

A história natural do autismo infantil em um hospital público pediátrico terciário: evoluções com atrasos globais do desenvolvimento, com regressão parcial e plena

The natural history of infantile autism in a tertiary pediatric public hospital: developments with global developmental delays with full and partial regression

Walter Camargos Jr¹, Thelma Ribeiro Noce²

DOI: 10.5935/2238-3182.20140045

RESUMO

O autismo é um transtorno comportamental, grave, caracterizado pelo início até 36 meses, com sintomas nas áreas de interação interpessoal, comunicação e comportamento e apresenta três formas de evolução: sempre com atraso no desenvolvimento psíquico, perda de alguma habilidade adquirida em base de atraso no desenvolvimento (regressão parcial) e regressão plena. **Objetivo:** pesquisar a frequência de cada forma de evolução. **Métodos:** estudo longitudinal em hospital público pediátrico terciário, durante 20 meses, em Ambulatório de Transtornos do Desenvolvimento, com primeira consulta até 48 meses. O DSM-IV foi utilizado como critério diagnóstico assim como as escalas do CARS e do próprio DSM-IV e foram feitas perguntas sobre regressões e atrasos no desenvolvimento, ou não, na evolução inicial do autismo. **Resultado:** das 86 crianças com sinais clínicos e escalas positivas para autismo, 74,4% sempre tiveram atrasos no desenvolvimento, 17,4% tinham histórico de atrasos no desenvolvimento com algum grau de regressão e somente 8,1% apresentaram histórico de regressão plena. **Conclusão:** todas as crianças que apresentam histórico de permanentes atrasos nos marcos do desenvolvimento psíquico devem ter o autismo como hipótese diagnóstica.

Palavras-chave: Transtorno Autístico; Prevalência; Evolução Clínica.

ABSTRACT

Autism is a behavioral severe disorder characterized by a start within 36 months of age, with symptoms in the areas of interpersonal interaction, communication, and behavior. It presents three forms of evolution: always with delay in psychic development, loss of some acquired skill on the basis of a delay in development (partial regression), and full regression. Objective: to research the frequency of each form of evolution. Methods: longitudinal study in a tertiary pediatric public hospital in an outpatient Developmental Disorders Clinic, during 20 months, with the first appointment within 48 months of age. The DSM-IV and the CARS and DSM-IV scales were used as diagnostic criteria; questions were asked about regressions and delays in development or not in the initial development of autism. Results: of the 86 children with clinical signs and positive scales for autism, 74.4% always showed delays in development, 17.4% showed a history of delays in development with some degree of regression, and only 8.1% presented a history of full regression. Conclusion: all children with a history of permanent delay in the milestones of psychic development should have autism as the diagnostic hypothesis.

Key words: Autistic Disorder; Prevalence; Clinical Evolution.

¹ Médico Psiquiatra. Mestre em Ciências da Saúde. Hospital Infantil João Paulo II da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Médica Neurologista. Mestre em Ciências Médicas Área Neurologia. Hospital Infantil João Paulo II da FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Recebido em: 16/03/2012

Aprovado em: 10/02/2014

Instituição:

Hospital Infantil João Paulo II-FHEMIG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:

Walter Camargos Jr

E-mail: waltercamargos@uaivip.com.br

INTRODUÇÃO

O termo autismo infantil¹ é hoje conhecido como o resultado da associação do autismo, propriamente dito, com retardo mental (RM), em algum grau, também nomeado como transtorno do espectro do autismo de baixo funcionamento (TEABF) *versus* transtorno do espectro do autismo de alto funcionamento quando não há RM como comorbidade. Estudos epidemiológicos mostram que a prevalência para todo o espectro do autismo é de 0,9%² a 1,5%,³ sendo que 70% dessa população apresentam RM também.⁴ O autismo infantil acomete mais os homens (4H: 1M), é considerado uma síndrome comportamental, tem início até os 36 meses de idade⁵, causa prejuízos qualitativos e quantitativos na interação social, na comunicação e apresenta comportamentos restritos, repetitivos e estereotipados.

São os sintomas na área da interação interpessoal que explicam o nome de “autismo”, que se manifesta como: comportamentos de menos interesse por pessoas em relação a objetos, maior no mundo interior/imaginário que no externo (das pessoas); o prejuízo é mais evidente em crianças da mesma idade e crianças desconhecidas, mas também pode ocorrer com familiares; menor frequência para olhar para as outras pessoas, às vezes evidente já nas mamadas ao seio e no cuidados dos primeiros meses de vida; a pouca resposta/reação ao ser chamado pelo nome, gerando a suspeita inicial e temporária de surdez, mesmo demonstrando que escutam músicas e propagandas. Também podem não demonstrar a emoção esperada à falta dos pais nem a seu retorno, assim como podem acompanhar ou ir para o colo de desconhecidos sem estranhamento; pouca procura por aconchego quando caem e se machucam; levam as pessoas pela mão para que estas peguem / façam o que querem (usam as pessoas como instrumento), etc.

A comunicação é prejudicada na dimensão verbal e não verbal. Há menos olhar para a mãe, familiares e cuidadores quando lhe dirigem a fala e mais interesse e respostas em outros sons como músicas; atraso na fala de palavras e frases; atraso no uso do pronome “eu”, sendo este sendo substituído pela terceira pessoa pronominal; pouco ou nenhum uso de fala comunicativa com objetivo de interação como para pedir e conversar, mas pode cantar – fala sem diálogo; ecolalia (repetição de palavras, frases ouvidas, diálogos de vídeos); sonorização contínua ou episódica que não tem o objetivo de interação; estereotipias verbais (ex-

pressão de sons ou palavras de forma automática e sem finalidade aparente), entre outros sinais.

Na comunicação não verbal encontra-se ausência ou atraso na comunicação protoimperativa (apontar o que quer) e protodeclarativa (apontar para mostrar), assim como no uso dos sinais sociais (abano de mão para despedida, polegar estendido para cima – “legal”, bater palmas, etc.); menos demonstração de mímica facial nos momentos de interação (“meu filho/a é muito sério”); menos demonstração de mímica de satisfação após as mamadas; mímica discordante entre verbalização e atos, como um abraço/beijo sem a mímica afetiva esperada; posturas corporais estereotipadas; andar desajeitado ou extravagante; entre outros sinais.

Em relação aos comportamentos, podem-se identificar: hiperatividade ou passividade incomum; birras, nervosismo e risos sem motivo específico; hipersensibilidade com sinais de desgosto a sons abruptos como buzinas, fogos de artifício, liquidificador e aspirador, etc.; autoagressividade como morder a mão e bater a cabeça no chão; estereotipias motoras (a mais frequente é bater os braços como se fossem asas – “flapping”); intenso prazer ao ver objetos rodando e luminosos; enfileirar objetos de acordo com cor e tamanho; carregam e se agarram a objetos que não têm alguma função aparente como barbantes, papéis, pauzinhos; uso não funcional dos brinquedos (em vez de brincar de carrinho fica girando sua roda); interesses específicos e estranhos a formas, odores, textura ao tato, paladar (p. ex.: limão, pimenta), levando essas crianças a pegar, cheirar ou lamber tudo; um brincar muito atrasado para a idade (p. ex: menino de sete anos que fica o dia todo brincando de colocar e tirar areia do balde); diminuição da noção de perigo; adesão a rotinas nas tarefas; alterações de sono; ausência de apelos para se alimentar ou seu oposto; entre outros comportamentos.

Olhando esses sinais pelo viés do desenvolvimento, são evidentes os atrasos dos marcos do desenvolvimento psíquico como, por exemplo, crianças de cinco anos apresentam respostas parecidas com bebês, tanto na qualidade quanto na quantidade das respostas em todas as três dimensões afetadas (interação, comunicação e comportamento).

É importante lembrar que a deambulação (marco do desenvolvimento motor) é quase que um pré-requisito do desenvolvimento psíquico e sua falta impede a aquisição e/ou evidência de várias habilidades psíquicas, algumas das quais são pesquisadas nas escalas diagnósticas, tanto do *Diagnostic and Statistical*

*Manual of Mental Disorders IV*⁶ (DSM-IV) (itens A.1.b., A.2.d. e A.3.a) quanto do *Childhood Autism Rating Scale* (CARS)⁷ (itens 4, 5 e 13). Ou seja, a falta no andar prejudica a confiabilidade das escalas, além da indicação de um transtorno neurológico.

A história natural de instalação do autismo infantil ocorre em três formas⁸: sempre com atraso no desenvolvimento e com melhora progressiva; iniciando com atrasos no desenvolvimento e apresentando regressão parcial (perdas de algumas habilidades), desenvolvimento normal com regressão plena (perda de muitas habilidades do desenvolvimento já alcançadas, como interação e comunicação) sem/com instalação do quadro de autismo após quadro de base orgânico incontestável como AVC, TCE, *status epilepticus*, meningite, etc. A forma mais divulgada pela mídia leiga^{9,10} é a regressão plena e isso prejudica o diagnóstico precoce. A maioria das citações encontradas na literatura sobre esse assunto é inespecífica, sem discriminação da ocorrência de regressão parcial ou total. Regressões foram encontradas em 23,9% de casos por Parr *et al.*¹¹; entre 20 e 33% por Chawarska *et al.*¹²; 19% Fombonne¹³; e 22% por Meilleur e Fombonne¹⁴. Há um único autor¹⁵ que relata que mais de 50% dos casos de regressão sempre tiveram atrasos no desenvolvimento.

O objetivo deste estudo é avaliar qual é a real proporção de ocorrência dessas três formas, separadamente, de instalação do autismo infantil. A hipótese dos autores é que a forma que ocorre sempre associada a atrasos no desenvolvimento tem maior prevalência.

METODOLOGIA

É um estudo transversal e foi realizado num hospital pediátrico público, terciário e reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura como hospital-escola.

Foram avaliadas, pelos autores, as crianças atendidas em consultas eletivas no Ambulatório de Transtornos Complexos do Desenvolvimento Infantil do Hospital Infantil João Paulo – II (HIJP-II) / Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) no período de novembro de 2009 a junho de 2011 com idade de até 47 meses agendados por demanda espontânea.

Os critérios de inclusão foram: apresentarem quadro clínico de autismo infantil; confirmação diagnóstica pelas escalas do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*⁶ (DSM-IV) e do *Childhood Autism Rating Scale* (CARS)⁷ aos 36 meses de idade,

concordância e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos responsáveis.

Os critérios de exclusão foram: pais/responsáveis que não possuíam capacidade para entender as perguntas formuladas; os que evoluíram no desenvolvimento o suficiente para não mais positivarem nas escalas do DSM-IV e do CARS até os 47 meses; quadros clínicos com evidências incontestáveis de causas neuro-orgânicas (que poderiam gerar atrasos significativos no desenvolvimento); os que não deambulavam e os menores de 24 meses de idade.

Paralelamente ao diagnóstico foi pesquisado sobre a história de instalação do quadro de autismo infantil a partir de um breve questionário.

INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados foram as duas escalas diagnósticas, DSM-IV (6) e a CARS⁷ e um breve questionamento dos pais/responsáveis sobre as características evolutivas do autismo antes dos 36 meses de vida da criança. O marco dos 36 meses de idade é dado como um dos critérios da DSM-IV para o diagnóstico, em que a criança já deve ter apresentado prejuízos qualitativos e quantitativos compatíveis com o autismo infantil. De outro lado, ao se atender crianças com idades muito superiores aos 47 meses de idade, é muito comum que os familiares já não tenham a precisão das informações do processo de instalação do quadro clínico, que é o objetivo da pesquisa.

Foi perguntado aos pais como havia ocorrido a instalação do quadro de autismo, de forma detalhada, com foco nas três possibilidades a seguir:

- se o desenvolvimento sempre fora atrasado;
- se houve alguma habilidade normal que foi perdida, como conversar (falar com intenção de comunicar); uso de sinais sociais intencionais – acenar, levantar o polegar para cima; apontar para comunicar seu desejo e para mostrar como forma de compartilhar, etc.; mas em variedade e quantidade evidentemente menores que o normal. Ecolalia (repetição de palavras e frases), repetir números e letras não foram considerados habilidade normal prévia;
- se houve desenvolvimento normal com regressão plena e, caso tenha ocorrido, se houve quadro neurológico evidente precedendo a regressão do desenvolvimento.

Foi realizada avaliação neuropediátrica clínica para certificar sobre possível base orgânica evidenciável que pudesse explicar o atraso no desenvolvimento melhor que o autismo em si.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, registrado no SISNEP e todos os pais/responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Durante os 20 meses de estudo foram atendidos 106 pacientes (84 homens e 22 mulheres). Desse grupo, foram excluídos 20 pacientes, resultando em 79 homens e sete mulheres com mediana da idade de 36 meses de idade, em que todos apresentavam critérios clínicos de autismo infantil e a confirmação pelas escalas diagnósticas da DSM-IV e do CARS.

As características clínicas do grupo excluído são: quatro (2M: 2F) não apresentavam quadro clínico de autismo infantil; quatro meninos evoluíram ao ponto de não mais positivarem nas escalas aos 48 meses; três meninos eram menores de 24 meses; dois meninos e uma menina não andavam; um menino tinha síndrome de West; duas meninas tinham microcefalia; uma tinha hipótese diagnóstica de síndrome de Rett e a outra de erros inatos do metabolismo; e havia um menino que foi excluído por dúvida sobre presença ou não de transtorno causador de atraso no desenvolvimento.

No referente às três formas evolutivas, 74,4% (53M: 11F) sempre tiveram atrasos no desenvolvimento, 17,4% (12M: 3F) tiveram regressão parcial em base deficitária de desenvolvimento e somente 8,1% (6M: 1F) foram aqueles que apresentavam histórico de regressão plena (Tabela 1).

Tabela 1 - Comparação entre as três formas evolutivas

	Masc.	%	Fem.	%	Total	%
Sempre com atraso	53	61,6	11	14	64	74,4
Regressão parcial	12	14	3	2,3	15	17,4
Regressão plena	6	7	1	1,2	7	8,1
	71	82,6	15	17,4	86	100

Numa visão mais pragmática foram encontrados 91,8% (65M:14F) com história de atrasos no desenvolvimento (soma do resultado do grupo que sempre apresentou atrasos no desenvolvimento com o grupo de regressão parcial) e somente 8,1% (6M: 1F) tinham histórico de regressão plena.

No grupo dos que evoluíram com regressão parcial foi encontrado um fato novo durante a pesquisa, que foram as importantes mudanças ambientais no histórico cronologicamente concomitante precedente à instalação da regressão parcial, como mudança de casa, de babá, nascimento de irmão, falecimento de pessoas com quem convivia intensamente, pai que foi trabalhar em outra cidade e não estava presente na mesma frequência, etc. Dos 15 pacientes desse grupo foram encontrados tais informações em seis crianças (cinco em 12 meninos e uma em três meninas), sendo que nos primeiros exames tal questão não foi pesquisada.

DISCUSSÃO

O quadro clínico do autismo infantil em crianças acima de cinco anos já é bem reconhecido pelos profissionais médicos e é importante que sua história natural também o seja para que a suspeição ocorra mais cedo, assim como o diagnóstico. Este é o primeiro trabalho que pesquisou separadamente os três tipos possíveis de evolução inicial do autismo infantil.

Comparando a frequência global dos eventos regressivos do resultado encontrado nesta pesquisa, que são 25,5% (17,4% adicionado a 8,1%) da amostra com os da literatura, foram obtidos resultados similares, entre 20 e 33%, sendo que a que mais se aproxima é a de Parr¹¹ – 23,9%.

Mais importância prática tem o fato de que 91,8% da população pesquisada e com AI evolui com graves atrasos psíquicos (interagir; comunicar; brincar, etc.) até que o diagnóstico seja firmado. Essa informação é importante para a saúde pública do país, pois com o foco nos atrasos do desenvolvimento psíquico os diagnósticos precoces seriam possíveis e, se associados aos tratamentos adequados e com atuação terapêutica mais rápida, haveria mais possibilidade de melhora clínica e, conseqüentemente, custo psicológico, financeiro e social mais baixo, tanto para as famílias quanto para o Estado, notadamente para a população de nível social mais baixo.¹⁶

Esse resultado (8,1%) vai contra o discurso de grande número de famílias e da mídia^{9,10} de que a

instalação do AI, em sua maioria, ocorre como regressão total.

Outro ponto de relevância em discussão é que todos os profissionais da saúde, médicos ou não, podem suspeitar desse transtorno a partir do conhecimento dos marcos do desenvolvimento psíquico. Esse procedimento também pode ser auxiliado por escalas de suspeição¹⁷ ou diagnósticas e está mais afeita à Pediatria que à área da Psiquiatria infantil, não havendo, portanto, necessidade de ter formação em Psiquiatria da infância para a suspeição e mesmo para formular a hipótese diagnóstica.

A pouca idade que as crianças tinham no decorrer da pesquisa quando foram colhidas as informações sobre a instalação do quadro certamente favoreceu a precisão do resultado.

Esses resultados também mostram que a hipótese inicialmente levantada pelos autores estava correta, estando a maior prevalência da história natural do autismo infantil associada a atrasos no desenvolvimento.

A novidade do achado da concomitância de evolução de regressão parcial e modificações importantes no ambiente é perfeitamente compreensível, já que dificuldades na adaptação a mudanças de rotinas fazem parte do quadro clínico e são contempladas com itens específicos na DSM-IV (A.3.b.) e no CARS (item n.6), frequentemente gerando distúrbios/mudanças comportamentais evidentes para essa população. Como isso não fazia parte dos objetivos iniciais da pesquisa, há prontuários em que essa informação não está claramente escrita, o que significa que esse número pode ser mais alto.

CONCLUSÃO

O resultado mais importante da pesquisa é a necessidade da hipótese de o autismo infantil ser pensada sempre que o paciente apresente histórico de atrasos nos marcos psíquicos do desenvolvimento da interação intersocial, da comunicação e do brincar. Essa informação é também relevante na implantação de políticas públicas de saúde, já que é sabido que o tratamento da pessoa com autismo possui características e necessidades específicas e bem mais complexas que a da população afetada somente por retardo mental.¹⁶

Estudos de maior complexidade são necessários para comprovar e complementar os resultados deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Camargos W, Ribeiro T. Autismo Infantil. In: Fonseca L, Pianetti G, Xavier C, editors. *Compêndio de Neurologia Infantil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2011.
2. Prevalence of autism spectrum disorders: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. *MMWR Surveill Summ*. 2009 Dec 18; 58(10):1-20.
3. Baron-Cohen S, Scott FJ, Allison C, Williams J, Bolton P, Matthews FE, et al. Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *Br J Psychiatry*. 2009 Jun; 194(6):500-9.
4. Fombonne E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *J Autism Dev Disord*. 2003 Aug; 33(4):365-82.
5. Organização Mundial de Saúde-OMS. CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª Rev. Brasília: OMS; 1987.
6. Association AP, editor. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4ª ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
7. Pereira A, Riesgo R, Wagner M. Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. *J Pediatr (Rio J)*. 2008; 84(6):487-94.
8. Yirmiya N, Ozonoff S. The very early autism phenotype. *J Autism Dev Disord*. 2007; 37(1):1-11.
9. MTV. MTV Autismo. 2011 [Citado em 2011 dez. 20]. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=mNab1gzly1o>.
10. Recuperados del autismo: la historia de Carlos Julián 1/2 [Citado em 2011 ago. 15]. Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=8Vxp4g_E_qk&feature=related.
11. Parr JR, Le Couteur A, Baird G, Rutter M, Pickles A, Fombonne E, et al. Early developmental regression in autism spectrum disorder: evidence from an international multiplex sample. *J Autism Dev Disord*. 2011 Mar; 41(3):332-40.
12. Chawarska K, Paul R, Klin A, Hannigen S, Dichtel LE, Volkmar F. Parental recognition of developmental problems in toddlers with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2007 Jan; 37(1):62-72.
13. Fombonne E, Heavey L, Smeeth L, Rodrigues LC, Cook C, Smith PG, et al. Validation of the diagnosis of autism in general practitioner records. *BMC Public Health*. 2004 Mar 3; 4:5.
14. Meilleur AA, Fombonne E. Regression of language and non-language skills in pervasive developmental disorders. *J Intellect Disabil Res*. 2009 Feb; 53(2):115-24.
15. Ozonoff S, Williams BJ, Landa R. Parental report of the early development of children with regressive autism: the delays-plus-regression phenotype. *Autism*. 2005 Dec; 9(5):461-86.
16. Camargos JW. *Custo familiar com autismo infantil*. Belo Horizonte: Autor; 2010.
17. Losapi M, Ponde M. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008; 30(3):221-9.