagem ou problemas de aprendizagem. Oferta de aconselhamento genético; Gene Rett quando há dificuldades de aprendizagem, regressão ou anormalidades sugestivas de fenótipo mais amplo; Considere testes de tireoide e fenilcetonúria se for improvável que você os tenha feito ao nascer; Não há evidências de eletroencefalografia rotineiramente no autismo, mas esteja alerta para sintomas flutuantes e use como ferramenta clínica na avaliação da epilepsia; Neuroimagem apenas para sinais neurológicos específicos; concentre-se na eletroencefalografia (às vezes) ou na tríade de grave dificuldade de aprendizagem, autismo e epilepsia.

Os jovens que conseguem gerir bem a situação até desenvolverem epilepsia difícil de controlar podem sofrer alterações consideráveis nas competências adaptativas. Da mesma forma, um jovem que desenvolve uma ansiedade aguda ou um transtorno obsessivo-compulsivo na adolescência pode ter necessidades de serviços muito diferentes daquelas previstas. O fácil acesso à prestação de serviços alterados é um objectivo das boas práticas.

Estudos sobre resultados no autismo sugerem que as características incapacitantes e o estilo cognitivo duram a vida toda e que o QI, particularmente o QI verbal, é um poderoso preditor da capacidade futura de realizar um trabalho e viver de forma independente (Howlin P, 2000). Os transtornos psiquiátricos associados podem ser tratados com sucesso com medicamentos – por exemplo, por exemplo, inibidores seletivos da recaptção de serotonina para transtorno obsessivo-compulsivo e ansiedade. Outras estratégias, incluindo a terapia cognitivo-comportamental, são menos investigadas, mas algumas evidências mostram que tanto a terapia cognitivo-comportamental como a utilização de histórias sociais podem ser benéficas, tal como o treino de competências sociais.

O que torna o autismo um desafio para os serviços é que a gama e o nível de função são muito variáveis (embora as características principais sejam semelhantes em todos) e, portanto, as necessidades de serviço variam em todos os tipos e locais de prestação de serviços disponíveis. É comum encontrar um adolescente com QI medido na faixa normal, mas cujas habilidades adaptativas funcionais estão na faixa de dificuldades de aprendizagem. As escolas frequentadas por crianças com autismo variam desde escolas regulares até internatos altamente especializados de 52 semanas. O cuidado integrado multiagências e ao longo da vida é o desafio. O objetivo dos profissionais deve ser atender às novas necessidades dos pais e das crianças em todas as idades e fases.

## Níveis do autismo

O autismo é categorizado em três níveis distintos; o Síndrome de Asperger nível 1, conhecido como autismo leve, mais comum em homens e quando não identificados na infância na idade adulta podem desenvolver ansiedade e depressão com mais facilidade. As crianças têm dificuldade em iniciar um relacionamento socialmente com outras pessoas e pode ter pouco interesse em interagir com outras pessoas. outros indivíduos, podem apresentar respostas atípicas ou até mesmo falhas nas aberturas social. Neste nível de autismo o nível de ajuda é pequeno, mas na ausência de apoio, os déficits causam perdas notáveis (FEZER, 2017; SOUZA, 2019).

Nível 2, categorizado por transtorno invasivo do desenvolvimento conhecido como autismo moderado, é caracterizado pelo fato de pessoas com esse tipo de autismo apresenta um nível de incapacidade um pouco mais grave nas relações sociais, tendo alguma sinais característicos como dificuldade de interação e de comunicação verbal e não verbal.

Mesmo com a presença de apoio, tendem a ter limitações nas interações sociais, têm dificuldade em mudar o foco de suas ações. Nestes casos é necessário um pouco mais de ajuda (SOUZA, 2019).

O nível 3, o último nível, é o próprio transtorno autista, caracterizado como autismo grave e pode perder habilidades de comunicação, interação social e linguística, com poucas chances de recuperação, pessoas diagnosticadas com este grau de autismo, exigem ainda mais apoio, apresentam défices muito mais graves em relação comunicação verbal e não verbal, dificuldades evidentes em iniciar algum tipo de interação social, que pode apresentar atraso cognitivo e deficiência intelectual, também é essas pessoas têm sérias dificuldades em lidar com as mudanças, o foco de suas ações e com comportamentos repetitivos (SOUZA, 2019; ZANON, 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado aplicado para pacientes com transtorno de espectro autista deve conter elementos cruciais como ouvir, entender e aplicar condutas importantes para a evolução da pessoa com TEA, independentemente do nível de complexidade e comprometimento da pessoa é profissional e a família deve manter o cuidado e a visão holística, analisando o indivíduo como um todo e aplicando boas maneiras de formar ética para que se promover o avanço na limitação de cada pessoa com transtorno de espectro autista. O indivíduo autista logo após seu diagnóstico deve estar cercado por pessoas dispostas a ajudar a ajudá-lo a entender o espectro, a equipe interdisciplinar com terapias psíquicas, ocupacionais e assistência clínica facilitam positivamente a maneira de lidar com o TEA.

## REFERÊNCIAS

Baird G, Charman T, Baron-Cohen S, Cox A, Wheelwright S, Drew A. A screening instrument for autism at 18 months of age: a six year follow up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39: 694-702. [PubMed] [Google Scholar]

Charman T, Baird G. Practitioner review: diagnosis of autism in 2-3 year old children. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;3: 289-306. [PubMed] [Google Scholar]

Cochrane A, Holland W. Validation of screening procedures. *Br Med Bull* 1969;27: 3-8. [PubMed] [Google Scholar]

FEZER, Gabriela Foresti et al. Características perinatais de crianças com transtorno do espectro autista. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 35, p. 130-135, 2017.

Fombonne E. The epidemiology of autism: a review. *Psychol Med* 1999;29: 769-86. [PubMed] [Google Scholar]

Fombonne E. The prevalence of autism. *JAMA* 2003;289: 87-9. [PubMed] [Google Scholar]

Fombonne E. Is there an epidemic of autism? *Pediatrics* 2001;107: 411-2.

Fombonne E, Cook EH. MMR and autistic enterocolitis: consistent epidemiological failure to find an association. *Mol Psychiatry* 2003;8: 133-4. [PubMed] [Google Scholar]

Hall DMB, Elliman D, eds. Health for all children. 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 2003.

Howlin P. Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome. *Autism: Int J Res Pract*2000;4: 63-83. [Google Scholar]

Howlin P, Moore A. Diagnosis in autism: a survey of over 1200 patients in the UK. *Autism: Int J Res Pract* 1997;1: 135-62. [Google Scholar]

Howlin P. Practitioner review: psychological and educational treatments for autism. *J Child Psychol Psychiatry*1998;39: 307-22. [PubMed] [Google Scholar]

Le Couteur A, Baird G, National Initiative for Autism: Screening and Assessment (NIASA). *National autism plan for children*. London: National Autistic Society, 2003. Available at [www.nas.org.uk/profess/niasa.html](http://www.nas.org.uk/profess/niasa.html)

NHS immunisation statistics, England: 2001 02. [www.doh.gov.uk/public/sb0218.htm](http://www.doh.gov.uk/public/sb0218.htm)

Osterling J, Dawson G. Early recognition of children with autism: a study of first birthday home video tapes. *J Autism Dev Disord* 1994;24: 247-59. [PubMed] [Google Scholar]

Rutter M, Silberg J, O'Connor T, Simonoff E. Genetics and child psychiatry: II empirical research findings. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40: 19-55. [PubMed] [Google Scholar]

Simonoff E. Genetic counselling in autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord* 1999;28: 447-56. [PubMed] [Google Scholar]

SOUZA, Amândio; GONÇALVES, Dalila; CUNHA, Daniele. Transtorno do Espectro Autista: Uma introdução. -, [S. l.], pág. 1-4, 2019.

Stone WL, Lee EB, Ashford L, Brissie J, Hepburn SL, Coonrod EE, et al. Can autism be diagnosed accurately in children under three years? *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40: 219-26. [PubMed] [Google Scholar]

Szatmari P. The classification of autism, Asperger's syndrome, and pervasive developmental disorder. *Can J Psychiatry*2000;45: 731-8. [PubMed] [Google Scholar]

Szatmari P. The causes of autism spectrum disorders. *BMJ* 2003;326: 173-4. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Veenstra-Vanderweele J, Cook E. Genetics of childhood disorders: autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*2003;42: 116-8. [PubMed] [Google Scholar]

ZANON, Regina Basso et al. Diagnóstico do autismo: relação entre fatores contextuais, familiares e da criança. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo, v. 1, pág. 152-163, abr. 2017.

Wakefield AJ, Murch SM, Anthony A, Linnell J, Casson DM, Malik M, et al. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet* 1998;351: 637-41. [PubMed] [Google Scholar]

Wing L. The continuum of autistic characteristics. In: Schopler E, Mesibov GB, eds. *Diagnosis and assessment in autism*. New York: Plenum Press, 1988.