

**FELLIPE MIRANDA LEAL**

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,  
Santos, SP, Brasil.*

**MILENA STANCKA**

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,  
Santos, SP, Brasil.*

**RACHEL CRISTINA RIBEIRO GIACOIA**

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,  
Santos, SP, Brasil.*

*Recebido em novembro de 2023.  
Aprovado em dezembro de 2023.*

## TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): UMA REVISÃO DE ASPECTOS DE SEU DIAGNÓSTICO NO BRASIL

### RESUMO

**Introdução:** O transtorno do espectro autista (TEA) atualmente é entendido como distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por déficit na comunicação social e padrões restritos e repetitivos de comportamentos que podem ser manifestados nos primeiros meses de vida. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi revisar a idade em que os diagnósticos de TEA são realizados no Brasil, assim como os fatores que postergam esse diagnóstico, com a finalidade de estabelecer um perfil epidemiológico e possibilitar diagnósticos mais precoces. **Metodologia:** Essa revisão sistemática da literatura utilizou as bases dados PubMed, LILACS e SciELO e encontrou 4 artigos que respondiam às perguntas desta revisão. **Resultados:** Como resultado obteve-se uma média de diagnósticos ocorrendo aos 5 anos de idade, com grande variabilidade entre a idade mais precoce e mais tardia de diagnóstico. Nenhum estudo diferenciou os indivíduos de acordo com sua etnia. Fatores econômicos e educacionais não foram apresentados em relação direta com a idade de diagnóstico e idades parentais e grau de escolaridade familiar tiveram grande variação entre os estudos. Dois artigos apresentaram uma média de 3 anos entre a primeira percepção de sinais relacionados ao TEA e a definição diagnóstica. **Conclusão:** Estudos internacionais conseguiram obter uma média de idade de diagnóstico de TEA inferior à identificada no Brasil, porém com média de tempo similar entre a identificação de sinais e diagnóstico. Fatores sociais e econômicos não parecem ter impacto na idade de diagnóstico, enquanto políticas públicas próprias de cada país ainda merecem mais investigação.

**Palavras-Chave:** autismo. transtorno do espectro autista. idade de diagnóstico. diagnóstico precoce. aspectos étnicos. epidemiologia.

## AUTISM SPECTRUM DISORDER (ASD): A REVIEW OF ASPECTS OF ITS DIAGNOSIS IN BRAZIL

### ABSTRACT

**Introduction:** Autism spectrum disorders (ASD) are currently understood as a neurodevelopmental disorder characterized by deficits in social communication and restricted and repetitive patterns of behavior that can be manifested in the first months of life. **Objectives:** The objective of this study was to review the age at which ASD diagnoses are made in Brazil, as well as the factors that delay this diagnosis, in order to establish an epidemiological profile and enable earlier diagnoses. **Methodology:** This systematic literature review used the databases PubMed, LILACS and SciELO and found 4 studies that answered the questions of this review. **Results:** As a result, an average of diagnoses occurring at 5 years of age was obtained, with great variability between the earliest and later age of diagnosis. No studies differentiated individuals according to their ethnicity. Economic and educational factors were not presented in direct relation to age of diagnosis, and parental ages and level of family education had great variation between studies. Two articles showed an average of 3 years between the first perception of signs related to ASD and the diagnostic definition. **Conclusion:** International studies were able to obtain a mean age at diagnosis of ASD lower than that identified in Brazil, but with a similar mean time between the identification of signs and diagnosis. Social and economic factors do not seem to have an impact on age at diagnosis, while public policies specific to each country still deserve further investigation.

**Keywords:** autism spectrum disorders. age of diagnosis. early diagnosis. etnical aspects. epidemiology.

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa

Rua Dr. Armando de Salles Oliveira, 150  
Boqueirão - Santos - São Paulo  
11050-071

<http://revista.lusiada.br/index.php/ruep>  
[revista.unilus@lusiada.br](mailto:revista.unilus@lusiada.br)

Fone: +55 (13) 3202-4100

## INTRODUÇÃO

O autismo, também conhecido como transtorno do espectro autista (TEA), é uma condição de base etiológica desconhecida, cujo diagnóstico é crescente, o que pode ser explicado pela maior exposição do assunto na mídia e pelo aumento de publicações científicas sobre o assunto (JOHNSON, 2007). A não existência de exames de laboratório ou de imagem que indiquem a presença do transtorno condiciona a história clínica e avaliação do comportamento como determinantes para o seu diagnóstico.

Sua primeira descrição, realizada pelo psiquiatra Paul Eugen Bleuler em 1908 (LIBERALESSO, 2020), fazia destaque à preponderância de pensamentos altamente idiossincráticos, observando semelhanças ao diagnóstico de esquizofrenia. Credita-se a Leo Kanner (1943) a definição clássica do termo em seu trabalho “Distúrbios autísticos do contato afetivo” (KANNER, 1943). Neste, a partir da análise de onze casos com patologia grave, ele descreve uma apresentação clínica em que, além da incapacidade para estabelecer contato afetivo, existia a presença de comportamentos obsessivos, ecolalia e estereotipia. Já numa definição mais atual, o autismo é entendido como um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por déficit na comunicação social e padrões restritos e repetitivos de comportamentos (APA, 2014).

Desde a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-V (APA, 2014), confirma-se o diagnóstico de TEA quando seus sinais estão presentes em uma idade precoce, mesmo que possam se manifestar por completo somente quando as necessidades sociais excedem a capacidade de resposta do indivíduo. Dessa forma, não se faz mais necessária apresentação aparente antes dos 3 anos, presente em edições anteriores, tornando o diagnóstico mais irrestrito (HALFON & KUO, 2013). A Classificação Internacional de Doenças, em sua 11ª edição (WHO, 2019), aproxima-se do DSM-V, mas avança por destacar diferentes níveis do comprometimento nos campos da linguagem funcional e do desenvolvimento intelectual, transmitindo assim, em cada subdiagnóstico, o seu grau de severidade e suas limitações.

É preciso levar em conta a existência de críticas contundentes em relação aos manuais diagnósticos, em específico ao americano, o DSM. Allen Frances, professor estadunidense que presidiu a força tarefa para elaboração da quarta edição do DSM, expôs duramente suas preocupações em relação ao rumo tomado na construção deste novo manual e como a psiquiatria atual vem reduzindo cada vez mais os espaços da normalidade na nossa vida contemporânea (FRANCES, 2016).

O manual não necessariamente auxilia os profissionais a aproximarem seus discursos, mas facilita que suas ações enveredem para uma clínica patologizante do indivíduo. A reorganização de critérios trazendo uma chance maior para o diagnóstico, excluindo limitações anteriormente determinadas, vai de encontro com essa crítica, não só no caso do autismo, mas também de outros comprometimentos – como o TDAH, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (ARAÚJO & LOTUFO-NETO, 2014).

Deste modo, os autores deste trabalho assinalam também essa crítica, que incide em como os fluxos de acesso ao tratamento no Brasil se dão no âmbito da Saúde Mental, ou seja, serem diagnóstico-dependentes e não pautados em torno da funcionalidade de cada um, o que faria com que de fato as pessoas mais necessitadas acessassem mais rapidamente o tratamento (CABRAL, 2021). Somente por esse motivo, que como consequência concentra o olhar das políticas públicas no indivíduo doente e não na problemática ampliada dele no seu contexto, é que procurar a precocidade do diagnóstico faz-se necessário.

Em trabalho recente, há o alerta para o crescimento vertiginoso da prevalência do diagnóstico de TEA no Brasil, sendo apontado que este passou englobar manifestações sintomáticas anteriormente descritas como outras doenças e destaca o campo social como fenômeno para sua popularização, demonstrando a necessidade de ampliação desse debate (ALMEIDA & NEVES, 2020).

Para auxiliar a detecção de TEA, o cartão da criança do Ministério da Saúde do Brasil incluiu, em sua terceira edição, a escala M-CHAT-R/F (ROBINS et al, 2009) um questionário de alta sensibilidade que avalia o comportamento da criança entre 16 e 30 meses. Há outras ferramentas que podem ser utilizadas para rastreamento por profissionais da saúde, porém estudos ainda apontam para uma escassez de instrumentos para rastreamento de sinais precoces do autismo no Brasil (SEIZE & BORSA, 2017).

Muitas pesquisas tentam relacionar aspectos pré-natais ao desenvolvimento da doença. Em um estudo caso-control realizado no Brasil, relaciona idade dos genitores no momento do parto e sua associação com o autismo, concluindo que as idades materna e paterna podem ser fatores de risco quando avaliadas em modelos independentes. Em um mesmo modelo, apenas idade materna era apontada como diferencial, assim como a maior incidência do diagnóstico quando ambos apresentavam idades avançadas (ALVES-MAIA et al, 2018).

Em outro estudo, buscou-se relacionar o desenvolvimento físico e crescimento ao autismo. Foram avaliadas 120 crianças já com o diagnóstico. Obteve-se o resultado de um padrão normal de crescimento até momento próximo à puberdade em meninos entre 4 e 15 anos, seguido de uma queda na taxa de crescimento. Sugere-se uma possível relação entre o uso de medicações psicotrópicas e status ponderal, considerando a necessidade de estudos longitudinais para avaliar a relação com atividade física, seletividade alimentar e ingestão dietética nesse grupo (TOSCANO et al, 2019).

Segundo um trabalho de revisão sistemática acerca do autismo no Brasil, o principal fator estressante para famílias com crianças diagnosticadas com TEA foi a demora no diagnóstico, demonstrando o valor social a ele creditado (GOMES, 2015).

Assim como nos EUA existe o “Autism and Developmental Disabilities Monitoring” (ADDM), criado pelo “Center of Diseases Control and Prevention” (CDC), que reuniu dados sobre a prevalência de TEA nesse país (CDC, 2010), mesma iniciativa no Brasil, em que se leve em conta seu perfil étnico e demográfico auxiliaria em muito o cuidado a essa população.

Assim, uma vez que o TEA pode se manifestar já nos primeiros meses de vida, é necessário melhor caracterizar o momento em que esses diagnósticos são assinalados, para assim dimensionar com que frequência ocorrem diagnósticos mais tardios. Igualmente importante é entender quais fatores estão relacionados a esse atraso, sejam eles do âmbito social, étnico, médico ou econômico, com a finalidade de melhor qualificar esse diagnóstico e aprimorar políticas públicas.

## OBJETIVOS

Esse trabalho tem por objetivo revisar artigos que abordam o diagnóstico de TEA no Brasil e, em específico, que apresentam dados que possibilitem apontar a idade em que esse diagnóstico é assinalado. Compreender em que momento o diagnóstico é realizado visa traçar um perfil epidemiológico direcionado para a população brasileira e estabelecer situações e condições que o influenciam, discutir a melhor qualificação do mesmo e assim auxiliar no direcionamento do tratamento mais adequado, no melhor momento de seu início e num prognóstico mais favorável.

## METODOLOGIA

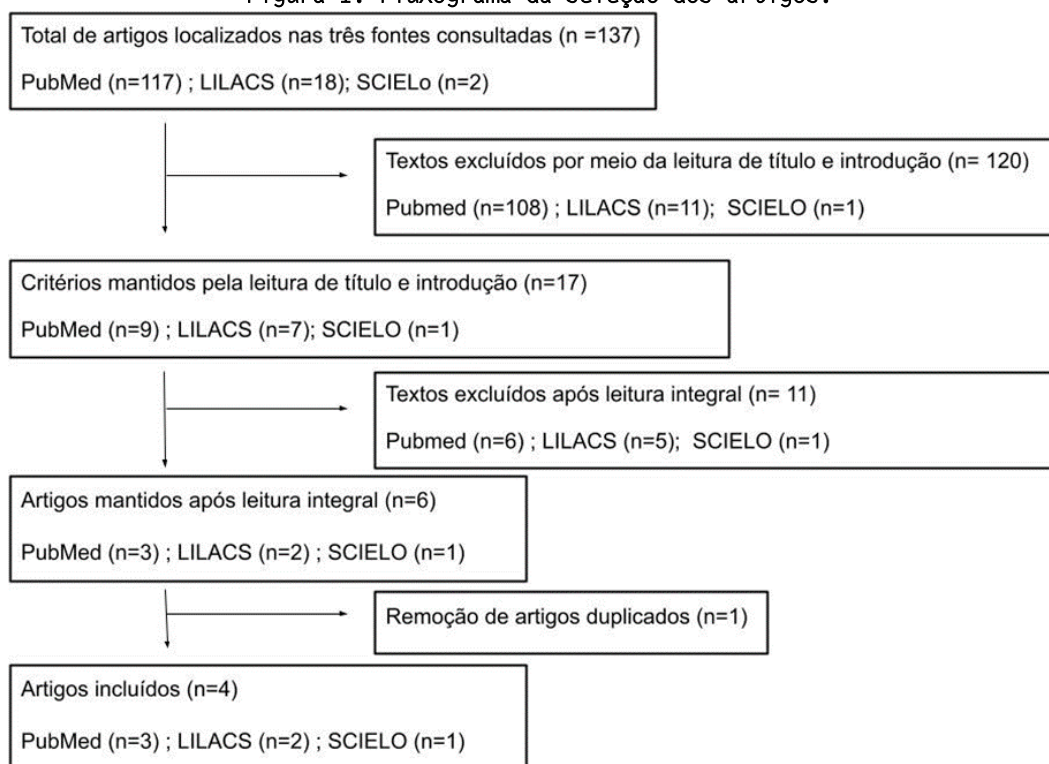
Existe relação entre a idade de diagnóstico do transtorno do espectro autista e aspectos étnicos e socioeconômicos desta população no Brasil? A partir desta questão, elaborou-se estratégia de pesquisa com os seguintes descritores: “Autistic Disorders” OR “Kanner Syndrome” OR “Autism” OR “Autism Spectrum Disorder” AND “Brazil” OR “Brazilian” OR “Brasil” AND “Age of Diagnosis” OR “Diagnostic Age” OR “Late Diagnosis” OR “Early Diagnosis”. As bases utilizadas para a pesquisa foram PubMed, LILACS e SciELO. A busca por publicações foi realizada em julho de 2022, foram incluídos trabalhos

publicados em inglês e português, sem restrição sobre data de publicação. Trabalhos que não mencionaram a idade de diagnóstico ou fatores sociais e socioeconômicos do mesmo foram excluídos.

Em uma primeira etapa os trabalhos foram excluídos por meio da leitura do título e resumo. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra, possibilitando que temas que não se enquadrassem na revisão também fossem excluídos.

Assim, inicialmente foram localizados 117 artigos no PubMed e, desses, 108 foram excluídos na primeira etapa, mantendo-se 9 artigos para leitura completa. Destes, dois artigos foram selecionados ao final da leitura integral. Na plataforma LILACS, 18 artigos foram obtidos com a busca inicial, sendo reduzidos para 7 por meio da leitura de título e resumo. Em seguida, 3 desses artigos foram incluídos na revisão. Dois artigos foram recuperados com utilização da plataforma SciELO, porém já tinham sido apresentados nas outras plataformas, um sendo relevante para a revisão e o outro excluído. Um dos artigos que preencheu os critérios de inclusão foi encontrado nas três plataformas utilizadas. Por fim, 4 trabalhos foram mantidos nesta estratégia de levantamento bibliográfico. O fluxograma desta seleção pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos.



Ao final, as informações relevantes para discussão, obtidas nos 4 artigos selecionados, foram sintetizadas e organizadas em uma tabela comparativa (Tabela 1).

Tabela 1. Tabela comparativa dos artigos selecionados.

TÍTULO	AUTORES	ANO	REVISTA	METODOLOGIA	PRIMEIROS SINAIS	IDADE DIAGNÓSTICO	RESULTADO
1 Detecção dos transtornos invasivos na criança: perspectiva das mães	Maria Rita Braga, Lazslo Antonio Ávila	2004	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Entrevistas com 20 mães de crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento	Percebidos por: 75% famílias (40% desses mães), 25% profissionais da saúde e educação. Uso de instrumentos para avaliação do desenvolvimento infantil: 50% das mães informaram não ter sido utilizado, 35% não souberam, 15% sim.	5% diagnóstico com 1 ano; 15% diagnóstico com 2 anos; 10% diagnóstico com 3 anos; 20% diagnóstico com 5 anos; 25% diagnóstico com 7 anos; 20% diagnóstico com 10 anos Aos 3 anos apenas 30% das crianças haviam sido diagnosticadas.	Diagnósticos > 3 anos (maioria): pode estar relacionado às dificuldades encontradas pelos profissionais, devido ao grau variado de severidade desses transtornos
2 Barriers to early identification of autism in Brazil	Sabrina H Ribeiro, Cristiane S de Paula, Daniela Bordini, Jair J Mari, Sheila C Caetano	2017	Brazilian Journal of Psychiatry	Entrevistas com 19 mães de crianças diagnosticadas TEA.	Mães tiveram as primeiras preocupações quando a criança tinha uma média de 23,6+ 11,6 meses (entre 2 e 48 meses). 68,4% das mães tiveram a preocupação antes dos 2 anos de idade.	Idade média de diagnóstico: 59,6 +- 40,5 meses (entre 24 e 192 meses)	Atraso de 3 anos entre a preocupação inicial das mães e o diagnóstico
3 O perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de transtorno do espectro autista atendida por um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade do Sul do Brasil	Carla Cecilia Rocha, Sara Mariane Velasques de Souza, André Felipe Costa, João Rodrigo Maciel Portes	2019	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Análise de 685 prontuários de crianças entre 0 e 12 anos com suspeita de TEA	Procura pelo serviço nos quatro primeiros anos de idade foi predominante, 45,6%  Sinais que motivaram encaminhamento: déficits de linguagem (58,8%). Comportamentos externalizantes (56,9%) e internalizantes (49,5%)	A média de idade da amostra é de 5,47 anos.  40,2% estão na faixa etária de zero a cinco anos.	42% estão na educação infantil e 59,7% tem uma família nuclear. O cuidador de maior frequência são mulheres que exercem a função de donas de casa (33,3%).
4 Diagnóstico do autismo: relação entre fatores contextuais, familiares e da criança	Regina Basso Zanon; Bárbara Backes; Cleonice Alves Bosa	2017	POPSIC: periódicos eletrônicos em psicologia	Estudo trasversal com base de dados de uma pesquisa online com 136 genitores de crianças com TEA	Primeiros sinais do TEA foram identificados quando a criança tinha, em média, 22,9 meses (DP = 12,69)	Média diagnóstico: 60,14 meses (DP = 36,56) -> mínimo de 16 e o máximo de 204 meses.	Intervalo de aproximadamente três anos entre os primeiros sinais e o diagnóstico. o nível socioeconômico dos pais, a presença de regressão de linguagem oral, a ordem de nascimento do filho e a realização de uma avaliação específica investigando sinais do TEA, por parte do primeiro profissional consultado, foram aspectos que neste estudo não pareceram estar relacionados com primeiros sinais e diagnóstico

## RESULTADOS

Dois estudos incluídos nesta revisão tiveram conclusões a partir de entrevistas com mães de crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento ou em investigação para TEA. No estudo conduzido por Braga e Ávila foram entrevistadas 20 mães de crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento e foi concluído que apenas 30% das crianças haviam sido diagnosticadas aos 3 anos de idade. Notou-se que na maioria dos casos a família teve a percepção dos primeiros sinais antes dos profissionais de saúde. Também é importante destacar que metade das entrevistadas informaram que não foram utilizados instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil para realizar o diagnóstico (BRAGA & ÁVILA, 2004).

Esse estudo teve a idade média materna de 44,6 anos (entre 26 e 72 anos), sendo que 60% destas cursaram ensino fundamental e 25% não concluíram o ensino médio. Houve 15% com ensino médio completo, sendo que destas, 15% iniciaram curso superior e 5% o concluíram.

Em outro estudo, no qual também mães foram entrevistadas, cujo objetivo era discutir acerca das barreiras na identificação precoce de autismo no Brasil, após 19 entrevistas com mães com crianças diagnosticadas com TEA, foi reforçado que não há dados registrados sobre idade desse diagnóstico no Brasil. Percebeu-se que no grupo composto de 17 meninos e 2 meninas, a média de idade de diagnóstico foi de 59,6 ± 40,5 meses. Entretanto, as primeiras preocupações ocorreram em média de 23,6 ± 11,6 meses (entre 2 e 48 meses). Quase 80% das preocupações eram expressadas antes dos 2 anos de idade. Assim, houve um atraso de 3 anos entre o alerta inicial e diagnóstico. Uma das conclusões do estudo foi de que as mães se sentiram desencorajadas a comunicar seu receio aos profissionais da saúde, uma vez que somente cerca de um terço das suspeitas iniciais foram avaliadas mais profundamente. Todavia, quase 80% procurou ajuda dentro de 3 meses do início das preocupações (RIBEIRO et al., 2017).

Em outro trabalho selecionado, um estudo retrospectivo por meio da leitura de 685 prontuários encaminhados para um centro especializado em reabilitação, avaliou-se quais foram os sinais que mais motivaram a busca pela assistência: 58,8% eram déficits de linguagem, 56,9% comportamentos internalizantes (medo, inferioridade, depressão, retraimento e ansiedade) e 49,5% comportamentos externalizantes (dificuldade de controle de impulsos, hiperatividade e agressões). Do total de casos analisados, quase 50% da amostra procurou atendimento até 4 anos de idade e a média de idade no estudo foi de 5,47 anos (ROCHA et al., 2019).

Neste estudo, ao observar a atividade profissional dos cuidadores de crianças com autismo, 33,3% eram mulheres na função de dona de casa. As outras duas ocupações mais frequentes foram de profissões relacionadas a limpeza (10,8%) e profissões ligadas a áreas da administração e finanças (9,9%).

Por fim, foi selecionado um artigo que apresenta uma pesquisa online com 136 genitores de crianças com TEA. Do grupo em estudo, os primeiros sinais foram identificados em uma média de idade de 22,9 meses e a média de diagnóstico foi de 60,14 meses (entre 16 e 204). O artigo também comparou a idade de diagnóstico em crianças que tinham regressão de linguagem (média de 56,65 meses, desvio padrão de 38,7) com as que não tinham (média 58 meses com desvio padrão de 40,3), sendo que as últimas perfizeram a maior parte da amostra em estudo (69,9%) (ZANON, BACKES & BOSA, 2017).

Outra comparação apontada nesse trabalho foi de crianças que passaram por consulta médica específica para TEA (idade de diagnóstico média de 54,79 meses com desvio padrão de 35,4) e as que não passaram por essa avaliação (idade de diagnóstico média de 58,14 com desvio padrão de 40,6), tendo o primeiro grupo diagnósticos mais precoces.

Como conclusão, este estudo apontou que as crianças brasileiras tendem a ser diagnosticadas com cerca de 5 anos e há um intervalo diagnóstico de 3 anos entre a percepção de sinais e a confirmação diagnóstica. Sobre a caracterização da composição familiar, 36,8% apresentava pós-graduação completa, 26,5% ensino superior completo e para 60,3% aquela criança era o primeiro filho do casal.

## DISCUSSÃO

Embora a caderneta da criança disponibilizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2022) destaque que o TEA já manifesta alterações antes dos 3 anos de idade, todos estudos desta revisão apontam resultados que convergiram para uma média de idade de diagnóstico próxima de 5 anos de idade. Ribeiro et al (2017) teve uma média de 4,96 anos com desvio de 3,375 anos, Rocha et al (2019) de 5,47 anos e Zanon, Backes e Bosa (2017) de 5 anos com desvio padrão de 3 anos. Braga e Ávila (2004) não calcularam a média das idades em que o diagnóstico ocorreu, porém 55% dos diagnósticos foram realizados até os 5 anos de idade (sendo 30% até os 3 anos), o restante até os 10 anos. Em uma revisão de estudos epidemiológicos e encontra-se a conclusão de que há diferença na idade de diagnóstico entre países de diferentes rendas. Os países de baixa e média renda tiveram uma média de idade de diagnóstico entre 45 e 57 meses, enquanto países de alta renda tiveram uma média de 3,1 anos (SAMMS-VAUGHAN, 2014). Assim, os dados brasileiros aqui revisados indicam essa mesma direção.

Nenhum estudo abordado diferenciou os indivíduos de acordo com suas etnias. As amostras apresentaram fatores econômicos e educacionais dos pais em forma de porcentagem da amostra, sem mostrar sua relação direta com idade de diagnóstico.

Ainda assim, as idades parentais, assim como o grau de escolaridade, tiveram grande variação entre os estudos acima descritos, porém com conclusões semelhantes. Em um dos estudos, 60% dos responsáveis cursaram o ensino fundamental e somente 5% concluíram ensino superior, bastante distinto de outro estudo em que a maior parte dos pais tinha pós-graduação completa (36,8%). Diante disso, a conclusão deles é de que o

meio social e econômico parecem não ter grande impacto na idade de diagnóstico. Estudo realizado nos Estados Unidos também não encontrou relação entre o nível de escolaridade dos pais, etnia e renda familiar (ADELMAN, 2010). Outro estudo estadunidense coletou informações conflitantes em relação ao comprometimento cognitivo, etnia, ordem de nascimento e idade de diagnóstico e, como conclusão, sugere que a variação de idade de diagnóstico pode estar relacionada a recursos e políticas locais, que merecem melhor investigação (DANIELS & MANDELL, 2013).

Todos os estudos da literatura apresentados nessa revisão tiveram grande variação entre a idade mais precoce e mais tardia de diagnóstico. Ribeiro et al (2017) contou com participação de crianças com diagnóstico realizado aos 24 meses e outras aos 192 meses, Braga e Ávila (2004) com crianças que receberam o diagnóstico com 1 ano e outras com 10 anos. Zanon, Backes e Bosa (2017) teve uma variação de 16 (1,3 anos) até 204 meses (17 anos). Visto que não foram encontradas explicações no âmbito social e econômico para justificar as idades de diagnóstico nesses estudos, pode-se atribuir essa diferença a características do próprio transtorno. A ampliação das possibilidades de diagnóstico a cada publicação de novo manual, como já assinalado e a enorme gama de apresentações do mesmo pode ser responsável por essas divergências. No entanto, a diferença entre o grupo que apresentou regressão de linguagem e os que não apresentaram, em estudo de Zanon, Backes e Bosa (2017) foi, em média, somente de 2 meses, o que é reconhecido no próprio estudo que difere do esperado, justificando como estando mais relacionada à idade de percepção dos sinais pelos pais do que, propriamente, à idade de diagnóstico.

Dois artigos foram semelhantes ao encontrar uma média de 3 anos entre a primeira percepção de sinais relacionados ao TEA e a definição diagnóstica. Isso condiz com estudos internacionais, como Crane et al (2016) que reuniu mais de mil pais de crianças com TEA no Reino Unido e chegou a determinação temporal de 3 anos entre o contato com profissionais da saúde e o diagnóstico. No entanto, os primeiros sinais foram percebidos um ano antes da busca por serviços, resultando em 4 anos entre a preocupação e o diagnóstico do transtorno (CRANE et al, 2016). Ribeiro et al (2017), em contrapartida, teve resultados diferentes quanto à busca por assistência, que ocorreu dentro de 3 meses em 80% da sua amostra.

Uma divergência presente nas conclusões dos artigos revisados foi a presença ou não de avaliação específica investigando sinais do TEA, em que Zanon, Backes e Bosa (2017) apontou como não sendo fator determinante para o diagnóstico, mas em Ribeiro et al (2017), um terço da amostra das 19 crianças recebeu avaliação aprofundada. Não foi possível avaliar o impacto dessa ação para o diagnóstico.

A inexistência de estudos pgressos sobre a prevalência do TEA no Brasil dificulta a determinação de fatores contributivos para a determinação diagnóstica e aponta para a necessidade de mais estudos sobre o tema, inclusive os comparando com os padrões internacionais.

## CONCLUSÕES

A respeito da idade em que se assinala o diagnóstico de TEA em crianças no Brasil, apesar de haver uma média próxima aos 5 anos de idade e estudos internacionais indicarem idades inferiores, a média de 3 anos entre percepção inicial de sinais de autismo e a determinação diagnóstica foi semelhante à encontrada em outros estudos. O espectro de idades em que o diagnóstico de autismo ocorreu é amplo, o que pode ser explicado pela multiplicidade de apresentações do transtorno. Fatores familiares, de renda e escolaridade não parecem ter impacto na idade de diagnóstico e, especificamente, a etnia não foi avaliada nos estudos encontrados nessa revisão. Políticas públicas próprias de cada país merecem investigação mais aprofundada acerca de seus impactos na precocidade diagnóstica e procura por tratamento.

## REFERÊNCIAS

- ADELMAN, C. R. Factors that influence age of identification of children with autism and pervasive developmental disorder-not otherwise specified. Unpublished Doctor of Philosophy Dissertation. University of Houston. 2010. Disponível em: <https://uh-ir.tdl.org/server/api/core/bitstreams/28500617-7fe2-4c91-8810-52000787e01c/content>. Acesso em: 25/10/2023.
- ALMEIDA, M. L.; NEVES, A. S. A popularização diagnóstica do autismo: uma falsa epidemia? *Revista Psicologia Ciência e Profissão*. v.40, p.1-12, 2020.
- ALVES-MAIA, F.; ALMEIDA, M. T.C.; ALVES, M. R. et al. Transtorno do espectro do autismo e idade dos genitores: estudo de caso-controle no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Ago, v.34, n.8. 2018. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/6831>. Acesso em: 25/10/2023.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARAÚJO, A. C.; LOTUFO-NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. Abr, v.16, n.1, p.67-82, 2014.
- BRAGA, M. R.; ÁVILA, L. A. Detecção dos transtornos invasivos na criança: perspectiva das mães. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Nov-Dez, v.12, n.6, p.884-889, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde Materno Infantil. *Caderneta da Criança: Passaporte da Cidadania*. Brasília (DF). 5ª edição. 2022. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_crianca\\_menina\\_5.ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_5.ed.pdf). Acesso: 25/10/2023.
- CABRAL, L. S. A. Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IF-BRM), diferenciação e acessibilidade curricular. *Cadernos CEDES*. 2021 v.41, n.114, p.153-163, 2021.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*. Mar, v.28, n.63(2), p.1-21, 2014. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6302a1.htm>. Acesso em: 25/10/2023.
- CRANE, L.; CHESTER, J. W.; GODDARD, L.; HENRY, L. A.; HILL, E. Experiences of autism diagnosis: A survey of over 1000 parents in the United Kingdom. *Autism*. Feb, v.20, n.2, p.153-162, 2016.
- DANIELS, A. M.; MANDELL, D. S. Explaining differences in age at autism spectrum disorder diagnosis: a critical review. *Autism*. Jul, v.18, n.5, p.583-597, 2013.
- FRANCES, A. *Voltando ao normal*. Tradução: Heitor M. Correa. Rio de Janeiro: Versal Editores, 2016.
- GOMES, P. T.; LIMA, L. H.; BUENO, M. K.; ARAÚJO, L. A.; SOUZA, N. M. Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro. Mar-Apr, v.91, n.2, p.111-121, 2015.
- HALFON, N.; KUO, A. A. What DSM-5 could mean to children with autism and their families. *JAMA Pediatrics*. Jul, v.167, n.7, p.608-613, 2013.



JOHNSON, C. P.; MYERS, S. M. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. Nov, v.120, n.5, p.1183-1215, 2007.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child: Journal of Psychopathology, Psychotherapy, Mental Hygiene, and Guidance of the Child*. v.2, p.217-250, 1943.

LIBERALESSO, P.; LACERDA, L. *Autismo: Compreensão e práticas baseadas em evidências*. Curitiba: Capricha na inclusão, 2020. Disponível em: <https://mid.curitiba.pr.gov.br/2021/00312283.pdf>. Acesso em: 25/10/2023.

RIBEIRO, S. H.; PAULA, C. S.; BORDINI, D.; MARI, J. J.; CAETANO, S. C. Barriers to early identification of autism in Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry*. Oct-Dec, v.39, n.4, p.352-354, 2017.

ROBINS, D.; FEIN, D.; BARTON, M. Questionário M-CHAT-R para despiste precoce de autismo com entrevista de seguimento (M-CHAT-R/F)<sup>TM</sup>. Tradução: Almeida CC. [internet]. 2009. Disponível em: [https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R\\_F\\_Portuguese\\_Portugal.pdf](https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_Portuguese_Portugal.pdf). Acesso em: 25/10/2023.

ROCHA, C. C.; SOUZA, S. M. V.; COSTA, A. F.; PORTES, J. R. M. O perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de transtorno do espectro autista atendida por um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade do Sul do Brasil. *Physis*. v.29, n.4, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/nfN4dx9HgDcSXCyjSjqb4SF/?lang=pt>. Acesso em: 25/10/2023.

SAMMS-VAUGHAN, M. E. The status of early identification and early intervention in autism spectrum disorders in lower- and middle-income countries. *International Journal of Speech-Language Pathology*. Feb, v.16, n.1, p.30-35, 2014.

SEIZE, M. M.; BORSA, J. C. Instrumentos para rastreamento de sinais precoces do autismo: revisão sistemática. *Psico-USF*. Bragança Paulista. Jan-Abr, v.22, n.1, p.161-176, 2017.

TOSCANO, C. V. A.; FERREIRA, J. P.; GASPAR, J. M.; CARVALHO, H. M. Growth and weight status of Brazilian children with autism spectrum disorders: a mixed longitudinal study. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro. Nov-Dec, v.95, n.6, p.705-712, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ICD-11: International Classification of Diseases Website. Disponível em: <https://icd.who.int/en>. Acesso em: 25/10/2023.

ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A. Diagnóstico do autismo: relação entre fatores contextuais, familiares e da criança. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*. São Paulo. v.19, n. 1, p.152-163, 2017.