

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

JANAÍNA APARECIDA DE OLIVEIRA AUGUSTO

**PERFIL COGNITIVO, COMPORTAMENTAL E O USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MENTAL E EDUCAÇÃO DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO TARDIO DE
DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

SÃO PAULO

2021

JANAÍNA APARECIDA DE OLIVEIRA AUGUSTO

PERFIL COGNITIVO, COMPORTAMENTAL E O USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO TARDIO DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Dissertação de Mestrado apresentado ao programa de Pós-Graduação da Universidade Presbiteriana Mackenzie para obtenção do título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento.

ORIENTADORA: Prof^a. Dra. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira

COORIENTADORA: Prof^a. Dra. Sylvia Maria Ciasca

Projeto desenvolvido com financiamento da CAPES-PROEX

SÃO PAULO

2021

A923p Augusto, Janaína Aparecida de Oliveira.
Perfil cognitivo, comportamental e o uso de serviços de saúde mental e educação de crianças com diagnóstico tardio de deficiência intelectual e Transtorno do Espectro Autista / Janaína Aparecida de Oliveira Augusto.
71 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2021.
Orientadora: Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira.
Referências bibliográficas: f. 60-69

1. Deficiência intelectual. 2. Transtorno do Espectro Autista. 3. Diagnóstico tardio. 4. Preocupações parentais. I. Teixeira, Maria Cristina Triguero Veloz, *orientadora*. II. Título.

CDD 616.8982

Bibliotecária Responsável: Andrea Alves de Andrade - CRB 8/9204

Folha de Identificação da Agência de Financiamento

Autor: Janaína Aparecida de Oliveira Augusto

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Distúrbios do Desenvolvimento

Título do Trabalho: Perfil Cognitivo, Comportamental e o Uso de Serviços de Saúde Mental e Educação de Crianças com Diagnóstico Tardio de Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista

O presente trabalho foi realizado com o apoio de ¹:

- CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
- Instituto Presbiteriano Mackenzie/Isenção integral de Mensalidades e Taxas
- MACKPESQUISA - Fundo Mackenzie de Pesquisa
- Empresa/Indústria:
- Outro:

¹ **Observação:** caso tenha usufruído mais de um apoio ou benefício, selecione-os.

JANAÍNA APARECIDA DE OLIVEIRA AUGUSTO

PERFIL COGNITIVO, COMPORTAMENTAL E O USO DE SERVIÇOS DE
SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO
TARDIO DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do
Desenvolvimento da Universidade
Presbiteriana Mackenzie para obtenção do
título de Mestre em Distúrbios do
Desenvolvimento.

Aprovada em 22 de outubro de 2021.

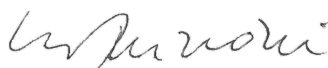
BANCA EXAMINADORA



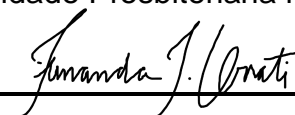
Prof^a. Dra. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira
Universidade Presbiteriana Mackenzie



Prof^a. Dra. Sylvia Maria Ciasca
Universidade Estadual de Campinas



Prof. Dr. Décio Brunoni
Universidade Presbiteriana Mackenzie



Prof^a. Dra. Fernanda Orsati
Instituto Inclusive Todos

AGRADECIMENTOS

À Oxalá, por permitir cumprir essa missão e conquistar mais uma vitória.

À minha orientadora Prof^a Dra. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira pela oportunidade de realizar este trabalho, confiança no meu potencial e respeito.

À minha coorientadora Prof^a. Dra. Sylvia Maria Ciasca pela oportunidade em fazer parte da equipe do Laboratório de Pesquisa em Distúrbio, Dificuldades de Aprendizagem e Transtorno de Atenção (DISAPRE) desde o programa de aprimoramento.

Aos membros titulares da banca Dr. Décio Brunoni, Dra. Maria de Lourdes Merighi Tabaquim e Dra. Fernanda Orsati pelas importantes contribuições para o trabalho, aos membros. E aos membros suplentes Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro e Dra. Regina Luísa de Freitas Marino pelo auxílio.

A todos os integrantes do DISAPRE, em especial aos membros da atual equipe, Rita de Cássia Coutinho Vieira Fornasari, Patrícia Regina Flaviano Stella, Thalita Francielli Lopes, Joyce Leal de Moraes, Rodrigo Arduini, Adriana Simão, Talita Bastos e Marcela Camargos que me auxiliaram em diversos momentos ao longo deste ano.

A todos os professores do programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da presente universidade, pelas contribuições e compartilhamento de conhecimento.

Aos meus familiares, principalmente minhas irmãs Tatiane Regina de Oliveira Augusto e Kátia Cristina de Oliveira Augusto por saberem compreender minha ausência durante esses 2 anos.

Aos meus colegas de mestrado, em especial Natália Santana da Silva, Patrícia Maria Correia Ferro de Lima, Rafaella Oliveira e Beatriz Gerenutti, pelo apoio e parceria ao longo dos últimos 2 anos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro do estudo.

Ao Gustavo Henrique Martins pelas análises estatísticas e auxílio nos esclarecimentos das dúvidas.

E, por fim às crianças e adolescentes que participaram desta pesquisa indiretamente e diretamente.

RESUMO

O diagnóstico tardio na Deficiência Intelectual (DI) e no Transtorno do Espectro Autista (TEA) agrava diferentes indicadores de funcionamento cognitivo, adaptativo, emocional e comportamental de crianças e adolescentes. Este estudo teve como objetivos caracterizar o perfil cognitivo e comportamental de crianças com diagnóstico de DI e TEA, mapear o intervalo de tempo entre as primeiras preocupações e sinais percebidos pelos pais e o diagnóstico, verificar associação entre problemas emocionais-comportamentais com o intervalo de tempo transcorrido entre as primeiras preocupações e o diagnóstico, mapear os tipos de intervenções recebidas pelas crianças antes do diagnóstico e verificar sua associação com problemas emocionais-comportamentais. A amostra foi composta por dados secundários de 106 crianças e adolescentes avaliadas no Laboratório de Pesquisa em Dificuldades, Distúrbios de Aprendizagem e Transtornos da Atenção (DISAPRE), localizado no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), entre março de 2017 a março de 2019 (69 com DI e 37 com TEA, com idade entre 6 a 15 anos). Para avaliação do funcionamento cognitivo e comportamental foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-IV), Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos (CBCL/6-18) e Escala de Comportamento Adaptativo Vineland. Além disso, foram extraídos dos prontuários informações como: avaliações e intervenções anteriores, data do diagnóstico e idade das primeiras preocupações e sinais observados pelos pais. Os dados foram analisados estatisticamente por meio do programa JASP Statistic. Conforme os resultados, para o grupo de crianças com DI 16% foi encaminhado pela escola, seguido de 14,1% por médico neurologista, no grupo de TEA, 17,9% foram encaminhados por neurologistas e 8,5% pela escola. A média do tempo transcorrido entre as primeiras preocupações e o diagnóstico foi de 6,8 anos (DP: 2,2) para DI e 6,4 anos (DP: 2,2) para TEA. Com relação ao funcionamento cognitivo, houve diferenças significativas entre os grupos, as crianças com DI apresentaram desempenho inferior ao do grupo TEA ($t(97) = -16.22, p < .001$). Foram observadas correlações positivas e estatisticamente significantes entre problemas de comportamento internalizantes ($r = 0.26, p < .05$) e externalizantes ($r = 0.34, p < .01$) com o uso de medicação; entre intervenção psicológica e problemas de comportamento internalizantes ($r = 0.23, p < .05$); entre intervenção psicopedagógica e neurológica e escore total de problemas emocionais e comportamentais ($r = 0.23, p < .05$). As crianças com DI apresentaram médias maiores que o grupo TEA em problemas externalizantes e na escala de problemas totais. O grupo com TEA apresentou escores maiores para problemas internalizantes. Foram identificados comprometimentos nos 3 domínios avaliados do funcionamento adaptativo em ambos os grupos. Os resultados encontrados mostraram elevados comprometimentos emocionais, comportamentais e adaptativos em ambos os grupos. Antes do diagnóstico as crianças utilizavam diferentes serviços de saúde mental e educacional, entretanto, o intervalo de tempo entre as primeiras preocupações parentais e o diagnóstico foi acima de 6 anos contrariando diretrizes nacionais e internacionais com relação ao diagnóstico precoce. Provavelmente sem um diagnóstico muitas dessas intervenções não se adequaram às reais necessidades dos quadros clínicos.

Palavras-chave: Deficiência Intelectual, Transtorno do Espectro Autista, diagnóstico tardio, preocupações parentais.

Abstract

Late diagnosis of Intellectual Disability (ID) and Autism Spectrum Disorder (ASD) aggravates different indicators of cognitive, adaptive and emotional behavioral functioning in children and adolescents. This study aimed to characterize the cognitive and behavioral profile of children diagnosed with ID and ASD, to map the time interval between the first concerns and the diagnosis, to verify the association between emotional-behavioral problems with the elapsed time interval between the first concerns and the diagnosis, mapping the types of interventions received by children before diagnosis and verifying their association with emotional-behavioral problems. The sample was composed by secondary data from 106 children and adolescents evaluated at the DISAPRE outpatient clinic, at the Clinical Hospital, State University of Campinas (UNICAMP), between March 2017 and March 2019 (69 ID and 37 ASD, aged between 6 to 15 years old). To assess cognitive and behavioral functioning, the following instruments were used: Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-IV), Child Behavior Checklist (CBCL/6-18) and Vineland Adaptive Behavior Scale. In addition, information such as previous assessments and interventions, date of diagnosis and age of first concerns and signs observed by parents were extracted from the medical records. Data were statistically analyzed using the JASP Statistic program. According to the results, for the group of children with ID 16% of the cases were referred the school, followed 14.1%, neurologists and neuropediatricians, in the ASD group, 17.9% were referred by neurologists and neuropediatricians and 8.5 % school. The mean time between first concerns and diagnosis was 6.8 years (SD: 2.2) for ID and 6.4 years (SD: 2.2) for ASD. Regarding cognitive functioning, there were significant differences between the groups, children with ID showed lower performance than the TEA group ($t(97)=-16.22, p<.001$). Positive and statistically significant correlations were observed between internalizing behavior problems ($r=0.26, p<.05$) and externalizing ($r=0.34, p<.01$) with use of medication; between psychological intervention and internalizing behavior problems ($r=0.23, p<.05$); between psychopedagogical and neurological intervention and total score of emotional and behavioral problems ($r=0.23, p<.05$). Children with ID showed higher means than the group with ASD in externalizing problems and in the scale of total problems. The group with ASD showed higher scores for internalizing problems. Adaptive impairments were identified in the 3 evaluated domains of adaptive functioning in both groups. The results found show high emotional, behavioral and adaptive impairments in both groups. Before the diagnosis, the children used different mental health and educational services, however, the time interval between the first parental concerns and the diagnosis was over 6 years, contrary to national and international guidelines regarding early diagnosis. Probably without a diagnosis, many of these interventions did not fit the real needs of clinical conditions.

Keywords: Intellectual Disability, Autism Spectrum Disorder, late diagnosis, parental concerns

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Diretrizes na entrevista com os pais.....	28
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra de crianças e pais participantes.....	40
Tabela 2 – Descrição dos encaminhamentos para o DISAPRE.....	45
Tabela 3 – Distribuição da amostra em função do tipo de avaliação e tipo de intervenção antes do diagnóstico.....	47
Tabela 4 – Comparação de pontuações no teste de avaliação intelectual em função dos grupos.....	49
Tabela 5 – Comparação das médias no funcionamento adaptativo entre grupos...51	
Tabela 6 – Matriz de correlação entre intervenções recebidas antes do diagnóstico e indicadores de funcionamento adaptativo e intelectual.....	52
Tabela 7 – Matriz de correlação entre o tipo de avaliação e tipo de intervenção antes do diagnóstico na amostra total (TEA e DI).....	53
Tabela 8 – Correlação de Pearson entre problemas internalizantes, externalizantes e escore total do CBCL e intervenções realizadas antes do diagnóstico.....	54
Tabela 9 – Comparação de escores T nas escalas do CBCL/6-18 em função dos grupos.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - *American Psychiatric Association*

AUT – Autonomia

CBCL - Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos

CID-10 Classificação Internacional das Doenças

CDC - *Center for Disease Control and Prevention*

COM - Comunicação

DI - Deficiência Intelectual

DISAPRE - Laboratório de Pesquisa em Dificuldades, Distúrbios de Aprendizagem e Transtornos da Atenção

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 5ª edição

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

ICV – Índice de Compreensão Verbal

IMO – Índice de Memória Operacional

IOP – Índdice de Organização Perceptual

IVP – Índice de Velocidade de Processamento

OMS - Organização Mundial da Saúde

PEC - Problemas Emocionais-Comportamentais

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

QI - Quoficiente de Inteligência

SOC - Socialização

TCC - Terapia Cognitiva Comportamental

TO – Terapeuta ocupacional

TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade

TEA - Transtorno do Espectro Autista

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

WISC-IV - Escala Wechsler de Inteligência para Crianças, 4ª edição

Símbolos

DP - Desvio Padrão

d – d de Cohen (efeito de magnitude)

n – número de participantes

p -p-valor

r - coeficiente de correlação de Pearson

t – Teste para amostras independentes

U - U de Mann-Whitney

% - porcentagem

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. DEFICIÊNCIA INTELECTUAL	18
2.1 Problemas comportamentais e emocionais na Deficiência Intelectual	21
3. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	23
3.1 Problemas comportamentais e emocionais no Transtorno do Espectro Autista	25
4. DIRETRIZES NACIONAIS PARA O DIAGNÓSTICO DA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NO BRASIL.	26
4.1 Trajetórias de pais na procura de diagnóstico de Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista	29
5. OBJETIVOS	34
5.1 Objetivo Geral	34
5.2 Objetivos Específicos	34
6. MÉTODO.....	35
6.1 Desenho e local do estudo	35
6.2 Amostra	35
6.3 Instrumentos.....	36
6.4 Aspectos éticos	38
6.5 Análise de dados.....	38
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
8. CONCLUSÃO.....	57
9. REFERÊNCIAS.....	60
Anexo (Parecer do Comitê de ética).....	70

1. INTRODUÇÃO

O termo “Transtornos do Neurodesenvolvimento” foi introduzido na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM-5) e é caracterizado por déficits que se manifestam desde início do desenvolvimento em áreas que abrangem aprendizagem, funções cognitivas (linguagem, funções executivas, inteligência etc.) e habilidades sociais, tais limitações podem ser específicas ou globais, culminando em prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

São consideradas condições deste grupo o Transtorno do Desenvolvimento Intelectual ou Deficiência Intelectual (DI), Transtornos da Comunicação, Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), Transtorno Específico da Aprendizagem, Transtornos Motores e Transtornos de Tique (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Dentre os transtornos citados acima, a DI e o TEA demandam atenção especial em termos de intervenção precoce devido aos expressivos impactos que ambos provocam no funcionamento adaptativo, aprendizagem, comportamento e socialização (MULAS; ROJAS, 2018).

Estudos anteriores reforçam a importância do diagnóstico precoce em ambos os transtornos devido a sua influência no prognóstico, pois as intervenções adequadas implementadas precocemente amenizam a gravidade dos sintomas e pode reduzir o estresse familiar (SCHWARTZMAN; LEDERMAN, 2017; HYMAN; LEVY; MYERS, 2020). O diagnóstico precoce também é importante nessas condições, uma vez que a comorbidade de TEA com DI prevalece em cerca de 30% dos casos, impactando ainda mais no prognóstico e demandando intervenções de maior complexidade (LYALL et al., 2017; BAIO et al., 2018; HYMAN; LEVY; MYERS, 2020). No entanto, a metanálise realizada por Reichow et. al. (2018) sobre intervenções precoces no TEA sugere que fatores como gravidade dos sintomas, problemas comportamentais e gravidade no comprometimento de linguagem podem interferir na eficácia das intervenções.

Países como Estados Unidos monitoram a idade do diagnóstico de crianças com TEA. Por exemplo, dados do *National Survey of Children with Special Health Care Needs* (2009–2010) identificou que a idade média do diagnóstico foi de cinco anos e quatro meses, enquanto na pesquisa do *National Survey of Children’s Health* (2011-

2012) a média foi de sete anos e quatro meses. Dados recentes sugerem diminuição na idade média nos EUA e Canadá (RIVARD et al., 2021).

Há consenso na literatura que presença de sintomas leves contribuem para identificação tardia (acima de seis anos), geralmente em idade escolar. O diagnóstico tardio no TEA pode culminar na perda de oportunidade de a criança ser inserida em intervenções precoces, o que pode influenciar em melhora do funcionamento adaptativo e cognitivo (GOODWIN; MATTHEWS; SMITH, 2019).

Acerca de fatores que podem contribuir para o diagnóstico tardio, os estudos têm verificado associação entre presença de comorbidades, dificuldades no acesso aos serviços de saúde mental, nível de escolaridade dos responsáveis, nível socioeconômico familiar, etnia, manejo e encaminhamentos inadequados de profissionais da área da saúde (HERLIHY et al., 2014; MODOVNIK et al., 2015; HYMAN; LEVY; MYERS, 2020; CONSTANTINO et al., 2020).

No Brasil, no estudo de Araújo (2012), que entrevistou 38 cuidadores de crianças com TEA, verificou-se que o tempo transcorrido entre a identificação dos primeiros sinais até o diagnóstico de TEA foi cerca de cinco anos, sendo que, aproximadamente 90% das famílias receberam o diagnóstico mais de um ano depois da observação dos primeiros sinais. A idade média das crianças no momento do diagnóstico foi de 64 meses, no entanto, 55% da amostra foi diagnosticada após os cinco anos de idade.

Além disso, fatores como inteligência dentro da média, menores comprometimentos em comunicação e socialização podem contribuir para a identificação tardia em crianças com TEA (GOODWIN; MATTHEWS; SMITH, 2019).

O diagnóstico precoce de DI também é recomendado assim como no TEA (APA, 2014). Entretanto, o não reconhecimento de sinais do transtorno em idades precoces do desenvolvimento quando não estão associados a síndromes genéticas ou outras condições médicas que poderiam ser identificadas por profissionais da atenção básica de saúde, como os pediatras, acabam impedindo o diagnóstico precoce (TEIXEIRA et al., 2017).

Estudo realizado na Finlândia sobre a prevalência de DI na infância e adolescência verificou alto aumento de diagnóstico na faixa etária dos quatro aos sete anos de idade (WESTERINEN et al., 2017). No Brasil, estudo feito no município de Pelotas, na região sul e que acompanhou o desenvolvimento de 4.231 bebês nos

primeiros 24 meses de vida, verificou que das 195 crianças identificadas com atraso de desenvolvimento, 151 receberam diagnóstico de DI entre sete e oito anos de idade (KARAM et al., 2016).

Fatores como baixo nível socioeconômico familiar e a baixa escolaridade materna são fortes preditores para o atraso no desenvolvimento e DI, ressalta-se que essas duas variáveis têm papel importante na educação e desenvolvimento global de crianças, por outro lado, esses aspectos também são preditores para maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde, contribuindo para o diagnóstico tardio (KARAM et al., 2016, SCHÄFER et al., 2019).

De modo geral o diagnóstico precoce da DI possibilita que a criança tenha acesso às intervenções direcionadas para suas reais necessidades e que são baseadas em evidências. Estudos internacionais indicam que a intervenção precoce tem efeitos a curto e longo prazo. À curto prazo, os indivíduos que recebem intervenção precoce apresentam melhora nos escores de QI e a longo prazo observar-se redução na necessidade de apoio e adaptações escolares, principalmente na DI leve (LAI et al., 2014).

No Brasil, apesar da existência de legislações e diretrizes específicas para a avaliação no TEA e DI, há evidências que uma parcela significativa de crianças são diagnosticadas tardiamente (ARAÚJO, 2012; KARAM et al., 2016; SCHÄFER et al., 2019). O diagnóstico tardio pode culminar em intervenções inadequadas, o que por sua vez pode contribuir no agravamento de sintomas e / ou na demora da identificação de comorbidades. Além disso, os resultados de uma pesquisa realizada no Reino Unido sobre a relação da idade média do diagnóstico e sintomas de depressão e automutilação sugerem que o diagnóstico tardio de TEA está associado ao aumento de problemas de saúde mental na adolescência (HOSOZAWA; SACKER; CABLE, 2021). Em contrapartida, há escassez de estudos brasileiros que visam verificar as repercussões do diagnóstico tardio e problemas comportamentais e emocionais em ambos transtornos.

Presença de problemas comportamentais e emocionais é um importante preditor para aumento de estresse parental em crianças com TEA, além de potencializar os sintomas, comorbidades e impactar negativamente a eficácia de intervenções (DESCHAMPS et al., 2020).

A compreensão de como ocorre a procura do diagnóstico nos transtornos do neurodesenvolvimento é essencial, considerando que o prognóstico depende, não só da identificação diagnóstica como também das intervenções. O presente trabalho está alinhado à linha de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento “Políticas e formas de atendimento em educação, psicologia e saúde”, estudos anteriores executados no programa, exploraram as trajetórias de pais com filhos com TEA na busca de diagnóstico (ARAUJO, 2012), bem como os serviços educacionais especiais destinados a este grupo populacional (REGINA et al., 2015). No estudo de Regina et al. (2015), a autora destaca a presença de altas taxas de dificuldades emocionais (ansiedade e sintomas de depressão) e comportamentais (comportamentos agressivos, problemas de sociabilidade, atenção, entre outros) na população estudada comparada ao grupo controle.

Pesquisas internacionais, descrevem que déficits no comportamento social, comportamentos repetitivos e sensibilidade sensorial presentes no TEA, podem acarretar prejuízos na dinâmica familiar. A demora no diagnóstico e o manejo inadequado podem contribuir para dificuldades na relação entre pais e filhos, aumentando o estresse parental (DESCHAMPS et al., 2020).

Por outro lado, a busca por respostas dos sintomas observados pode levar as famílias a consultar diversos profissionais (pediatra, neurologista, psicólogo, fonoaudiólogo etc.), antes de receber o diagnóstico. Araújo (2012), identificou que em média as crianças diagnosticadas com autismo em seu estudo, foram consultadas por cinco ou mais profissionais antes do diagnóstico final, evidenciando possíveis lacunas na formação e preparo deles no manejo e conduta diagnóstica e terapêutica que deve ser adotada no caso de uma criança com TEA. Além disso, os pais podem ser orientados a iniciar intervenções em áreas como fonoaudiologia ou psicologia antes de receberem o diagnóstico, o que pode beneficiar o desenvolvimento da criança desde que seja planejada de acordo com as demandas do indivíduo e da família (MAY; BRIGNELL; WILLIAMS, 2021; RIVARD et al., 2021).

Diante disso, políticas públicas podem se beneficiar de resultados de pesquisas que verifiquem os impactos comportamentais e emocionais em crianças com TEA ou DI que recebem diagnóstico tardio em um serviço público de saúde mental. É provável que resultados de pesquisa como os que este trabalho explorará, possam contribuir na conscientização, aprimoramento de profissionais da saúde e para que fiquem

atentos diante de sinais indicativos, além de incentivar a avaliação dos aspectos comportamentais e emocionais.

2. DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

O Transtorno de Desenvolvimento Intelectual ou Deficiência Intelectual faz parte da categoria Transtornos do Neurodesenvolvimento do DSM-5, salienta-se que essa terminologia sofreu diversas alterações ao longo da história devido as mudanças de concepção e dinâmicas culturais (MULAS; ROJAS, 2018; MATA, 2018).

As nomenclaturas utilizadas ao longo da história incluem: débil mental, oligofrênico, excepcional, retardo mental, deficiente mental etc., atualmente o termo Deficiência Intelectual (DI) é amplamente aceito e difundido nas áreas de educação e saúde, sendo adotado também na nova edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) (GARGHETTI, MEDEIROS, NUERNBERG, 2013; MATA, 2018; WHS, 2018).

A DI é caracterizada por funcionamento intelectual significativamente abaixo da média (aproximadamente dois ou mais desvios padrão abaixo da média, com base em testes padronizados e administrados individualmente) e déficits significativos no funcionamento adaptativo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; OMS, 2018). Seu início ocorre no período de desenvolvimento, sendo necessário que o indivíduo preencha três critérios para o diagnóstico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 33-38):

- A.** Déficits em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência confirmados tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados.
- B.** Déficits em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação a independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio continuado, os déficits de adaptação limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como comunicação, participação social e vida independente, e em múltiplos ambientes, como em casa, escola, local de trabalho e comunidade.
- C.** Início dos déficits intelectuais e adaptativos durante o período do desenvolvimento.

Há ainda a necessidade de especificar o grau de gravidade da deficiência (leve, moderado, grave e profunda); ressalta-se que o grau deverá preconizar os déficits no

comportamento adaptativo ou funcionamento adaptativo e não o escore de quociente de inteligência (QI) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; MECCA et al., 2018; MATA, 2018). Ressalta-se que o comportamento adaptativo é um construto que expressa a funcionalidade do indivíduo a partir de um conjunto de habilidades em três domínios: habilidades adaptativas conceituais, habilidades adaptativas práticas e habilidades adaptativas sociais (LUCKASSON et al., 2002; OAKLAND e HARRISON, 2002; TASSÉ, 2009; MONTERO e LAGOS, 2011). Esses três domínios do comportamento adaptativo são baseados em diferentes componentes do funcionamento adaptativo associados com o diagnóstico de DI, por exemplo, capacidade de aprendizagem, participação social, capacidade para manter relações sociais de forma responsável e comportamentos adaptativos na comunidade, dentre outros (MONTERO e LAGOS, 2011). Estudos publicados sobre comportamento adaptativo têm utilizado este termo como sinônimo de funcionamento adaptativo (MECCA et al., 2015), pois existe uma relativa sobreposição entre o conceito de funcionalidade, abordado na Classificação Internacional de Funcionalidade, proposta pela Organização Mundial de Saúde e esses dois conceitos (MECCA et al., 2015).

De modo geral, as habilidades conceituais envolvem funções cognitivas como memória, linguagem, leitura, escrita, raciocínio matemático, aquisição de conhecimentos práticos, solução de problemas, julgamento em situações novas etc. O domínio social está ligado à percepção de pensamentos, sentimentos e experiências dos outros, empatia, habilidades de comunicação interpessoal, habilidades de amizade, julgamento social etc. E por fim, as habilidades do domínio prático referem-se à aprendizagem, cuidados pessoais, responsabilidades profissionais, controle do dinheiro, lazer, autocontrole comportamental e organização de tarefas escolares e profissionais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Mecca et al. (2015), destaca que outras variáveis como contexto social e idade devem ser levadas em consideração na avaliação do funcionamento adaptativo, sendo que, a primeira refere-se à estimulação ambiental e a segunda ao desenvolvimento neuropsicomotor; além disso, os autores destacam que déficits no funcionamento adaptativo são observados também em outros transtornos como TEA.

Ressalta-se, que no caso de suspeita de comorbidade entre TEA e DI, recomenda-se aos profissionais um olhar mais atento para habilidades adaptativas

conceituais e práticas ao invés das habilidades adaptativas sociais, visto que, os déficits no funcionamento social são características centrais no TEA (TASSÉ et al., 2019).

Estima-se que entre 1% e 3% das pessoas na população em geral tenham algum grau de DI (PATEL et al., 2020). No Brasil, 0,8% da população tem DI, de acordo com a última pesquisa nacional de saúde (PNS/2013) sobre prevalência autorreferida deste tipo de deficiência (MALTA et al., 2016).

Os fatores de risco associados a DI são heterogêneos e incluem aspectos pré-natais (síndromes genéticas, idade materna, uso de drogas e álcool etc.), perinatais (prematuridade, baixo peso ao nascer etc.) e aspectos pós-natais (lesão cerebral, distúrbios convulsivos, falta de estímulos adequados, privação social etc.), além disso, estudos apontam maior prevalência no sexo masculino (HUANG et al., 2016; PURUGGANAN, 2018; MARKOVIC-JOVANOVIC et al., 2019; PATEL et al., 2020). Apesar da abrangência de fatores de riscos em cerca de 30% a 50% dos casos (não genéticos) não é possível identificar a causa da DI (HUANG et al., 2016; SCHWARTZMAN; LEDERMAN, 2017; BASS; SKUSE, 2018).

As causas genéticas são responsáveis por 15% a 30% dos casos identificados, incluindo Síndrome de Down (mais frequente entre os casos de DI), Síndrome do X Frágil, Síndrome de Williams, Síndrome de Rett, Síndrome de Prader-Willi, Síndrome de Angelman entre outras (VISSERS; GILISSEN; VELTMAN, 2015; HUANG et al., 2016; BASS; SKUSE, 2018). A investigação da etiologia da DI é importante para o tratamento, aconselhamento genético, planejamento, apoio familiar e implementação de políticas públicas voltadas para programas preventivos (SCHÄFER et al., 2019; BRASIL, 2020).

Sendo a DI um transtorno associado a diferentes condições médicas, sejam elas síndromes genéticas (IWASE et al., 2017) ou de causa idiopática (VAN EEGHEN et al., 2019), são relatados diversos comprometimentos neurocognitivos (VAN DEN HEUVEL et al., 2018), condições médicas associadas (MARKOVIC-JOVANOVIC et al., 2020) e problemas emocionais-comportamentais (PEC) (HUISMAN et al., 2018). Sobre os PEC tratará o seguinte tópico.

2.1 Problemas comportamentais e emocionais na Deficiência Intelectual

Achenbach e Edelbrock (1978) são autores pioneiros da definição de PEC, utilizando este termo como preditores de transtornos psiquiátricos na infância. Para operacionalizar o termo eles desenvolveram um modelo dicotômico de classificação de comportamentos em categorias amplas: a) Problemas comportamentais internalizantes, que abrangem sinais e sintomas que afetam predominantemente a própria pessoa como ansiedade, retraimento, queixas somáticas de fundo emocional e depressão, dentre outros; b) Problemas comportamentais externalizantes, que abrangem, predominantemente, comportamentos que afetam outras pessoas, por exemplo, comportamento agressivo, violação de regras e abuso de substâncias, dentre outros. Essas proposições serviram de auxílio para uniformizar critérios que durante as décadas de 1960 e 1970 eram difusos quanto à classificação de problemas ou dificuldades emocionais e de comportamento na infância (ACHENBACH; EDELBROCK, 1978; ACHENBACH; RESCORLA, 2001).

Neste sentido, indivíduos com DI, se comparados com a população geral, apresentam mais dificuldades no acesso aos serviços de saúde, o que implica na identificação tardia de comorbidades e em intervenções que não preconizam suas reais necessidades (TROLLOR et al., 2018).

Estudo realizado por Soltau et al. (2015), composto por 1.226 crianças e adolescentes com DI leve a profundo, foi identificado que um quarto das crianças alemãs apresentavam a coocorrência de problemas emocionais e comportamentais (comportamento agressivo, queixas somáticas de fundo emocional, sintomas de ansiedade e depressão). Além disso, pesquisas recentes mostram que indivíduos com DI apresentam risco de três a quatro vezes maior para transtornos psiquiátricos, estudos internacionais mostram que entre 40% a 60% dessas pessoas apresentam sintomas que preenchem critérios para transtornos psiquiátricos (MAZZA et al., 2019; PLATT et al., 2019).

Uma metanálise realizada por Mazza et al. (2019) sobre prevalência de transtornos psiquiátricos em adultos e adolescentes com DI que incluiu 22 estudos elegíveis, foi identificado em ordem crescente presença de Transtorno de Humor (6,7%), Transtornos de Ansiedade (5,5%), Esquizofrenia (4,8%), Transtorno Psicótico Não Especificado (3,9%) e Transtornos de Personalidade (2,8%), contudo, os autores

ressaltam a variabilidade encontrada nos resultados devido à alta heterogeneidade e diferentes metodologias adotadas nos artigos selecionados.

Em estudo realizado por Whitney et al. (2019), sobre fatores associados à depressão e ansiedade em crianças com DI e identificou presença de sintomas depressivos 15,4% e 33,9% de ansiedade nas crianças avaliadas, além disso, comorbidades como TEA e TDAH e situações de *bullying*, foram associados a maior risco para depressão ou ansiedade na população estudada.

Destaca-se que, adolescentes com DI leve a moderado apresentam maior risco para transtornos psiquiátricos do que adolescentes com desenvolvimento típico, sendo que os sintomas estão presentes antes do início da adolescência (abaixo de 11 anos) (HATTON; EMERSON, 2017).

As manifestações psiquiátricas geralmente começam insidiosamente com apresentação atípica e são comumente descartadas como manifestações espectrais da DI. A escolha de instrumentos como entrevistas diagnósticas estruturadas podem influenciar no diagnóstico preciso das comorbidades psiquiátricas. Como consequência, eventualmente, recorre-se apenas ao tratamento sintomático, o que pode não resolver todas as dificuldades que o indivíduo apresenta. Nesse sentido, é importante que haja por parte dos profissionais envolvidos no processo de avaliação, zelo para identificar a presença de transtornos comportamentais e/ou psiquiátricos (KISHOR, UDIPI & SESHADRI, 2019).

Problemas de comportamento também são observados na DI, pesquisas anteriores mostram a prevalência de queixas comportamentais de três a sete vezes maior do que em crianças e adolescentes sem DI (EMERSON; HATTON 2007; EMERSON, 2015; HAUSER-CRAM, 2015). Crianças com DI tendem a apresentar mais problemas de comportamentos externalizantes (comportamento agressivo, hiperatividade, comportamentos opostos e desafiadores) e internalizantes (ansiedade, depressão) quando comparadas com crianças neurotípicas (BAILEY et al., 2019). Predescu et al. (2020), acrescenta que déficits na atenção, observados habitualmente em indivíduos com DI afetam significativamente o comportamento e a aprendizagem.

Comportamentos desafiadores são frequentemente relatados por cuidadores, podendo se manifestar como uma agressão episódica ao outro e ao ambiente, autoagressão e outros comportamentos socialmente inadequados que impedem o

indivíduo de participar plenamente da rotina familiar e ou social (EMERSON; STEWART, 2011). As dificuldades identificadas no comportamento social (por exemplo, dificuldades na interação social, nas habilidades sociais e de relacionamento entre pares, estão associados com déficits no funcionamento adaptativo (KEARNEY; HEALY, 2011). Comorbidades entre TEA e DI estão associadas à déficits mais graves no funcionamento adaptativo e maior número de problemas comportamentais e emocionais de acordo com relato de pais e/ou responsáveis (MOUGA et al., 2015).

Diante disso, o próximo tópico abordará o TEA caracterizando o transtorno em função de seus principais comorbidades e PEC associados.

3. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por comportamentos repetitivos, interesses restritos, déficits na interação social e comunicação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 53). Os critérios diagnósticos de acordo com a classificação do DSM-5, serão apresentados abaixo.

- A. Déficit persistentes na comunicação social recíproca e na interação social;
- B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades;
- C. Sintomas presentes desde o início da infância;
- D. Esses sintomas limitam ou prejudicam o funcionamento diário;
- E. Os déficits não são melhores explicados por outros transtornos como deficiência intelectual ou atraso global do desenvolvimento.

Segundo os critérios do DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) os prejuízos na comunicação e interação social englobam déficits na reciprocidade emocional (por exemplo, ausência ou parcial compartilhamento interesses, emoções ou afeto), dificuldades nos comportamentos comunicativos não verbais (por exemplo, anormalidade no contato visual) e déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos (dificuldade de regular o comportamento em contexto social).

As estereotipias motoras (balanceio de tronco, *flapping*, andar nas pontas dos pés entre outras), estão relacionadas aos comportamentos repetitivos assim como o uso de objetos de maneira estereotipadas (enfileirar carrinhos) e presença de fala repetitiva (ecolalias imediatas e tardias). Interesse excessivo em determinados

assuntos e brincadeiras, caracterizam os interesses restritos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Hiperreatividade ou hiporreatividade a estímulos sensoriais são observadas em alguns indivíduos com TEA, eles podem apresentar uma indiferença aparente a dor e reações exacerbadas aos sons, texturas ou cheiros (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; NIETO; LÓPEZ; GANDÍA, 2017; KOEHLER et al., 2018).

Fatores de risco como histórico familiar de transtorno psiquiátrico, idade dos genitores, prematuridade, baixo peso ao nascer, fatores genéticos estão associados ao autismo, além disso, assim como na DI, há prevalência maior no sexo masculino (JOKIRANTA et al., 2013; GIDAYAET et al., 2014; ESTES; MCALLISTER, 2016).

O TEA acarreta impactos negativos no funcionamento adaptativo e no comportamento social, os déficits em habilidades cognitivas, sociais e adaptativas observadas estão associados às gravidades dos déficits intelectuais, por exemplo, crianças com TEA e com rebaixamento intelectual tendem a apresentar déficits mais graves no funcionamento adaptativo do que aquelas com inteligência dentro da média (QI > 85) (ITZCHAK et al., 2008; BENNETT et al., 2014).

Dados do Centro de Controle de Doenças dos EUA (*Center for Disease Control and Prevention / CDC*, 2020), mostram a prevalência de 1 autista para 54 crianças, indicando uma alta nos números de casos diagnosticados, esse aumento foi observado também em outros países, como México e Reino Unido (XU et al., 2019; GONZÁLEZ-CORTÉS et al., 2019). Essa alta nos números pode estar ligada a maior frequência de avaliações em crianças e adultos com suspeita de TEA, aprimoramento dos critérios de diagnóstico e comportamento, e aumento no uso de escalas ecológicas (GONZÁLEZ-CORTÉS et al., 2019).

No Brasil, um estudo epidemiológico sobre Transtornos Globais do Desenvolvimento identificou a prevalência 2,7 por 1000 de casos de autismo (PAULA; RIBEIRO; TEIXEIRA, 2011). Em outra pesquisa envolvendo 1715 alunos da rede pública do ensino fundamental I de quatro regiões metropolitanas brasileiras, apontou a prevalência de 1% de casos suspeitos de TEA (PARASMO; LOWENTHAL; PAULA, 2015).

Assim como na DI, a coocorrência com problemas comportamentais e emocionais é frequentemente observada no TEA, diante disso, o próximo tópico versará sobre as repercussões nesse transtorno.

3.1. Problemas comportamentais e emocionais no Transtorno do Espectro Autista

Estudos epidemiológicos têm indicado alta prevalência de problemas comportamentais e emocionais em crianças com TEA e por isso há necessidade da avaliação desses aspectos nessa população, principalmente em crianças com diagnóstico tardio, uma vez que a falta de atendimentos específicos às necessidades de uma pessoa com TEA oportuniza o agravamento dos déficits em habilidades de linguagem, comunicação social, habilidades cognitivas, problemas de comportamento, dentre outros (BITSIKA et al., 2016; TSAI et al., 2020).

Comorbidades do TEA com diferentes transtornos psiquiátricos são frequentemente reportadas. Estudo de revisão sistemática e metanálise a respeito da prevalência de comorbidades em indivíduos autistas, mostrou a presença de Transtorno de Ansiedade (20%), Depressão (11%), Transtorno Obsessivo-compulsivo (9%), Transtornos Bipolares (5%) e Esquizofrenia (4%) nos artigos selecionados (LAI et al., 2019). Outros estudos descrevem presença de déficits atencionais associados a hiperatividade, bem como comportamentos desafiadores e de oposição, sendo que, cerca de 28% a 53% das crianças com TEA atendiam aos critérios para TDAH e entre 7% e 37% preenchiam critérios para Transtorno Desafiador de Oposição (SALAZAR et al., 2015; HOWES et al., 2018).

Olsson et al. (2017), em seu estudo verificou que os cuidadores de crianças com TEA relataram que seus filhos apresentavam problemas comportamentais externalizantes que interferiam em muitas situações da vida diária. Além de sintomas de atenção, hiperatividade, impulsividade e ansiedade. Assim como, presença de epilepsia segundo Jokiranta et al. (2014), aumenta o risco para problemas comportamentais, transtornos de humor e problemas de atenção.

De modo geral, indivíduos com TEA e DI concomitante apresentam mais chances de ocorrência de sintomas de hiperatividade, problemas de comportamento, dificuldades emocionais, dificuldades em desenvolver habilidades sociais, entre outros (BENNETT et al., 2014; HYMAN; LEVY; MYERS, 2020). Fatores como gravidade dos sintomas e nível intelectual rebaixado são associados com maiores taxas de problemas comportamentais internalizantes (sintomas de ansiedade e depressão) e externalizantes (comportamentos agressivos e desafiadores) (TSAI et al., 2020).

A identificação de problemas comportamentais e emocionais podem auxiliar nas diferenças fenotípicas das populações de TEA, o que pode influenciar o prognóstico e a escolha das intervenções (HYMAN; LEVY; MYERS, 2020).

Neste sentido, o próximo capítulo versará sobre as políticas públicas direcionadas para a identificação da DI e TEA no Brasil, bem como a trajetória dos pais em busca do diagnóstico.

4. DIRETRIZES NACIONAIS PARA O DIAGNÓSTICO DA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NO BRASIL

No Brasil ao longo das últimas duas décadas tem sido implementada políticas públicas que visam assegurar e ampliar o acesso de pessoas com deficiência à saúde, educação, trabalho entre outras áreas. Impulsionado principalmente pela “Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência” realizada em Nova Iorque e o Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 que propõe promover, proteger e assegurar todos os direitos das pessoas com deficiência, além de definir que

[..] pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde publicou dois documentos cujo objetivo é fornecer orientações para avaliação e tratamento de indivíduos com TEA no Sistema Único de Saúde (SUS). O primeiro documento refere-se às "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)" e direciona às intervenções para o campo da reabilitação (BRASIL, 2014). O segundo, a "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde" (BRASIL, 2015), propõe que as ações de cuidado devem estar atreladas à rede de atenção psicossocial e também traz considerações importantes para o diagnóstico. Além disso, a secretária de saúde do estado de São Paulo em 2013 publicou o protocolo de diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes com TEA no estado (SAÚDE, 2013).

Os três documentos são enfáticos em ressaltar a importância na identificação precoce dos sinais e o início imediato de intervenções, ainda que posteriormente o

diagnóstico de TEA não se confirme. Eles destacam que o diagnóstico é clínico e deve ser feito de acordo com os critérios da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª edição (CID-10) (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015, SAÚDE, 2013).

Além disso, o diagnóstico deve ser realizado por equipe interdisciplinar composta no mínimo por médico (psiquiatra, neurologista ou pediatra), psicólogo e fonoaudiólogo. A avaliação diagnóstica deve ressaltar as potencialidades do indivíduo e sua família (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015, SAÚDE, 2013).

O nível de funcionalidade do indivíduo deverá ser avaliado, visto que irá auxiliar nas escolhas de intervenções que a criança deverá ser inserida, assim sendo, a avaliação da funcionalidade deverá considerar a gravidade dos sintomas de TEA, nível cognitivo e as habilidades adaptativas (autocuidado, independência etc.) (SAÚDE, 2013).

Os documentos, discorrem a respeito de instrumentos e escalas que podem ser utilizados no processo de avaliação para rastreio (*Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT); *Autism Behavior Checklist* (ABC) entre outras) (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015), além de instrumentos para avaliação dos aspectos intelectuais (versão das Escalas de Inteligência Wechsler para Crianças e Adultos) e de linguagem (Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem (ADL); Teste de Linguagem Infantil (AFW)) específicos das áreas de psicologia e fonoaudiologia respectivamente (SAÚDE, 2013).

Há diretrizes para a importância do diagnóstico diferencial (ansiedade por separação, mutismo seletivo, baixa acuidade auditiva ou deficiência auditiva entre outros) e avaliação de comorbidades (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015, SAÚDE, 2013).

O documento “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)” destaca a importância da entrevista com os responsáveis, discorrendo sobre itens fundamentais para auxiliar no diagnóstico conforme apresentado no quadro 1. Além de orientações para observação direta do comportamento e interação social, com exemplos de situações e comportamentos que o profissional deverá ficar atento.

Quadro 1 – Diretrizes para entrevista com os pais

Itens para investigação	Exemplo
Desenvolvimento neuropsicomotor	Idade do balbucio, primeiras palavras e frases etc.
Atenção compartilhada	A criança mostra ou traz o objeto para perto do rosto do parceiro ou aponta objetos/eventos de interesses variados apenas para compartilhar?
Respostas/iniciativas sociais relacionadas a outras pessoas	Há iniciativa de aproximação ou interesse por outras pessoas (observa outras crianças brincando, é capaz de responder, mas não toma a iniciativa)?
Comportamentos de apego	Checa a presença dos pais ou cuidadores em lugares estranhos?
Afetividade	Há expressão emocional apropriada ao contexto (por exemplo: sorriso coerente com a situação)?
Brincadeiras	Apresenta brincadeira de “faz de conta” (fazer estorinhas com os brinquedos, fazer um boneco conversar com o outro, usar um objeto para representar outro)?
Comportamentos repetitivos e estereotipados	Há movimentos dos dedos e das mãos junto ao corpo? Há balanço do corpo? Há movimentos dos braços (flapping)?
Sensibilidade sensorial	Nota-se hipersensibilidade a barulhos comuns? (reações como cobrir as orelhas, afastar-se, chorar).
Problemas de comportamento	Demonstra hiperatividade (agitação intensa)? Destroi objetos com frequência?
Outras informações	Antecedentes familiares, idade que os sinais primeiros foram observados, problemas com sono, alimentação, etc.

Fonte: Diretrizes nacionais para diagnóstico da deficiência intelectual e o TEA no Brasil (BRASIL, 2014)

Ademais nos três documentos há diretrizes acerca do planejamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que deverá ser elaborado por equipe multidisciplinar baseado nas demandas atuais da pessoa com TEA e sua família (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015, SAÚDE, 2013).

Com relação ao processo diagnóstico de pessoas com DI, a Portaria Conjunta nº 21 de 25 de novembro de 2020, discorre sobre o protocolo para o diagnóstico etiológico da Deficiência Intelectual (BRASIL, 2020).

Essa portaria destaca que antes dos cinco anos de idade os profissionais devem ficar alertas aos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor e após essa idade quando possível, a criança deve passar por avaliação neuropsicológica, com o uso de instrumentos padronizados (BRASIL, 2020).

A portaria recomenda que independente da etiologia da DI é necessário que o indivíduo passe por avaliação / acompanhamento fisioterapêutico, fonoaudiológico, terapia ocupacional, psicológico e pedagógico, além de acompanhamento médico clínico ou especializado, aconselhamento genético e práticas integrativas e complementares focadas na melhora na qualidade de vida e habilidades adaptativas (BRASIL, 2020).

Ademais ela reforça a importância da investigação etiológica da DI (principalmente a investigação genética em casos de fenotípico reconhecível) que poderá auxiliar no direcionamento das intervenções e no prognóstico. Além disso, enfatiza que independente da etiologia da DI, uma vez identificado atraso no desenvolvimento e/ou DI é necessário o início de intervenções pertinentes imediatamente (BRASIL, 2020).

Apesar da existência de políticas públicas direcionadas para o diagnóstico no TEA e DI, as famílias podem encontrar barreiras que podem contribuir para o diagnóstico tardio dos seus filhos, neste sentido, o próximo tópico versará sobre a busca dos pais pelo diagnóstico.

4.1 Trajetórias de pais na procura de diagnóstico de Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista

Os primeiros sinais de DI podem se manifestar por meio de atrasos de linguagem receptiva e/ou expressiva, nas habilidades adaptativas (ir ao banheiro, vestir-se sozinho, etc.), déficits motores finos, na resolução de problemas, imaturidade social entre outros. No TEA, em crianças pré-escolares os sintomas tendem a ser

percebidos pelos pais, por meio de atraso de linguagem, contato visual ausente ou empobrecido, dificuldade de interação social, interesse restrito (brincadeiras ou assuntos) etc. (PURUGGANAN, 2018; LERTHATTASILP; TANPRASERTKUL; CHUNSUWAN, 2020). Ressalta-se que sinais sutis ou que aparecem gradualmente, nos dois transtornos contribuem para a identificação tardia geralmente após os cinco anos (COELHO-MEDEIROS et al., 2019).

De modo geral os pais começam a manifestar preocupações acerca do desenvolvimento da criança antes dos 24 meses de idade, assim sendo, a *American Academy of Pediatrics* recomenda para ambos transtornos que os pediatras fiquem atentos aos sinais de atrasos de desenvolvimento e encaminhem imediatamente para intervenção ou avaliação especializada quando pertinente. Especificamente no TEA, há orientações que sejam realizadas avaliações de triagem durante consultas de puericultura (HOCK TOH et al., 2017; GOODWIN; MATTHEWS; SMITH, 2019).

Boshoff et al. (2019), acrescentam que apesar dos pediatras serem normalmente os primeiros a serem procurados, muitos pais relatam que esses profissionais desprezam ou minimizam suas preocupações e tendem a defender uma abordagem de "esperar", o que pode atrasar o acesso ao diagnóstico da criança ou as intervenções precoces. Em contrapartida há relatos de profissionais na atenção primária de saúde sobre a falta de treinamentos específicos para realizar avaliações de triagem para TEA e DI (RIVARD et al., 2021).

No Brasil, se houvesse de fato a implementação de políticas públicas referente ao uso obrigatório de instrumentos de rastreio como M-CHAT no atendimento pediátrico de crianças entre 18 e 30 meses (que é recomendado pelas diretrizes criadas pelo MS para avaliação e tratamento no TEA), é provável que haveria aumento no diagnóstico precoce como preconizado e utilizado em políticas públicas de outros países, inclusive países em desenvolvimento (BRASIL, 2014; COELHO-MEDEIROS et al., 2017; TOH et al., 2018; SUTANTIO et al., 2021).

Além disso, o acompanhamento dos marcos de desenvolvimento por meio da carteira de vacinação, pode contribuir por exemplo, para identificação de atrasos na linguagem e problemas comportamentais e emocionais (agressividade, isolamento social etc.), que visam corroborar com intervenções precoces e orientações assertivas às famílias (BRASIL, 2012). No entanto, Gabrielsen et al. (2015), alerta que o monitoramento dos marcos de desenvolvimento por si só pode não ser o suficiente

para identificar crianças que necessitam de avaliação especializada, visto que os sintomas característicos dos transtornos podem não se manifestar durante as consultas e os pais/cuidadores podem não relatar preocupações relacionadas ao TEA ou DI, a menos que sejam realizadas perguntas específicas e por isso a combinação do acompanhamento do desenvolvimento e o uso de instrumentos de triagem é essencial para a identificação precoce de sinais nos dois transtornos.

Destaca-se que, no Brasil, receber o diagnóstico precoce não garante que a criança tenha acesso aos tratamentos ou a intervenções adequadas, visto que há escassez de profissionais e serviços especializados. O estudo de Regina et al. (2015), identificou baixa porcentagem de crianças inseridas em serviços de saúde e que frequentavam a educação especializada.

Referente a DI, Tassé et al. (2019), discorre que a identificação adequada é fundamental para garantir dados epidemiológicos precisos que auxiliam na elaboração de atendimentos especializados incluindo intervenção precoce, apoio educacional e desenvolvimento das habilidades adaptativas, que visam melhorar o funcionamento global e qualidade de vida da criança.

Estudos internacionais apontam que as famílias podem enfrentar atrasos no encaminhamento, falta de continuidade nos atendimentos pelos profissionais, burocracias administrativas, falta de informações sobre a avaliação e necessidade de realizar o processo avaliativo em instituições ou serviços diferentes (RIVARD et al., 2021). Além disso, pesquisas conduzidas nos Estados Unidos sugerem que famílias com baixo nível socioeconômico podem enfrentar mais dificuldades em ter acesso aos serviços de saúde, o que pode acarretar longa espera por respostas mais efetivas (MAGAÑA et al., 2013; ZUCKERMAN et al., 2017).

Outros pesquisadores acrescentam que a trajetória por respostas pode interferir na vida financeira, social e ocupacional familiar. Especificamente da dinâmica financeira os custos tendem a aumentar de acordo com exames genéticos e avaliações recomendadas para a investigação de TEA ou DI (DRAGOJLOVIC et al., 2019).

De modo geral, os pais consultam cinco ou mais profissionais antes de obter o diagnóstico (ARAÚJO, 2012; CONSTANTINO et al., 2020; RIVARD et al., 2021), no entanto, o número de profissionais consultados é associado à menor qualidade percebida pelos pais durante essa trajetória (RIVARD et al., 2021). Os autores

acrescentam que fatores como: descontinuidade nos serviços, repetir as mesmas informações para vários profissionais e preencher formulários redundantes podem contribuir com essa percepção sobre os serviços frequentados. Por outro lado, as famílias compreendem e avaliam de forma positiva que a criança seja avaliada por diversas áreas.

Na busca por respostas a respeito das dificuldades apresentadas pelo filho, a família pode esbarrar na falta de profissionais especializados, diante disso, Tassé et al. (2019), sugere a avaliação de indicadores comportamentais que possam auxiliar a avaliação clínica na DI e que serão incluídos na CID-11. Esses indicadores abrangem aspectos das habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas e os exemplos são distribuídos de acordo com o que é esperado em cada nível de gravidade da DI (TASSÉ et al., 2019).

Os indicadores comportamentais destinam-se a auxiliar os médicos na interpretação e orientação de dados disponíveis para tomada de decisão clínica na determinação do nível de funcionamento do indivíduo nos três domínios de habilidades adaptativas. Além disso, os indicadores possibilitam caracterizar o curso da DI ao longo da vida, incluindo sintomatologia, gravidade e comprometimento do comportamento adaptativo (TASSÉ et al., 2019).

Durante a procura pelo diagnóstico os cuidadores podem ser orientados a iniciar intervenções, no estudo de Rivard et al. (2021), composto por 259 pais de crianças com TEA, DI ou atraso no desenvolvimento, os resultados indicaram que 25% das famílias relataram ter recebido serviços de apoio ou intervenção antes do diagnóstico final (intervenção fonoaudiológica ou psicológica). Na pesquisa de May, Brignell e Williams (2021), dos 91 pais de crianças que foram diagnosticadas com TEA aos 6 anos, 42,5% relataram que o filho havia passado por intervenção fonoaudiológica e 79,7% por intervenções comportamentais e / ou psiquiátricas anteriores, assim como, dos 43 cuidadores de crianças que foram diagnosticadas aos 10 anos indicaram que 40,2% realizou intervenção fonoaudiológica e 57,6% que foram submetidas a intervenções comportamentais ou psiquiátricas prévias.

O manejo inicial feito pelo profissional da atenção básica de saúde, favorece o encaminhamento para intervenções em áreas como fonoaudiologia, terapia ocupacional ou programa de estimulação do desenvolvimento, que em crianças com

suspeita de TEA ou DI é fundamental (LERTHATTASILP; TANPRASERTKUL E CHUNSUWAN, 2020).

Ainda no estudo de May, Brignell e Williams (2021), apesar do relato dos pais sobre ter acesso as intervenções comportamentais ou psiquiátricas, as crianças que tiveram diagnóstico tardio apresentaram mais problemas de comportamentos ao longo do tempo. Tais resultados sugerem que os tratamentos a qual a criança possa ter sido exposta não supriram suas reais necessidades.

Diante disso, o diagnóstico tardio, tanto no TEA como na DI, pode contribuir com o surgimento de problemas comportamentais e emocionais que podem acarretar prejuízos no desenvolvimento pessoal, social e acadêmico. Contudo, no Brasil, há escassez de estudos que mostrem as repercussões na demora do diagnóstico e os problemas comportamentais/emocionais na população supracitada. A partir desta demanda foi planejado o estudo, cujos objetivos serão detalhados em seguida.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Caracterizar o perfil cognitivo, comportamental e o uso de serviços de saúde e educação de crianças e adolescentes com diagnóstico tardio de Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista avaliadas no ambulatório DISAPRE do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

5.2 Objetivos Específicos

- 1- Caracterizar o perfil cognitivo e comportamental de crianças com diagnóstico de Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista.
- 2- Mapear o intervalo de tempo entre as primeiras preocupações relatadas pelos pais/cuidadores e o diagnóstico de TEA e DI.
- 3- Verificar associação entre problemas emocionais-comportamentais com o intervalo de tempo transcorrido entre as primeiras preocupações relatadas pelos pais/cuidadores e o diagnóstico de TEA e DI.
- 4- Mapear os tipos de intervenções recebidas pelas crianças antes do diagnóstico e verificar sua associação com os problemas emocionais-comportamentais.

6. MÉTODO

6.1 Desenho e local do estudo

O desenho do estudo é exploratório e descritivo. O local de coleta dos dados foi o ambulatório do Laboratório de Pesquisa em Dificuldades, Distúrbios de Aprendizagem e Transtornos da Atenção (DISAPRE), da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

6.2 Amostra

A amostra do estudo foi composta por dados secundários de 106 crianças e adolescentes avaliados entre março de 2017 a março de 2019 para fins de diagnóstico no Laboratório de Pesquisa em Dificuldades, Distúrbios de Aprendizagem e Transtornos da Atenção (DISAPRE). Os critérios de inclusão para o presente estudo foram: a) diagnóstico de TEA ou DI dado pelo ambulatório DISAPRE; b) idade entre 6 e 15 anos. Os critérios de exclusão foram ter diagnóstico ou hipótese diagnóstica de transtornos do neurodesenvolvimento comórbidos como TDAH ou Transtorno Específico de Aprendizagem.

No ambulatório são atendidas crianças de 6 a 16 anos com queixas relacionadas a atrasos de desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, problemas comportamentais etc. Os pacientes são encaminhados via escolas, profissionais da saúde da rede pública e particular, serviços de saúde ou procura espontânea. Entre 2017 a 2019, foram atendidos cerca de 400 crianças e adolescentes, das 106 crianças selecionadas para o estudo, 50 foram encaminhadas com hipótese diagnóstica de DI, 28 de TEA, 7 de outros transtornos do neurodesenvolvimento (TDAH e Transtornos Específicos de Aprendizagem) e 21 sem hipótese diagnóstica inicial.

O diagnóstico de TEA e DI no serviço é baseado nos critérios clínicos do DSM-5 (APA, 2014) e na avaliação interdisciplinar que engloba as áreas da neuropsicologia, psicopedagogia, fonoaudiologia e médica. Em média são realizados cinco atendimentos com a criança para avaliação do funcionamento cognitivo por meio da Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV). Com os responsáveis é realizada entrevista de anamnese com intuito de investigar o histórico clínico, queixas primárias e secundárias, antecedentes familiares entre outros aspectos, ao longo do processo avaliativo os pais são convidados a responder instrumentos cujo objetivo é avaliar o funcionamento adaptativo (Vineland Adaptive Behavior Scale) e possíveis problemas comportamentais e emocionais (Inventário de Comportamentos para

Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos (CBCL/6-18). Ao final do processo é fornecido o relatório composto por uma síntese dos resultados de todas as áreas, diagnóstico ou hipótese diagnóstica, além de sugestões de encaminhamento para intervenção.

6.3 Instrumentos

Os dados extraídos dos prontuários do DISAPRE foram referentes aos resultados de avaliação para a qual foram utilizados os instrumentos e procedimentos abaixo:

a) Dados sociodemográficos e clínicos das crianças/adolescentes: foram extraídos dos prontuários dos pacientes dados de identificação dos pais ou cuidadores (escolaridade) e da criança/adolescente, sexo e idade da criança/adolescente, idade da criança quando foram relatadas as primeiras preocupações dos pais/cuidadores em relação à suspeita de algum sinal dos transtornos (por exemplo, relato de atraso de linguagem, atraso neuropsicomotor, problemas de comportamento e dificuldade de interação social), idade da criança/adolescente quando recebeu o diagnóstico no ambulatório DISAPRE, causas biológicas associadas à DI ou ao TEA, por exemplo, síndromes genéticas (Síndrome do X frágil, Síndrome Alcoólica Fetal, etc.), tipo de intervenções e avaliações realizadas anteriormente ao diagnóstico (psicológica, fonoaudiológica, psicopedagógica e médica).

b) Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos (CBCL/6-18): o CBCL/6-18, aplicado no DISAPRE é um inventário composto por 138 itens, sendo 118 referentes à problemas de comportamento e 20 sobre competências nas áreas de atividades, social e escolar que foram respondidas pelos pais/cuidadores responsáveis das crianças baseado nos últimos 6 meses. Os itens correspondentes aos problemas comportamentais e emocionais são agrupados em escalas de síndromes (isolamento/depressão, ansiedade/depressão, queixas somáticas, problemas sociais, problemas com o pensamento, problemas de atenção, violação de regras e comportamento agressivo), escalas orientadas pelo DSM (problemas afetivos, problemas de ansiedade, problemas somáticos, problemas de déficit de atenção e hiperatividade, problemas de oposição e desafio, problemas de conduta), escala de problemas internalizantes (isolamento/depressão,

ansiedade/depressão, queixas somáticas), escala de problemas externalizantes (violação de regras e comportamento agressivo) e escala total de problemas comportamentais e emocionais. Ainda o CBCL/6-18 possui três escalas que são pensamento cognitivo lento, problemas obsessivos-compulsivos e problemas de estresse. A classificação de faixas das escalas de competências nas áreas escolar, social e de realização de atividades adota: normal=escores T acima de 35; limítrofe=escores T entre 30 e 35 e clínico=escores T \leq 29. A classificação dos escores T (escores padronizados) das escalas de problemas de comportamento adota o seguinte padrão de classificação: normal (escores abaixo de 65), limítrofe (escores entre 65 e 69) e clínico (escores \geq 70) (ACHENBACH et. al, 2001). A versão em português do Brasil foi traduzida e adaptada culturalmente por Bordin e colaboradores (2013) com resultados baseados em análise de equivalência semântica, equivalência de critério e equivalência conceitual (BORDIN et al., 2013). Evidências de validade e precisão foram testadas para o CBCL por Rocha e colaboradores (2013) com resultados satisfatórios, também. Neste estudo foram utilizados os dados das escalas de problemas internalizantes, externalizantes e escala total de problemas comportamentais e emocionais.

c) Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV): essa escala que faz parte do protocolo de avaliação no DISAPRE e tem como objetivo avaliar a capacidade intelectual de crianças e adolescentes de 6 anos a 16 anos. Ela é composta por 15 subtestes, sendo 10 principais (semelhanças, vocabulário, compreensão, cubos, conceitos figurativos, raciocínio matricial, dígitos, sequência números e letras, código e procurar símbolos), cinco complementares (informação, raciocínio com palavras, completar figuras, aritmética e cancelamento), e é composto de quatro índices: Índice de Compreensão Verbal (semelhanças, vocabulário, compreensão), Índice de Organização Perceptual (cubos, conceitos figurativos, raciocínio matricial), Índice de Memória Operacional (dígitos, sequência números e letras) e Índice de Velocidade de Processamento (código e procurar símbolos), o somatório dos quatro índices gera como resultado final o QI Total (Quociente de Inteligência). A classificação é baseada nos escores padronizados: muito superior (QI de 130 ou mais), superior (QI de 120 a 129), médio superior (QI de 110 a 119), médio (QI de 90 a 109), médio inferior (QI de 80 a 89), limítrofe (QI de 70 a 79) e extremamente baixo (QI abaixo de 69)

(WECHSLER, 2013). Neste estudo foram utilizados os dados relativos aos resultados dos Índice de Compreensão Verbal, Índice de Organização Perceptual, Índice de Memória Operacional, Índice de Velocidade de Processamento e o QI total.

d) Vineland Adaptive Behavior Scale: para análise do perfil do comportamento adaptativo foi coletado no DISAPRE os resultados da escala Vineland, respondida pelos pais/cuidadores das crianças. Trata-se de uma escala que avalia comportamento adaptativo de crianças, adolescentes, adultos e idosos situados na faixa etária de 0 a 90 anos, cujos itens são distribuídos em 4 domínios que são comunicação (receptiva, expressiva e escrita), autonomia (pessoal, doméstica e comunitária), socialização (relações interpessoais, lazer e regras sociais) e motricidade (fina e grossa). A avaliação do domínio motricidade, é recomendado para crianças abaixo de 6 anos de idade, além disso, o instrumento apresenta escala adicional a respeito dos comportamentos desajustados. A escala possui tradução livre para português, porém não foram encontrados estudos de evidências de validade, precisão nem normatização para população brasileira. (SPARROW, BALLA e CICCHETTI, 2005). Neste estudo foram utilizados os dados relativos as escalas de comunicação, socialização, autonomia e somatória total das pontuações.

6.4 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Presbiteriana Mackenzie, sob parecer nº 4.632.789 (Anexo A). A extração dos dados dos prontuários ocorreu no período de junho de 2021 a agosto de 2021.

6.5 Procedimentos de análise de dados

Mediante o programa de estatística JASP Statistics, versão 0.15, foram efetuadas análises descritivas para caracterização da amostra em termos de sexo, idade, idade dos primeiros sinais, idade do diagnóstico e tipos de intervenções e avaliações recebidas antes do diagnóstico. Os dados do CBCL/6-18 foram digitados no software *Assessment Data Manager* (ADM), versão 7.2, que permite a conversão dos escores brutos das escalas em escores T (escores padronizados por idade e sexo). A partir dessa conversão as competências e dificuldades emocionais dos

participantes podem ser classificadas nas faixas normal, limítrofe e clínica (ACHENBACH; RESCORLA, 2001; BORDIN et al., 2013). Os dados do WISC-IV foram tabulados seguindo o manual de correção do instrumento. Foram efetuadas análises de correlação de *Pearson* para verificar associação entre o intervalo de tempo transcorrido entre os primeiros sinais dos transtornos e a idade do diagnóstico e entre o número de intervenções recebidas antes do diagnóstico com o número de problemas comportamentais/emocionais. Para a correlação foi adotada a seguinte parametrização: $<0,3$ =correlação fraca; entre 0,3 e 0,7= correlação moderada; $>0,7$ =correlação forte (COHEN, 1988). Para verificação do tamanho de efeito das correlações foi utilizado: $r=0.10$, efeito pequeno; $r=0.30$, efeito médio; $r\geq 0.50$, efeito grande (COHEN, 1992). O teste *Mann-Whitney* foi utilizado para verificar diferenças em função do diagnóstico (TEA e DI) referente ao intervalo de tempo transcorrido entre os primeiros sinais e o diagnóstico e problemas comportamentais/emocionais. O teste *t* para amostras independentes foi utilizado para verificar diferenças no funcionamento cognitivo / adaptativo e problemas internalizantes e externalizantes entre os grupos. Para este teste também foi testada a magnitude de efeito mediante o teste *d* de Cohen (0.20-magnitude pequena, 0.50-magnitude média e 0.80-magnitude grande). Ademais, foram considerados estatisticamente significativos os resultados com valor de $p<0.05$ e marginalmente significativos $p\leq 0.10$ (FIELD, 2009).

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta a caracterização da amostra das 106 crianças e adolescentes avaliados ao longo de dois anos para fins de diagnóstico no Laboratório de Pesquisa em Dificuldades, Distúrbios de Aprendizagem e Transtornos da Atenção (DISAPRE).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra de crianças e pais participantes

Variáveis	n (%)	Média (desvio padrão)
Dados das crianças		
Idade		10,03 (2,2)
Diagnóstico		
DI	69 (65,1%)	-
TEA	37 (34,9%)	
QI		
DI		61,87 (5,2)
TEA		87,95 (17,0)
Sexo		
Masculino	74 (69,8%)	-
Feminino	32 (30,2%)	-
Escolaridade		
1º ano	5 (4,7%)	-
2º ano	20 (18,9%)	-
3º ano	21 (19,8%)	-
4º ano	21 (19,8%)	-
5º ano	16 (15,1%)	-
6º ano	8 (7,5%)	-
7º ano	8 (7,5%)	-
8º ano	3 (2,8%)	-
9º ano	4 (3,8%)	-
Tipo de escola		
Pública	98 (92,5%)	-
Privada	8 (7,5%)	-
Procedência		
Campinas	47 (44,3%)	-
Outras cidades	59 (55,7%)	-

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra de crianças e pais participantes (Continuação)

Escolaridade dos pais (mães n= 82; pais n=77)		
Nível de escolaridade	N (%)	
Fundamental I Incompleto		
Mãe	8 (9,8%)	-
Pai	14 (18,2%)	
Fundamental II Incompleto		
Mãe	13 (15,9%)	-
Pai	10 (13%)	
Fundamental II Completo		
Mãe	14 (17,1%)	-
Pai	13 (16,9%)	
Médio Incompleto		
Mãe	8 (9,8%)	-
Pai	8 (10,4%)	
Médio Completo		
Mãe	28 (34,1%)	-
Pai	24 (31,2%)	
Ensino Técnico		
Mãe	3 (3,7%)	-
Pai	1 (1,3%)	
Superior Incompleto		
Mãe	1 (1,2%)	-
Pai	2 (2,6%)	
Superior Completo		
Mãe	7 (8,5%)	-
Pai	5 (6,5%)	

Legenda: DI: Deficiência Intelectual; TEA: Transtorno do Espectro Autista; QI: Quociente de Inteligência

Conforme dados apresentados na tabela 1, é possível verificar que a maior parte da amostra foi composta pelo sexo masculino (69,8%), com idade média de 10,03 (desvio padrão=2,2). A média do QI do grupo com DI foi de 61,87 (desvio padrão=5,2) e no TEA de 87,95 (desvio padrão=17,0). No momento da avaliação 73,6% das crianças cursava entre o 2º e 5º ano do Ensino Fundamental I com predomínio de alunos matriculados em escolas públicas (92,5%), sendo 44,3% residentes da cidade de Campinas. Com relação a escolaridade dos pais, 34,1% das

mães relataram ter ensino médio completo e 17,1% ensino fundamental II completo, em contrapartida 31,2% dos pais tinham o ensino médio completo e 18,2% ensino fundamental I incompleto.

Estudos anteriores mostraram que a baixa escolaridade materna é um fator preditor para dificuldades no acesso a serviços de saúde e diagnóstico tardio (HERLIHY et al., 2014; MODOVNIK et al., 2015; CONSTANTINO et al., 2020), contudo, os resultados encontrados no presente estudo sugerem nível alto de escolaridade quando comparado aos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, onde foi identificado que 27,4% da população brasileira tem ensino médio completo (PNAD Contínua, 2019). Diante disso, pressupõe-se que o nível de escolaridade não foi um fator preditor para o diagnóstico precoce nesta amostra.

Com relação ao mapeamento do intervalo de tempo entre as primeiras preocupações relatadas por pais/cuidadores e o diagnóstico foi verificado que a idade média relatada pelos cuidadores na observação dos primeiros sinais e surgimento de preocupações foi de 29,9 meses (desvio padrão = 19,5) para TEA e 37,9 meses (desvio padrão = 19,5) para DI. Já para os dois transtornos conjuntamente a idade foi 34,9 meses (desvio padrão=19,7). Em pesquisas desenvolvidas em outros países como Estados Unidos e Reino Unido têm-se observado uma variabilidade na idade média das primeiras preocupações familiares, contudo há evidências que os primeiros sintomas observados e relatados pelos pais ocorrem entre 14 meses a 24 meses (PURUGGANAN, 2018; GOODWIN; MATTHEWS e SMITH, 2019; LERTHATTASILP; TANPRASERTKUL e CHUNSUWAN, 2020).

No presente estudo foi observado que a média de tempo entre as primeiras preocupações ou percepções dos pais e cuidadores e o diagnóstico de DI fornecido pelo DISAPRE foi de 6,8 anos (desvio padrão = 2,2) e para TEA foi 6,4 anos (desvio padrão = 2,7). Não foram identificadas diferenças significativas na média de tempo entre os grupos ($U = 358.50$, $p = 0.62$).

Em países como Estados Unidos, Canadá e Reino Unido para os casos de crianças com suspeita de TEA o intervalo de tempo tem diminuído. Dados recentes mostram que a média é de 26 meses (Canadá), entre 2 e 4 anos nos Estados Unidos e 5 anos no Reino Unido (GOODWIN; MATTHEWS e SMITH, 2019; LERTHATTASILP; TANPRASERTKUL e CHUNSUWAN, 2020). Para a DI, países

como Finlândia reportam que as maiores taxas de diagnóstico deste transtorno ocorrem após os 4 anos de idade (WESTERINEN et al., 2017). No Brasil, estudos anteriores evidenciaram que uma parcela significativa de crianças é diagnosticada tardiamente com TEA ou DI (ARAÚJO, 2012; KARAM et al., 2016).

Os dados encontrados no presente estudo mostram que o longo intervalo entre as primeiras percepções familiares relatadas e o diagnóstico no ambulatório (mais de 6 anos), provavelmente, tenha influenciado em possíveis barreiras no acesso à suportes de educação e serviços de saúde mental especializados, uma vez que o ingresso nesses serviços ocorre mediante laudo que comprove a condição da criança.

Das 69 crianças com DI, 11 (10,3%) apresentaram marcadores diagnósticos biológicos relativos a causas genéticas de DI, a saber, epilepsia (6 crianças); Síndrome do X Frágil (2 crianças); Síndrome Alcoólica Fetal (1 criança); Mielomeningocele (1 criança) e Hemiparesia Bilateral, associada a má-formação nos dois hemisférios cerebrais (1 criança). Essas condições médicas encontradas na amostra deste estudo vão ao encontro de estudos anteriores que mostram a epilepsia, más-formações cerebrais e síndromes genéticas como fatores de risco e prognóstico para DI (SCHWARTZMAN; LEDERMAN, 2017; PURUGGANAN, 2018; MARKOVIC-JOVANOVIC et al., 2019; PATEL et al., 2020, APA, 2014).

Investigar a etiologia na DI é importante para o direcionamento adequado das intervenções, auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas voltadas para prevenção, aconselhamento genético e apoio familiar, como é enfatizado no protocolo para o diagnóstico etiológico da DI. (KARAM et al., 2016; SCHÄFER et al., 2019; BRASIL, 2019). A etiologia da DI também fornece às equipes de saúde mental subsídios clínicos para identificar fenótipos comportamentais associados a transtornos do neurodesenvolvimento que podem ser verificados oportunizando o diagnóstico precoce, por exemplo o TEA associado à Síndrome do X Frágil (KISHORE, UDIPI & SESHADRI, 2019). As síndromes e más-formações identificadas nos dados dos prontuários da amostra deste estudo, normalmente são detectadas ao nascer ou nos primeiros anos de vida da criança, no entanto, tais condições para este grupo não foram determinantes para o diagnóstico precoce da DI, o que poderia ter contribuído para um direcionamento mais adequado das intervenções (KISHORE, UDIPI & SESHADRI, 2019).

Assim como as síndromes e más-formações auxiliam na compreensão do curso da DI, a epilepsia, principalmente as refratárias, costumam comprometer diversos indicadores de desenvolvimento na criança (KISHORE, UDIPI & SESHADRI, 2019). A identificação da DI em idades precoces do desenvolvimento pode ajudar no planejamento e implementação de intervenções que poderão propiciar ganhos no desenvolvimento fundamentais para melhoras no funcionamento cognitivo e adaptativo (KISHORE, UDIPI & SESHADRI, 2019). Entretanto, apesar de 10,3% da amostra de crianças com DI ter o registro dessas condições clínicas, o diagnóstico somente foi emitido após passar por avaliação no DISAPRE, em média 6,8 anos depois das primeiras preocupações familiares.

Na nossa amostra, duas crianças com TEA receberam diagnóstico de epilepsia antes da avaliação no DISAPRE. A literatura mostra variabilidade na prevalência de epilepsia no TEA com taxas que oscilam entre 9 e 30% devido, entre outros fatores, à presença de DI (JOKIRANTA et al., 2014). No presente estudo, as crianças identificadas com epilepsia e TEA não apresentavam rebaixamento intelectual (QI = 88 e 98) ou indicativos de síndromes genéticas de acordo com informações coletadas em prontuários. Ademais, a epilepsia no TEA pode potencializar problemas comportamentais e de atenção, oscilações no humor, problemas de atenção etc. (JOKIRANTA et al., 2014).

Na tabela 2 verifica-se que o encaminhamento das crianças com DI para o DISAPRE foi feito principalmente pela escola (16%), seguido por neurologistas e neuropediatras (14,1%) e 10,4% por psicólogos. Referente aos TEA, 17,9% foram encaminhados por neurologistas e neuropediatras e 8,5% pela escola. Uma porcentagem maior de crianças com TEA e DI são diagnosticadas em idade escolar e não antes dos cinco anos de vida, possivelmente pelo aumento de demandas de aprendizagem, de socialização e de repertórios emocionais e comportamentais característicos do ambiente escolar (COELHO-MEDEIROS et al., 2019). Conjectura-se que os fatores citados acima tenham contribuído para que os cuidadores fossem orientados a procurar a avaliação oferecida pelo DISAPRE, uma vez que a maior parte da amostra (73,6%), no momento da avaliação, cursava entre o 2º e 5º ano do Ensino Fundamental I.

A maioria dos encaminhamentos foram realizados por especialistas da área de neurologia (tabela 2, 32% somatórios dos dois transtornos). Os resultados permitem formular duas hipóteses:

- a) Cautela desses profissionais em não emitir um diagnóstico, foi embasada na necessidade da avaliação interdisciplinar. O encaminhamento dessas crianças para o DISAPRE pode sustentar essa hipótese, pois é um serviço especializado que utiliza esse modelo de avaliação. Também, a respeito desta primeira hipótese, os documentos de diretrizes para avaliação diagnóstica no TEA e DI, elaborados pelo Ministério da Saúde, ressaltam a importância da participação no processo diagnóstico de diversas áreas como psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia e terapia ocupacional (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015).
- b) A segunda hipótese está relacionada à impossibilidade desses profissionais em conduzir a avaliação de todas as dimensões características de DI ou TEA para um diagnóstico (avaliação da inteligência e linguagem, por exemplo). Referente a esta segunda hipótese, Tassé et al (2019), propõe o uso de indicadores comportamentais na avaliação clínica para o mapeamento de comprometimentos em áreas do funcionamento adaptativo que possam auxiliar no julgamento clínico para tomada decisão sobre o diagnóstico de DI. A avaliação baseada nos indicadores comportamentais é uma estratégia interessante, principalmente na ausência de acesso à instrumentos adequados ou na indisponibilidade de profissionais especializados (TASSÉ et al., 2019).

Tabela 2 – Descrição dos encaminhamentos para o DISAPRE

Profissionais	Grupo	n (%)
Neurologista	DI	7 (6,6%)
	TEA	9 (8,5%)
Neuropediatra	DI	8 (7,5%)
	TEA	10 (9,4%)
Escola	DI	17 (16%)
	TEA	9 (8,5%)
Psicólogo	DI	11 (10,4%)
	TEA	2 (1,9%)
Psicopedagogo	DI	3 (2,8%)
	TEA	1 (0,9%)

Tabela 2 – Descrição dos encaminhamentos para o DISAPRE (Continuação)

Fonoaudiólogo	DI	8 (7,5%)
	TEA	-
Psiquiatra	DI	3 (2,8%)
	TEA	2 (1,9%)
Pediatra	DI	5 (4,7%)
	TEA	2 (1,9%)
Terapeuta Ocupacional	DI	-
	TEA	1 (0,9%)
Geneticista	DI	7 (6,6%)
	TEA	1 (0,9%)

Legenda: DI: Deficiência Intelectual; TEA: Transtorno do Espectro Autista.

Tanto no grupo de DI como no grupo com TEA, observou-se baixa taxa de encaminhamentos realizados por pediatras (DI=4,7%; TEA=1,9%), apesar de ser o profissional encarregado do acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento de crianças entre 0 e 16 anos, segundo Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2018). Os sinais e sintomas precoces de risco para o desenvolvimento de TEA, por exemplo, devem ser rastreados com obrigatoriedade nas consultas de rotina com os pediatras do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017). Entretanto, nossos resultados, muito provavelmente são reflexo do cenário brasileiro onde ainda há profissionais da saúde sem uma adequada formação para detecção precoce de sinais de TEA e DI, mesmo diante de condições médicas associadas a fatores etiológicos ou de risco, como observados no presente estudo (SCHÄFER et al., 2019). Estudo de Ribeiro et al. (2017), por exemplo, mostrou como pediatras brasileiros ainda não desempenham seu papel no rastreamento de sinais de TEA para diagnóstico precoce. Os autores identificaram em um grupo de 19 crianças um intervalo de, aproximadamente 3 anos, entre as primeiras preocupações dos cuidadores (filhos com média de idade de 23,6 meses) e o diagnóstico de TEA (média de idade de 59,6 meses).

Outro aspecto importante é a ausência de encaminhamentos realizados por profissionais da fonoaudiologia no grupo de TEA, visto que prejuízos e / ou atrasos em linguagem estão presentes precocemente e é um marcador importante para caracterização, intervenção e prognóstico no autismo (ARAÚJO; SOUSA e FARIAS, 2021). Diante disso, supõe-se que este resultado está relacionado à baixa taxa de

crianças com TEA que foram avaliadas anteriormente (5,7%) ou receberam intervenções (12,3%) nessa área, conforme dados apresentados na tabela 3.

Na tabela 3 são apresentados os dados relativos ao tipo de avaliação e intervenção realizada na amostra antes da avaliação diagnóstica no DISAPRE. Observa-se que 23,6% dos DI já haviam tido uma avaliação neurológica, 17,9% avaliação fonoaudiológica e 16% avaliação psicológica. Em contrapartida, 22,6% das crianças com TEA passaram por avaliação neurológica, 10,4% por avaliação psicológica e 5,7% pela avaliação fonoaudiológica.

Os dados extraídos dos prontuários do DISAPRE identificaram que 31,8% das crianças com DI já recebiam acompanhamento fonoaudiológico antes do diagnóstico (tabela 3), 27,4% intervenção psicológica e 22,6% acompanhamento neurológico. Com relação aos TEAs, 14,2% faziam acompanhamento neurológico, 12,3% intervenção fonoaudiológica, 11,3% intervenção psicológica e intervenções na escola (atendimento educacional especializado, reforço escolar, adaptação curricular ou professora auxiliar). Além disso, 17% dos casos com DI e 12,3% dos TEA da amostra fazia uso de medicação no momento do processo avaliativo realizado no DISAPRE.

Tabela 3 – Distribuição da amostra em função do tipo de avaliação e tipo de intervenção antes do diagnóstico.

Tipo de avaliação	Grupo	
	DI	TEA
	n (%)	n (%)
Psicológica	17 (16%)	11 (10,4)
Psicopedagógica	7 (6,6%)	6 (5,7%)
Fonoaudiológica	19 (17,9%)	6 (5,7%)
Neurológica	25 (23,6%)	24 (22,6%)
Psiquiatra	3 (2,8%)	6 (5,7%)
Tipo de intervenção		
Pedagógica (escola)	22 (20,8%)	12 (11,3%)
Fonoaudiológica	33 (31,1%)	13 (12,3%)
Neurológica	24 (22,6%)	15 (14,2%)
Psicológica	29 (27,4%)	12 (11,3%)
Psicopedagógica	16 (15,1%)	10 (9,4%)
Psiquiátrica	6 (5,7%)	6 (5,7%)
Terapia Ocupacional	6 (5,7%)	8 (7,5%)
Medicamentosa	18 (17%)	13 (12,3%)

Legenda: DI: Deficiência Intelectual; TEA: Transtorno do Espectro Autista

Dadas as características e déficits de linguagem observados em ambos os transtornos, a intervenção fonoaudiológica é recomendada e quando realizada de maneira adequada e baseada em práticas de evidências, os estudos mostram melhoras no funcionamento adaptativo, habilidades sociais entre outros (MAY, BRIGNELL e WILLIAMS, 2019).

A intervenção psicológica foi frequentemente relatada pelos cuidadores, principalmente de crianças com DI, no presente estudo. Intervenções nessa área auxiliam na diminuição de comportamentos agressivos, desafiadores e opositores, controle da raiva, desenvolvimento de habilidades sociais e cognitivas etc, em ambos os transtornos. (VEREENOGHE e LANGDON, 2013; ITZCHAK et al., 2008).

O acompanhamento neurológico citado pelos pais no presente estudo, possibilita o monitoramento da evolução dos sintomas, quando pertinente a investigação de comorbidades e a prescrição de medicações. No estudo de Queiroz (2019), também foi identificado que as crianças com TEA na faixa etária de 4 a 14 anos eram acompanhadas por profissionais da neurologia.

Apesar dos resultados encontrados neste estudo sugerirem que as avaliações e intervenções foram realizadas de maneira isolada, os profissionais que realizavam essas intervenções são os recomendados pelos protocolos para avaliação diagnóstica de DI e TEA desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014; BRASIL, 2020). Entretanto, para este grupo de crianças e adolescentes o uso desses serviços de saúde mental não contribuiu para a redução do intervalo de tempo entre as primeiras preocupações relatadas pelos cuidadores e o diagnóstico. Estes resultados confirmam a necessidade da integração de informações e diálogo entre os profissionais envolvidos na avaliação da criança (KISHORE, UDIPI & SESHADRI, 2019).

Por outro lado, o acesso aos serviços de saúde mental não garante que a criança receba diagnóstico mais rápido, visto que fatores como, sintomas leves, presença de comorbidades e problemas de comportamentos podem contribuir para demora na identificação em ambos transtornos (HERLIHY et al., 2014; MODOVNIK et al., 2015; GOODWIN; MATTHEWS; SMITH, 2019; HYMAN; LEVY; MYERS, 2020; CONSTANTINO et al., 2020).

Na tabela 4, são apresentados os dados do funcionamento cognitivo da amostra. Houve diferenças significativas em função do transtorno. As crianças com DI apresentaram pontuações menores em todos os índices do WISC-IV quando

comparadas ao grupo com TEA, além disso, foi encontrado efeito de magnitude grande.

Tabela 4 – Comparação de pontuações no teste de avaliação intelectual em função dos grupos

		n	Média	DP	t (p)	d
QI	DI	69	61.87	5.24	-16.22 (<.001)	-3.55
	TEA	37	87.90	17.00		
ICV	DI	69	68.20	6.87	-10.10 (<.001)	-2.21
	TEA	37	93.57	18.19		
IOP	DI	69	69.03	8.98	-12.88 (<.001)	-2.82
	TEA	37	98.87	13.65		
IMO	DI	69	63.54	9.94	-10.31 (<.001)	-2.25
	TEA	37	87.40	11.96		
IVP	DI	69	66.97	10.55	-9.99 (<.001)	-2.19
	TEA	37	89.73	10.03		

Legenda: QI: índice de quociente de inteligência; ICV: índice de compressão verbal; IOP: índice de organização perceptual; IMO: índice de memória operacional; IVP: índice de velocidade de processamento; DP: desvio padrão; t: teste *t* para amostras independentes; p: nível de significância ($p < .001$); magnitude de efeito (d de Cohen).

Apesar dos resultados indicarem um padrão de funcionamento cognitivo abaixo do esperado nas crianças com DI, cerca de 16% já haviam passado por avaliação psicológica, área apta para realizar avaliação das habilidades cognitivas. Os dados encontrados sugerem lacunas ou ausência de aprofundamento no processo avaliativo ou ainda possível falta de acesso à testes com propriedades psicométricas robustas, que possam fornecer resultados substanciais para auxiliar no diagnóstico de DI.

De modo geral, o perfil cognitivo considerando os escore de QI, sugerem presença de rebaixamento intelectual de grau leve, o que pode ter contribuído a demora no diagnóstico, estes resultados também corroboram com estudos anteriores que mostraram que sintomas leves contribuem para identificação tardia, normalmente em idade escolar (GOODWIN; MATTHEWS; SMITH, 2019).

No grupo de TEA, os achados sugerem heterogeneidade no funcionamento cognitivo. Essa variabilidade do perfil cognitivo no TEA também é relatada em outros estudos e está relacionada presença de problemas comportamentais, comprometimento de linguagem, gravidade dos sintomas, tipo de intervenção recebida entre outros (CHARMAN et al., 2011; MARTOS-PEREZ et al., 2018).

No nosso estudo, o padrão de funcionamento cognitivo no grupo de crianças TEA foi considerado dentro da média quando comparado a crianças na mesma faixa etária. Crianças com inteligência na média ou acima da média podem não ser identificadas com sintomas de autismo até a idade escolar, quando diferenças na linguagem social ou padrões de comportamento mais rígidos podem ser melhores observados devido aumento na demanda escolar. Além disso, a literatura tem descrito que algumas crianças que recebem tardiamente diagnóstico de TEA podem apresentar desenvolvimento precoce de habilidades de linguagem, leitura ou matemática, e apenas quando são expostas as demandas sociais escolares manifestam dificuldades, por exemplo em interação social ou padrões de comportamentos restritivos (HYMAN; LEVY; MYERS, 2020).

A avaliação do comportamento adaptativo, além de fazer parte do diagnóstico na DI (APA, 2014), permite o planejamento adequado de apoio para melhorar a qualidade de vida. No TEA também são observados comprometimentos nesse construto e devem fazer parte da avaliação. Nos dois transtornos o planejamento das intervenções deve contemplar o desenvolvimento do funcionamento adaptativo. Estudos anteriores têm verificado melhoras nessa área, principalmente quando a criança é submetida em intervenções precoces (GOODWIN; MATTHEWS e SMITH, 2019; LERTHATTASILP; TANPRASERTKUL e CHUNSUWAN, 2020). A tabela 5, mostra as pontuações médias no funcionamento adaptativo do grupo de crianças com DI e TEA.

Tabela 5 – Comparação das médias no funcionamento adaptativo entre grupos

	Grupo	N	Média	DP	t (p)	d
COM	DI	69	40.17	12.9	-1.79 (.077)	-0.40
	TEA	13	47.85	19.8		
AUT	DI	69	36.88	15.3	-.684 (.496)	0.15
	TEA	13	33.58	15.8		
SOC	DI	69	47.01	12.3	-1.55 (.125)	-0.35
	TEA	13	52.83	9.6		
Vin total	DI	69	38.11	10.7	-.345 (.732)	-0.08
	TEA	13	39.27	7.8		

Legenda: COM: comunicação; AUT: autonomia; SOC: socialização; Vin total: Vineland total; DP: desvio padrão; t: teste *t* para amostras independentes; p: nível de significância; magnitude de efeito (d de Cohen); DI: Deficiência Intelectual; TEA: Transtorno do Espectro Autista.

As pontuações no funcionamento adaptativo encontradas no presente estudo, sugerem que o grupo de crianças com DI apresentam médias baixas no domínio, comunicação e socialização, quando comparadas ao grupo com TEA, o que indica maior comprometimento nesses dois componentes. Em contrapartida as crianças com TEA apresentaram médias baixas em autonomia quando comparadas aos DI.

Estudos anteriores encontraram prejuízos nos três domínios de funcionamento adaptativo em crianças com TEA e DI (MAY, BRIGNELL E WILLIAMS, 2019; QUEIROZ, 2019). Especificamente na pesquisa de Queiroz (2019) e, ao contrário dos resultados encontrados no nosso estudo, foi observado menor comprometimento no domínio autonomia em crianças com TEA. Ressalta-se que a escala Vineland é baseada no relato de cuidadores e por isso pode haver minimização ou maximização dos déficits apresentados, ademais, os resultados devem ser interpretados com cautela, visto que o instrumento não apresenta dados de evidências de validade, precisão e normatização para população brasileira, além do número reduzido de avaliações realizadas no grupo de TEA (SELAU, SILVA e BANDEIRA, 2020). Contudo, crianças com TEA e QI na média, como observado na amostra, podem apresentar comprometimentos no funcionamento adaptativo, principalmente nas habilidades sociais (KANNE et al., 2011).

Foi conduzida análise de correlação de Pearson para verificar associação entre intervenções recebidas antes do diagnóstico e indicadores de funcionamento adaptativo aferidos pela Vineland e indicadores de funcionamento intelectual avaliados pelo WISC-IV (tabela 6). Ressalta-se que, devido ao baixo número de participantes que receberam intervenções anteriores (intervenção psicológica n=40, psicopedagógica n=26, fonoaudiológica n=46; neuropediátrico n=39, psiquiátrico n=12 e terapia ocupacional n=14) para as tabelas 6,7 e 8 optou-se em apresentar os dados de maneira global, sem considerar os grupos clínicos.

Tabela 6 – Matriz de correlação entre intervenções recebidas antes do diagnóstico e indicadores de funcionamento adaptativo e intelectual.

Intervenções	WISC IV				
	QI	ICV	IOP	IMO	IVP
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Psicológica	-0.08	0.09	-0.05	-0.12	-0.13
Fonoaudiológica	-0.11	-0.03	-0.14	-0.12	-0.11

Tabela 6 – Matriz de correlação entre intervenções recebidas antes do diagnóstico e indicadores de funcionamento adaptativo e intelectual (continuação)

Psicopedagógica	0.02	0.04	-0.01	0.02	0.06
Neurológica	-0.02	-0.01	0.06	0.01	-0.06
Psiquiátrica	0.07	0.06	0.01	0.06	0.15
TO	0.17	0.21	0.12	0.07	0.19
Medicamentosa	0.09	0.04	0.07	0.11	0.11

Intervenções	Vineland			
	COM	AUT	SOC	Vineland total
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Psicológica	0.02	-0.09	0.09	-0.06
Fonoaudiológica	-0.04	0.06	0.14	0.07
Psicopedagógica	0.10	0.10	0.15	0.12
Neurológica	0.02	-0.08	-0.03	-0.09
Psiquiátrica	0.02	-0.02	0.12	0.05
TO	-0.10	-0.19	-0.09	-0.15
Medicamentosa	0.04	0.16	0.17	0.10

Legenda: QI: índice de quociente de inteligência; ICV: índice de compressão verbal; IOP: índice de organização perceptual; IMO: índice de memória operacional; IVP: índice de velocidade de processamento; COM: comunicação; SOC: socialização; AUT: autonomia; *r*: correlação de *Pearson*; TO: terapia ocupacional

Apesar de não terem sido encontradas correlações significativas entre intervenções anteriores e funcionamento cognitivo e adaptativo estudos anteriores mostraram que quando a criança é exposta a intervenções adequadas e baseadas em práticas de evidências são observadas melhoras nessas duas áreas avaliadas (MAY, BRIGNELL e WILLIAMS, 2019).

Na tabela 7 apresenta-se a matriz de correlação entre o tipo de avaliação e tipo de intervenção antes do diagnóstico. Foram verificadas correlações moderadas com efeito de média magnitude entre intervenção medicamentosa e avaliação neurológica anterior ($r = 0.32$, $p < .001$) e entre avaliação fonoaudiológica e intervenção na mesma área ($r = 0.37$; $p < .001$); correlação fraca entre uso de medicação e avaliação psiquiátrica ($r = 0.25$, $p < .01$) com efeito de pequena magnitude e correlação moderada entre avaliação na área de neurologia e acompanhamento neurológico ($r = 0.43$; $p < .01$) com efeito de média magnitude.

Tabela 7 – Matriz de correlação entre o tipo de avaliação e tipo de intervenção antes do diagnóstico na amostra total (TEA e DI).

Intervenções	Avaliações				
	Psicológica	Psicopedagógica	Fonoaudiológica	Neurológica	Psiquiátrica
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Psicológica	0.14	0.06	-0.12	0.09	-0.10
Fonoaudiológica	0.08	0.08	0.37***	-0.01	0.09
Psicopedagógica	0.06	0.19	0.08	0.09	-0.02
Neurológica	0.08	0.13	-0.06	0.43**	-0.02
Psiquiátrica	0.12	0.05	0.01	0.09	0.43***
TO	0.02	0.11	0.05	-0.03	0.28**
Medicamentosa	0.13	0.01	-0.11	0.32***	0.25**

Legenda: *r*: correlação de Pearson; nível de significância (* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$); TO: terapia ocupacional.

Diante disso, os resultados descritos na tabela 7 sugerem possível continuidade no atendimento nas áreas médicas (neurologia e psiquiatria) e fonoaudiologia após avaliação, ainda que o diagnóstico não tenha sido confirmado. O seguimento do acompanhamento por esses profissionais é fundamental no TEA e DI, dada as peculiaridades que ambos os transtornos apresentam (ARAÚJO; SOUSA e FARIAS, 2021). Além disso, ter recebido intervenções anteriores, provavelmente, tenha auxiliado no julgamento clínico para o diagnóstico e condutas fornecidas pelo DISAPRE.

Por outro lado, não foram encontradas correlações estatisticamente significantes entre o tempo transcorrido e as primeiras preocupações e sinais identificados pelos pais com problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e total aferidos pelo CBCL/6-18. Na tabela 8 apresenta-se a matriz de correlação entre problemas internalizantes, externalizantes e escore total do CBCL/6-18 com as intervenções realizadas antes do diagnóstico. Os resultados indicaram correlações fracas entre uso de medicação e problemas internalizantes ($r=0.26$, $p<.05$, com efeito de pequena magnitude) e correlações moderadas entre uso de medicação e problemas externalizantes ($r=0.34$, $p<.01$, com efeito de média magnitude) e escore total ($r=0.37$, $p<.001$, com efeito de média magnitude).

Destaca-se que no estudo não foram verificadas a frequência das intervenções recebidas, no entanto, pesquisas anteriores tem mostrado que a intensidade da intervenção é um fator importante para melhoras em ambos transtornos (WONG et

al., 2015). Em nosso estudo a frequência das intervenções não foi possível ser identificada. Diante disso, é possível inferir que as crianças da amostra poderiam se beneficiar de intervenções interdisciplinares mais intensivas oportunizando ganhos no funcionamento cognitivo e adaptativo.

Tabela 8 – Correlação de *Pearson* entre problemas internalizantes, externalizantes e escore total do CBCL e intervenções realizadas antes do diagnóstico

Intervenção	CBCL Int	CBCL Ext	CBCL total
Psicológica	- 0.23*	0.13	0.16
Psicopedagógica	-0.14	-0.20	-0.23*
Fonoaudiológica	-0.11	-0.12	-0.08
Neuropediátrica	0.21	0.18	-0.23*
Psiquiátrico	0.13	0.18	0.16
Terapia ocupacional	0.10	0.05	0.06
Medicamentosa	0.26*	0.34**	0.37***

Legenda: CBCL int: CBCL internalizante; CBCL ext: CBCL externalizante; p: nível de significância (* p<.05, ** p<.01, *** p <.001).

As intervenções medicamentosas são frequentemente usadas em crianças com TEA e DI para tratar problemas externalizantes como agitação, irritabilidade e comportamentos agressivos (MCQUIRE et al., 2015; XU et al., 2019), contudo, em nosso estudo também foi identificada associação com problemas internalizantes (que no CBCL podem ser aferidos nos correlatos comportamentais de isolamento, retraimento, depressão, tristeza etc.). No presente estudo 17% dos casos com DI e 12,3% com TEA fazia uso de medicação. As medicações utilizadas de acordo com dados descritos nos prontuários: eram Risperidona (10 crianças), Carbamazepina (8 crianças), Ritalina (8 crianças), Imipramina (6 crianças), Fluoxetina (2 crianças), Citalopram (1 criança), Topiramato (1 criança), Depakote (1 criança), Tofranil (1 criança), Neuleptil (1 criança), Clonazepam (1 criança). Diante disso, essas medicações indicam que provavelmente as crianças apresentavam, tanto queixas internalizantes como externalizantes. Entretanto, pela falta de um diagnóstico ou até por dificuldades dos cuidadores em relatar com acurácia os problemas comportamentais e emocionais apresentados pelos filhos, cabe a pergunta se as avaliações médicas estão de fato oportunizando que esses profissionais prescrevam a medicação adequada às necessidades da criança (NIKOLOVI, JONKERII e SCAHIL, 2006; HOCK TOH et al., 2017; GOODWIN; MATTHEWS; SMITH, 2019).

Por outro lado, foi encontrada correlação fraca negativa entre intervenções psicológicas e problemas internalizantes ($r=0.23$, $p<.05$, com efeito de pequena magnitude), ou seja, o acompanhamento psicológico foi associado a pontuações mais baixas na escala de problemas internalizantes (tabela 8). Estudos anteriores têm mostrado que crianças com DI e TEA podem se beneficiar da psicoterapia, principalmente a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), para diminuição de sintomas de ansiedade, depressão, treinamento de habilidades sociais entre outros (VEREENOGHE e LANGDON, 2013; SMITH e IADAROLA, 2015; WONG et al., 2015).

Observa-se, também, na tabela 8 correlações negativas fracas entre intervenções neurológicas e psicopedagógicas com o escore total do CBCL/6-18 ($r=0.23$, $p<.05$, com efeito de pequena magnitude). Dificuldades no processo de aprendizagem estão presentes em ambos os transtornos, nesse sentido, o acompanhamento pedagógico quando realizado de acordo com as reais necessidades pode contribuir com a diminuição de problemas internalizantes e externalizantes, pois a aquisição de habilidades de aprendizagem pode oportunizar padrões de funcionamento comportamental mais adequados (PANERAI et al., 2009).

Além disso, não houve diferenças significativas nos escores T do CBCL/6-18 em função do diagnóstico. Contudo as crianças com DI apresentaram médias maiores para problemas externalizantes e problemas totais e os participantes com TEA obtiveram médias maiores para problemas internalizantes (tabela 9).

Tabela 9 – Comparação de escores T nas escalas do CBCL/6-18 em função dos grupos.

		N	Média	DP	t (p)	d
CBCL int	DI	51	63.04	12.36	-1.44 (0.15)	-0.32
	TEA	34	66.71	10.01		
CBCL ext	DI	51	62.20	11.00	1.55 (0.13)	0.34
	TEA	34	58.32	11.78		
CBCL total	DI	51	65.41	11.64	0.37 (0.71)	0.08
	TEA	34	64.47	11.03		

Legenda: CBCL int: CBCL internalizante; CBCL ext: CBCL externalizante; DP: Desvio Padrão; t: teste t para amostras independentes; p: nível de significância (* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$); d: magnitude de efeito (d de Cohen).

Esses resultados diferem de estudos anteriores que apontam que crianças com diagnóstico tardio de TEA apresentam mais problemas comportamentais e

emocionais (MAY, BRIGNELL e WILLIAMS, 2021) quando comparadas a crianças que receberam diagnóstico precoce, no entanto, ressalta-se que variáveis como o acesso às intervenções anteriores não foram contempladas nas análises. No presente estudo, é provável que as intervenções psicológicas, neurológicas e psicopedagógicas (tabela 8) tenham contribuído para estas taxas baixas de problemas comportamentais e emocionais nos grupos, segundo relato dos pais (tabela 9).

8. CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil cognitivo e comportamental de crianças com diagnóstico de Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista atendidos no DISAPRE entre março de 2017 a março de 2019, mapear o intervalo de tempo entre as primeiras preocupações e o diagnóstico de TEA e DI, verificar associação entre problemas emocionais-comportamentais com o intervalo de tempo transcorrido entre as primeiras preocupações e o diagnóstico, mapear os tipos de intervenções recebidas pelas crianças antes do diagnóstico, bem como verificar sua associação com os problemas emocionais-comportamentais.

Os principais resultados encontrados evidenciaram que a idade média das crianças no momento do diagnóstico para ambos os transtornos foi de 10,03 e que o intervalo de tempo entre as preocupações ou percepções dos pais e cuidadores dos sinais e o diagnóstico para a DI foi de 6,8 anos e de 6,4 anos para o TEA. Os dados indicaram presença de diagnóstico tardio na amostra, o que contraria diretrizes nacionais e internacionais que recomendam que ambos os diagnósticos sejam feitos, pelo menos nos primeiros cinco anos de vida para a DI e nos primeiros dois anos para o TEA.

Era esperado que, pelo pediatra ser o profissional que monitora a saúde de crianças, um número maior de encaminhamentos deveria ter sido realizado por esse profissional, entretanto, no presente estudo o número de crianças encaminhadas tanto com suspeita de DI como de TEA, foi baixo. Observou-se que uma parcela das crianças atendidas no serviço, já havia passado por avaliações nas áreas de psicologia, médica, fonoaudiologia e psicopedagogia, o que possivelmente, favoreceu o seguimento de intervenções com profissionais da saúde mental e da educação. Contudo, pela falta do diagnóstico, é provável que as intervenções não tenham alcançado níveis de eficácia maiores, seja em indicadores de funcionamento social, habilidades de comunicação, linguagem, aprendizagem e funcionamento adaptativo.

Evidências científicas, bem como documentos elaborados pelo Ministério da Saúde do Brasil recomendam que, na presença de suspeita de TEA ou de DI, é necessária avaliação interdisciplinar. Entretanto, os resultados encontrados no estudo mostraram que as crianças permaneceram longos períodos (mais de 6 anos em média) sendo avaliadas e / ou inseridas em serviços de saúde mental e educacional por diferentes profissionais isoladamente sem uma definição diagnóstica que oportunizasse intervenções adequadas às reais necessidades dos quadros clínicos.

Apesar desses fatores, as correlações negativas encontradas no estudo entre problemas internalizantes e totais com intervenções psicológicas e psicopedagógicas sugeriram melhora nos domínios avaliados pelo CBCL/6-18 associado às mesmas.

As correlações positivas encontradas entre problemas internalizantes, externalizantes e totais com o uso de medicações indicaram na amostra que provavelmente essas crianças passam a usar medicação, tanto por problemas internalizantes como externalizantes. Porém, pela falta do diagnóstico ou até por dificuldades dos cuidadores em relatar problemas comportamentais e emocionais apresentados pelos filhos, cabe questionar se as avaliações médicas estão oportunizando a prescrição de medicações adequadas às necessidades e demandas da criança e família.

Os resultados encontrados mostram como o diagnóstico tardio de TEA ou DI podem impactar negativamente nos domínios de funcionamento cognitivo, comportamental e adaptativo na amostra selecionada. Um dos resultados mais relevantes do estudo alerta para a necessidade de conscientização por parte dos profissionais da área de saúde e educacional que na presença de suspeita de DI ou de TEA, a avaliação diagnóstica é primordial nos primeiros anos do desenvolvimento para o planejamento de intervenções e prognóstico. Essa avaliação pode reduzir os custos familiares, governamentais e possibilitar que a criança receba todos os serviços educacionais e de saúde mental que necessita.

Algumas limitações do estudo foram a ausência de dados sobre nível socioeconômico familiar, serviços de saúde em que a criança realizou avaliações anteriores (rede pública ou privada), tempo de duração e frequência das intervenções realizadas anteriormente, número reduzido de avaliações do comportamento adaptativo no grupo de crianças com TEA, definição da gravidade do TEA e DI, análise por grupos etários em relação ao acesso aos serviços e problemas comportamentais e emocionais.

Para futuros estudos recomenda-se uso de metodologia de múltiplos informantes na avaliação dos aspectos comportamentais e emocionais e funcionamento adaptativo e tipo de intervenção recebida (intervenções baseadas na análise do comportamento, por exemplo) e frequência das intervenções realizadas. Uma recomendação para o DISAPRE é desenvolver protocolos de seguimento e acompanhamento longitudinal de crianças com DI e TEA avaliadas no ambulatório

para fins de monitoramento e comparação entre as intervenções recebidas antes e após a avaliação diagnóstica e seu impacto no funcionamento cognitivo, adaptativo e comportamental. A partir da elaboração e implementação desses protocolos os dados poderão ser utilizados em futuros estudos e orientações aos pais/cuidadores sobre serviços de saúde mental e educação que são necessários para seus filhos em função do nível de gravidade dos transtornos.

9. REFERÊNCIAS

ACHENBACH, T. M; EDELBROCK, C. S. **The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts**. Psychological bulletin, v. 85, n. 6, p. 1275, 1978.

ACHENBACH, T. M; RESCORLA, L. A. **Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: an integrated system of multi-informant assessment**. Burlington, VT: University of Vermont. Research Center for Children, Youth, & Families, v. 1617, 2001.

ABREU, T. P. C; VILARDO, M. A. T; FERREIRA, A. P. Acesso das pessoas com deficiência mental aos direitos e garantias previstos na Lei Brasileira de Inclusão por meio do Sistema Único de Assistência Social. **Ensaio: Saúde em Debate**, v. 43, nº 4, p. 190 – 206, dez. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S416>>. Epub 19 Jun 2020. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S416>. Acesso em: 12 de setembro de 2021.

ARAUJO, R. R. **Mapeamento da trajetória de pais com filhos com Transtorno do Espectro Autista na busca de diagnóstico e tratamento no município de Barueri em São Paulo**. 2012. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2012.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. APA. **Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais**, 5ª edição - DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014.

BAILEY, T; TOTSIKA, V; HASTINGS, P. Richard; HATTON, Chris; EMERSON, Eric. Developmental trajectories of behaviour problems and prosocial behaviours of children with intellectual disabilities in a population-based cohort. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 60, n. 11, p. 1210-1218, nov. 2019.

BAIO, J et al. **Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014**. MMWR Surveill Summ, v. 67, n. 6, p. 1–23 / abr. 2018.

BASS, N; SKUSE, D. Genetic testing in children and adolescents with intellectual disability. **Curr Opin Psychiatry**, v. 31, n. 6, p. 490-495, nov. 2018.

BENNETT, T. A et al. Language impairment and early social competence in preschoolers with autism spectrum disorders: a comparison of DSM-5 profiles. **J Autism Dev Disord**, v. 44, n.11, p. 2797-808, nov. 2014.

BORDIN, I. A et al. Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 13-28, jan. 2013.

BOSHOFF, K; GIBBS, D; PHILLIPS, R. L; WILES, L; PORTER, L. A meta-synthesis of how parents of children with autism describe their experience of advocating for their

children during the process of diagnosis. **Health Soc Care Community**, v. 27, n. 4, p. 43–57, jul. 2019. <https://doi.org/10.1111/hsc.12691>.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26. ago. 2009.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Ministério da Saúde. Brasília, DF, n. 33, p. 121, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 27. abr. 2017. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br>. Acesso em 25 de set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo em suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf>. Acesso em 9 out. 2020.

BRASIL, 2020. Portaria Conjunta nº 21, de 25 de novembro de 2020. Aprova o Protocolo para o Diagnóstico Etiológico da Deficiência Intelectual. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03. dez. 2020. Seção 1, p. 152.

BITSIKA, V; SHARPLEY, C. F; ANDRONICOS, N. M; AGNEW, L. L. Prevalence, structure and correlates of anxiety-depression in boys with an autism spectrum disorder. **Res. Dev. Disabil**, v. 49, n. 50, p. 302–311, 2016

CHARMAN, T; JONES, C. R; PICKLES, A; SIMONOFF, E; BAIRD, G; HAPPÉ, F. Defining the cognitive phenotype of autism. **Brain Res**, v. 1380, p. 10-21, mar. 2011.

COELHO-MEDEIROS, M. E et al. M-CHAT-R/F. Validation as a screening tool for early detection in children with autism spectrum disorder. **Rev Chil Pediatr**, v. 90, n. 5, p. 492-499, oct. 2019.

CHILD AND ADOLESCENT HEALTH MEASUREMENT INITIATIVE. **National Survey of Children with Special Health Care Needs**. Fast facts about the survey, 2009/2010. Disponível em: https://www.cdc.gov/nchs/slait/cshcn.htm#anchor_1551498339279.

CHILD AND ADOLESCENT HEALTH MEASUREMENT INITIATIVE. **National Survey of Children's Health**. Fast facts. 2011/2012. Disponível em: <https://www.childhealthdata.org/learn-about-the-nsch/NSCH>.

CONSTANTINO, J. N et al. Timing of the Diagnosis of Autism in African American Children. **Pediatrics**, v. 146, n. 3, set, 2020.

DESCHAMPS, T. D; IBAÑEZ, L. V; EDMUNDS, S. R; DICK, C. C; STONE, W. L. Parenting stress in caregivers of young children with ASD concerns prior to a formal diagnosis. **Autism Res**, v. 13, n. 1, p. 82-92, jan. 2020.

DRAGOJLOVIC, N et al. The cost trajectory of the diagnostic care pathway for children with suspected genetic disorders. **Genet Med**, v. 22, n. 2, p. 292-300, fev. 2020.

EMERSON, Eric; HATTON, Chris. Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. **The British Journal of Psychiatry**, v. 191, p. 493–499, 2011.

EMERSON, Eric. **The determinants of health inequities experienced by children with learning disabilities**. London, UK: Public Health England, 2015.

ESTES, M. L.; McALLISTER, K. Maternal immune activation: Implications for neuropsychiatric disorders. **Science**, v. 353, n. 6301, p. 772–777, ago. 2016.

FIELD, A. **Descobrimos a estatística usando o SPSS**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GABRIELSEN TP, FARLEY M, SPEER L, VILLALOBOS M, BAKER CN, MILLER J. Identifying autism in a brief observation. **Pediatrics**, v. 135, n. 2, 2015.

GARGHETTI, F. C; MEDEIROS, J. G; NUERNBERG, A. H. Breve história da deficiência intelectual. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)**, p. 101-116, jul. 2013.

GIDAYA, N. B; LEE, B. K; BURSTYN, I; YUDELL, M; MORTENSEN, E. L; NEWSCHAFFER, C. J. In utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors and risk for autism spectrum disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 44, n. 10, p. 2558–2567, mai. 2014.

GONZÁLEZ-CORTÉS, T et al. Clinical Profile of Autism Spectrum Disorder in a Pediatric Population from Northern Mexico. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 49, n.11, p. 4409-4420, nov. 2019.

GOODWIN, A; MATTHEWS, N. L; SMITH, C. J. Parent-reported early symptoms of autism spectrum disorder in children without intellectual disability who were diagnosed at school age. **Autism**, v. 23, n. 3, p.770-782, apr, 2019.

HATTON, C; EMERSON, E; ROBERTSON, J; BAINES, S. The mental health of adolescents with and without mild/moderate intellectual disabilities in England: Secondary analysis of a longitudinal cohort study. **J Appl Res Intellect Disabil**, v. 31, n. 5, p. 768-777, set. 2017.

HAUSER-CRAM, P; WOODMAN, A. C. Trajectories of Internalizing and Externalizing Behavior Problems in Children with Developmental Disabilities. **J Abnorm Child Psychol**, v. 44, n. 4, p. 811-21, mai. 2015.

HERLIHY, L. E; BROOKS, B; DUMONT-MATHIEU, T; BARTON, M. L; FEIN, D; CHIMING, C; ROBINS, D. L. Standardized screening facilitates timely diagnosis of autism spectrum disorders in a diverse sample of lowrisk toddlers. **J Dev Behav Pediatr**, v. 35, n. 2, p. 85–92, fev/mar, 2014.

HOSOZAWA, M; SACKER, A; Cable, N. Timing of diagnosis, depression and self-harm in adolescents with autism spectrum disorder. **Autism: the international journal of research and practice**, v. 25, n. 1, p. 70–78, 2021.

HOWES, O. D et al. Autism spectrum disorder: Consensus guidelines on assessment, treatment and research from the British Association for Psychopharmacology. **J Psychopharmacol**, v. 32, n. 1, p. 3-29, jan, 2018.

HUANG, J; ZHU, T; YI, Q; MU, D. Prenatal, Perinatal and Neonatal Risk Factors for Intellectual Disability: A Systemic Review and Meta-Analysis. **PloS one**, v. 11, n. 4, abr. 2016.

HUISMAN, S et al. Self-injurious behavior. **Neurosci Biobehav Rev**, 84:483-491, jan. 2018.

HYMAN; S. L; LEVY, S. E; MYERS, S. M. Identification, Evaluation, and Management of Children with Autism Spectrum Disorder. **Pediatrics**, v. 145, n. 1, p. 1-66, jan. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270pnadcontinua.html?edicao=28203&t=resultados>, Acesso em 11 nov. 2021.

ITZCHAK, E. B; LAHAT, E; BURGIN, R; ZACHOR, A D. Cognitive, behavior and intervention outcome in young children with autism. **Res Dev Disabil**, v. 29, n. 5, p. 447–458, set/out, 2008.

IWASE, S et al. Epigenetic Etiology of Intellectual Disability. **J Neurosci**, v. 8, n. 37, ed. 45, p. 10773-10782, nov. 2017.

JOKIRANTA, E; BROWN, A. S; HEINIMAA, M; CHESLACK-POSTAVA, K; SUOMINEN, A; SOURANDER, A. Parental psychiatric disorders and autism spectrum disorders. **Psychiatry Research**, v. 207, n. 3, p. 203–211, jan. 2013.

JOKIRANTA, E; SOURANDER, A; SUOMINEN, A; TIMONEN-SOIVIO, L; BROWN, A. S; SILLANPÄÄ, M. Epilepsy among children and adolescents with autism spectrum

disorders: a population-based study. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 44, n. 10, p. 2547–2557, oct. 2014. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2126-6>.

KANNE, S. M.; GERBER, A. J.; QUIRMBACH, L. M.; SPARROW, S. S.; CICCHETTI, D. V.; SAULNIER, C. A. The role of adaptive behavior in autism spectrum disorders: implications for functional outcome. **J Autism Dev Disord**, v. 41, n. 8, p. 1007–1018, 2011.

KARAM, S. M et al. Intellectual Disability in a Birth Cohort: Prevalence, Etiology, and Determinants at the Age of 4 Years. **Public health genomics**, v. 19, n. 5, p. 290–297. <https://doi.org/10.1159/000448912>

KEARNEY, D. S; HEALY, O. Investigating the relationship between challenging behavior, co-morbid psychopathology and social skills in adults with moderate to severe intellectual disabilities in Ireland. **Research in Developmental Disabilities**, v. 32, n. 5, p. 1556–1563, 2011.

KISHORE, M. T; UDIPI, G. A; SESHADRI, S. P. Clinical Practice Guidelines for Assessment and Management of intellectual disability. **Indian journal of psychiatry**, v. 61, 194–210, jan. 2019.

KOEHLER, L et al. Impaired odor perception in autism spectrum disorder is associated with decreased activity in olfactory cortex. **Chemical Senses**, v. 20, p. 1-8, set. 2018.

LAI, D. C; CHIANG, C. H; HOU, Y. M; LIU, J. H; YAO, S. F; GUO, H. R TSENG, Y. C. Predictors of effectiveness of early intervention on children with intellectual disability: a retrospective cohort study. **BMC Pediatr**, v. 2, n. 14, p. 170, jul, 2014. doi: 10.1186/1471-2431-14-170.

LERTHATTASILP, T; TANPRASERTKUL, C; CHUNSUWAN, I. Development of clinical prediction rule for diagnosis of autistic spectrum disorder in children. **Ment Illn**, v.12, n. 1, p. 7-16, 2020. doi: 10.1108/MIJ-01-2020-0001.

LUCKASSON, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W.H.E., Coulter, E.M., Reeve, A., Schalock, R.L., Snell, M.E., Spitalnik, D.M., Spreat, S., Tassé, M.J. **Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports (10th ed.)**. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 2002.

LUKMANJI, S; MANJI, S. A; KADHIM, S; SAURO, K. M; WIRRELL, E. C; KWON, C. S et al. The co-occurrence of epilepsy and autism: A systematic review. **Epilepsy Behav**, v. 98, p. 238-248, set. 2019.

LYALL, K; CROEN, L; DANIELS, J; FALLIN, .M D; LADD-ACOSTA, C; LEE, K. B et al. The Changing Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. **Annual review of public health**, v. 38, p. 81–102, mar. 2017.

MAGAÑA, S; LOPEZ, K; AGUINAGA, A; MORTON, H. Access to diagnosis and treatment services among Latino children with autism spectrum disorders. **Intellect Dev Disabil**, v. 51, n. 3, p. 141–53, 2013. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-51.3.141>.

MALTA, D. C et al. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3253-3264, out. 2016.

MARKOVIC-JOVANOVIC, S. R et al. Comorbidities in children with intellectual disabilities. **Birth Defects Res**, v. 1, n. 112 (1), p. 54-61, jan. 2020. doi: 10.1002/bdr2.1587.

MATA, A. S. Deficiência intelectual: análise da produção científica com base no modelo biomédico e modelo social da deficiência. **Filos. e Educ**, v.10, n.2, p. 350-378, mai/ago. 2018.

MAZZA, M. G; ROSSETTI, A; CRESPI, G; CLERICI, M. Prevalence of co-occurring psychiatric disorders in adults and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. **J Appl Res Intellect Disabil**, v. 33, n. 2, p.126-138, mar, 2019.

MAY, T; BRIGNELL, A; Williams, K. Parent-reported Autism Diagnostic Stability and Trajectories in the Longitudinal Study of Australian Children. **Autism Res**, v. 14, n; 4, p. 773-786, abr, 2021. doi: 10.1002/aur.2470.

MECCA, T. P; DIAS, N. M; REPPOLD, C. T; MUNIZ, M; GOMES, C. M. A et al. Funcionamento adaptativo: panorama nacional e avaliação com o adaptive behavior assessment system. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-122, 2015.

MODOVNIK, A; HARSTAD, EI; SIDERIDIS, G; HUNTINGTON, N. Timing of the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. **Pediatrics**, v. 136, n. 4, set. 2015.

MONTERO, D; LAGOS, J. Conducta adaptativa y discapacidad intelectual: 50 años de historia y su incipiente desarrollo en la educación en Chile. **Estudios Pedagógicos (Valdivia)**, v. 37, n. 2, p. 345–361, 2011. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052011000200021>

MOUGA, S; ALMEIDA, J; CAFE, C; DUQUE, F; OLIVEIRA, G. Adaptive profiles in autism and other neurodevelopmental disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 45, p. 1001–1012, 2015.

_____, _____. Language Predictors in Autism Spectrum Disorder: Insights from Neurodevelopmental Profile in a Longitudinal Perspective. **J Abnorm Child Psychol**, v. 48, n. 1, p. 149-161, jan. 2020. doi: 10.1007/s10802-019-00578-7.

MULAS, F; ROJAS, M. Intellectual developmental disability overlapping with autism spectrum disorder and attention deficit-hyperactivity disorder. **Medicina**, Buenos Aires, v.78, n. 2, p. 63-68, 2018.

NIETO, C; LÓPEZ, B; GANDÍA, H. Relationships between atypical sensory processing patterns, maladaptive behavior and maternal stress in Spanish Children with autism

spectrum disorder. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 61, n. 12, p. 1140-1150, dez. 2017.

OLSSON, B. M et al. Children with borderline intellectual functioning and autism spectrum disorder: developmental trajectories from 4 to 11 years of age. **Neuropsychiatr Dis Treat**, v. 13, p. 519-2526, oct. 2017. doi: 10.2147/NDT.S143234.

OAKLAND, T.; HARRISON, P. **Adaptive Behavior Assessment System-II (2nd ed.)**. Psychological Corporation, 2002.

PANERAI, S et al. Special education versus inclusive education: the role of the TEACCH program. **J Autism Dev Disord**, v. 39, n. 6, p. 874–82, 2009.

PARASMO, B; LOWENTHAL, R; PAULA; C. Autism Spectrum Disorders: prevalence and service use in four Brazilian regions. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 42, p. 3, 2015.

PATEL, D. R; CABRAL, M. D; HO, A; MERRICK, J. A clinical primer on intellectual disability. **Transl Pediatr**, v. 9, n. 1, p. 23-35, fev. 2020.

PAULA, C. S.; RIBEIRO, S. H. B.; TEIXEIRA, M. C. T. V. Epidemiologia e Transtornos Globais do Desenvolvimento, in ARAÚJO, J.S.S.C. (Ed.) **Transtornos do Espectro do Autismo**. 1ª Ed. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 2011, p. 151-158.

PLATT, J. M; KEYES, K. M; MCLAUGHLIN, K. A; KAUFMAN, A. S. Intellectual disability and mental disorders in a US population representative sample of adolescents. **Psychol Med**, v. 49, n. 6, p. 952-961, abr, 2019.

PREDESCU, E; SIPOS, R; COSTESCU, C. A; CIOCAN, A; RUS, D. I. Executive Functions and Emotion Regulation in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Borderline Intellectual Disability. **J Clin Med**, v. 1, n. 9 (4), p.986, apr. 2020.

PURUGGANAN, O. Intellectual Disabilities. **Pediatr Rev**, v. 39, n. 6, p. 299-309, jun. 2018.

REICHOW, B.; HUME, K.; BARTON, E. E.; BOYD, B. A. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 5, n. 5, CD009260, 2018. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009260.pub3>

REGINA, N. S SERACENI, M. F. F; CARREIRO, L. R. R; BARALDI, G. S; LIMA, S. F. B et al. **Problemas comportamentais e uso de serviços educacionais e de saúde por alunos com Transtornos do Espectro do Autismo e outras necessidades educacionais especiais de escolas públicas do município de Barueri**. In: D'ANTINO, M. E. F; BRUNONI, D; SCHWARTZMAN, J. S. (Org.). Contribuições para a inclusão escolar de alunos com necessidades especiais: Estudos interdisciplinares em educação e saúde em alunos com Transtorno do Espectro do Autismo no município de Barueri. 01 ed. São Paulo: Memnon, 2015, v. 01, p. 99-114.

REILLY M. S; MORGAN A. T. Patterns and Predictors of Language Development from 4 to 7 Years in Verbal Children With and Without Autism Spectrum Disorder. **J Autism Dev Disord**. 2018, v. 48, n. 10, p. 3282-3295, oct. 2018. doi: 10.1007/s10803-018-3565-2.

RIBEIRO, S. H; PAULA, C. S; BORDINI, D, MARI, J. J; CAETANO, S. C. Barriers to early identification of autism in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 39, n. 4, p. 352-354, 2017.

RIVARD, M; PATRICK, C; MELLO, C; MORIN, D; MORIN, M. The diagnostic trajectory in autism and intellectual disability in Quebec: pathways and parents' perspective. **BMC Pediatr**, v. 21, 393, 2021. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02864-0>.

ROCHA, M.M, et al. Behavioural/emotional problems in Brazilian children: findings from parents' reports on the Child Behavior Checklist. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 22, n. 4, p. 329-338, 2013.

SALAZAR, F; BAIRD G; CHANDLER S et al. Co-occurring psychiatric disorders in preschool and elementary school-aged children with autism spectrum disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 45, p. 2283–2294, 2015.

SCHÄFER, A. A; BITENCOURT, L. T. G; CASSETARI, B. S; UGGIONI, E S; MELLER, F. O. Pre and postnatal characteristics of children and adolescents with intellectual disability. **Revista CEFAC**, v. 21, n. 3, 1919, 2019.

SCHWARTZMAN, J. S; LEDERMAN, V. R. G. Deficiência intelectual: causas e importância do diagnóstico e intervenção precoces. **Inc.Soc**. Brasília, DF, v. 10 n. 2, p.17-27, 2017.

SECRETARIA DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). São Paulo: SEDPcD, 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissionaisaude/homepage//protocolo_tea_sp_2014.pdf>. Acesso em 10 out. 2020.

SMITH, T; IADAROLA, S. Evidence base update for autism spectrum disorder. **J Clin Child Adolesc Psychol**, v. 44, n. 6, p. 897–922, 2015.

SOLTAU, B; BIEDERMANN, J; HENNICKE, K; FYDRICH, T. Mental health needs and availability of mental health care for children and adolescents with intellectual disability in Berlin. **J Intellect Disabil Res**, v.59, p. 98 –99, 2015.

SPARROW, S. S.; CICCETTI, D. V.; BALLA, D. A. **Vineland adaptive behavior scales: Second edition (Vineland II), survey interview form/caregiver rating form**. Pearson Assessments, Livonia, MN, 2005.

SUTANTIO, J. D; PUSPONEGORO, H. D; SEKARTINI, R. Validity of Telemedicine for Diagnosing Autism Spectrum Disorder: Protocol-Guided Video Recording Evaluation. **Telemed J E Health**, v. 27, n. 4, p. 427-431, abr. 2021. doi: 10.1089/tmj.2020.0035.

TASSÉ, M. J. Adaptive Behavior Assessment and the Diagnosis of Mental Retardation in Capital Cases. **Applied Neuropsychology**, v. 16, n. 2, p. 114–123, 2009. <https://doi.org/10.1080/09084280902864451>

TASSÉ, M. J; BALBONI, G; NAVAS, P; LUCKASSON, R; NYGREN, M. A et al. Developing behavioural indicators for intellectual functioning and adaptive behaviour for ICD-11 disorders of intellectual development. **Journal of intellectual disability research: JIDR**, v. 63, n. 5, p. 386–407, 2019. <https://doi.org/10.1111/jir.12582>

TSAI, C. H; CHEN, K. L; LI, H. J; CHEN, K. H et al. The symptoms of autism including social communication deficits and repetitive and restricted behaviors are associated with different emotional and behavioral problems. **Scientific reports**, v. 10, n. 1, p. 205-209, 2020. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-76292-y>.

TEIXEIRA, M. C. T. V et al. Mismatch between diagnostic reports and special educational needs classification in a public educational system. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria** [online], v. 75, n. 4, pp. 244-247, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0004-282X20170025>>. ISSN 1678-4227. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20170025>.

TOH, T. H; TAN, V. W. Y; LAU, P. S. T; KIYU, A. Accuracy of Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) in Detecting Autism and Other Developmental Disorders in Community Clinics. **J Autism Dev Disord**, v. 48, n. 1, p. 28-35, jan, 2018. doi: 10.1007/s10803-017-3287-x. PMID: 28866856.

TROLLOR, J. N; EAGLESON, C; TURNER, B; TRACY, J; TORR, J. J et al. Intellectual disability content within tertiary medical curriculum: how is it taught and by whom? **BMC Medical Education**, v. 8, n. 108, p. 2-10, 2018.

VEREENOGHE, L; LANGDON, P. E. Psychological therapies for people with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. **Res Dev Disabil**, v. 34, n. 11, p. 4085-102, nov. 2013.

VISSERS, L. E. L. M; GILISSEN, C; VELTMAN J. A. Genetic studies in intellectual disability and related disorders. **Nat Rev Genet**, v. 17, n. 1, p. 9-18, jan. 2016.

VAN DEN HEUVEL, E; JONKERS, E; ROMBOUTS, E; MANDERS, E; ZINK, I; SWILLEN, A. Exploratory study on cognitive abilities and social responsiveness in children with 22q11.2 deletion syndrome (22q11DS) and children with idiopathic intellectual disability (IID). **Res Dev Disabil**, v. 81, p. 89-102, out, 2018. doi: 10.1016/j.ridd.2018.04.026.

VAN EEGHEN, A M; HUISMAN, S A; VAN GOETHEM, G; BOOT, E. Somatische comorbiditeit bij kinderen en volwassenen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische aandoening [Somatic comorbidity in children and adults with intellectual disability and mental health problems.]. **Tijdschr Psychiatr**, v. 61, n. 11, p. 773-778, 2019.

WECHSLER, D. (2013). **Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: WISC-IV. Manual de instruções para aplicação e avaliação. Adaptação e Padronização Brasileira.** RUEDA, F. J. M; NORONHA, A. P. P; SISTO, F. F; SANTOS, A. A. A; CASTRO, N. R. C. 4ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.

WESTERINEN, H; KASKI, M; VIRTÄ, L J; KAUTIAINEN, H; PITKÄLÄ, K H; IIVANAINEN M. The nationwide register-based prevalence of intellectual disability during childhood and adolescence. **J Intellect Disabil Res**, v. 61, n. 8, p. 802-809, ago, 2017. doi: 10.1111/jir.12351.

WHITNEY, D. G; SHAPIRO, D. N; PETERSON, M. D; WARSCHAUSKY, S. A. Factors associated with depression and anxiety in children with intellectual disabilities. **Journal of intellectual disability research: JIDR**, v. 63, n. 5, p. 408–417, mai, 2019.

WONG, C; ODOM, S. L; HUME, K. A; COX, A. W; FETTIG, A; KUCHARCZYK, S et al. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: a comprehensive review. **J Autism Dev Disord**, v. 45, n. 7, p. 1951–1966, jul, 2015.

WORLD HEALTH ORGANISATION. WHS. **ICD-11 for mortality and morbidity statistics, 2018.** Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f605267007>.

XU, G; STRATHEARN, L; LIU, B; O'BRIEN, M; KOPELMAN, T. G et al. Prevalence and Treatment Patterns of Autism Spectrum Disorder in the United States. **JAMA pediatrics**, v. 173, n. 2, p. 153–159, 2019.

ZUCKERMAN, K. E; LINDLY, O. J; REYES, N. M; CHAVEZ A. E et al. Disparities in diagnosis and treatment of autism in Latino and non-Latino white families. **Pediatrics**. v, 139, n. 5, p. 2016-3010, 2017. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3010>.

ANEXO

UNIVERSIDADE
PRESBITERIANA MACKENZIE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LINHA DO TEMPO ENTRE O DIAGNÓSTICO E O INÍCIO DAS INTERVENÇÕES EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Pesquisador: Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 42132721.2.0000.0084

Instituição Proponente: Universidade Presbiteriana Mackenzie

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.632.789

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1675841.pdf"

INTRODUÇÃO:

O termo "Transtornos do Neurodesenvolvimento" foi introduzido na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM -5) e é caracterizado por déficits que se manifestam desde início do desenvolvimento em áreas que abrangem aprendizagem, funções cognitivas (linguagem, funções executivas, inteligência etc.), habilidades sociais, podendo tais limitações serem específicas ou globais, culminando em prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). São considerados componentes deste grupo o Transtorno do Desenvolvimento Intelectual ou Deficiência Intelectual (DI), os Transtornos da Comunicação, o Transtorno do Espectro Autista (TEA), o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), o Transtorno Específico da Aprendizagem, os

Endereço: Rua Da Consolação nº896 - Ed João Calvino 4º andar sala 400

Bairro: HIGIENOPOLIS

CEP: 01.302-907

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2766-7615

E-mail: cep@mackenzie.br

Continuação do Parecer: 4.632.789

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetomodificado.pdf	24/02/2021 18:46:34	Janaina Aparecida de Oliveira Augusto	Aceito
Outros	CARTARESPOSTAASPENDENCIAS.pdf	24/02/2021 18:45:32	Janaina Aparecida de Oliveira Augusto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.pdf	24/02/2021 18:43:16	Janaina Aparecida de Oliveira Augusto	Aceito
Outros	cartaencaminhamento.pdf	15/01/2021 13:59:51	Janaina Aparecida de Oliveira Augusto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	15/01/2021 13:56:23	Janaina Aparecida de Oliveira Augusto	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoassinada.pdf	15/01/2021 13:55:08	Janaina Aparecida de Oliveira Augusto	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	04/12/2020 14:45:06	Janaina Aparecida de Oliveira Augusto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/12/2020 14:42:39	Janaina Aparecida de Oliveira Augusto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 06 de Abril de 2021

Assinado por:
MICHELLE ASATO JUNQUEIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Da Consolação nº896 - Ed João Calvino 4º andar sala 400

Bairro: HIGIENOPOLIS

CEP: 01.302-907

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2766-7615

E-mail: cep@mackenzie.br