



Abordagem em ambiente clínico do utente com Perturbação do Espectro do Autismo: Proposta de uma sistematização sobre o estado da arte

Filipa Daniela Azevedo Rodrigues

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof^a. Doutora Ludovina Maria Almeida Ramos

fevereiro de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Filipa Daniela Azevedo Rodrigues, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41662 de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 07 /02 /2024

Filipa Daniela Azevedo Rodrigues

Dedicatória

A ti, vó.

Agradecimentos

A todos aqueles que sempre espreitaram por entre os meus ombros, acarinhando-me e incentivando-me neste longo percurso da medicina, tendo sempre fé em tudo o que eu me propunha a fazer;

À minha orientadora, a Prof^a. Doutora Ludovina, que me inspirou logo no início deste meu percurso e me fez certa que seria a melhor pessoa para envergar neste projeto comigo. Tinha completa razão;

Aos meus pais, que me deram tudo o que hoje tenho, incluindo a força para nunca desistir e perseguir sempre tudo aquilo com que sonhava, mantendo a fé em mim sempre que eu a perdia e relembrando-me do que sou e sempre fui;

Ao meu Jó, o meu maior orgulho, que cresceu comigo e fez parte dos melhores e piores momentos destes 6 anos, tornando-me a pessoa focada e dedicada que sou hoje e fazendo de mim a melhor médica que alguma vez podia sonhar ser;

À minha madrinha que me comprou todos os livros do corpo humano que eu pedi em tenra idade, que sempre me defendeu e caminhou ao meu lado nas minhas ideias mais loucas. Ao Gil, o meu eterno padrinho, que me fez ver o mundo de forma menos séria e mais bonita;

Aos meus amigos, que mantiveram sempre os seus ombros livres para as minhas mágoas e o seu sorriso pronto para me incentivarem a progredir;

Às minhas parceiras das caminhadas, das quais eu tenho o peito cheio de orgulho, que me acompanharam nos dias de biblioteca e noites de saída, manhãs de autocarro e pôr-do-sóis de conversa;

Ao meu João e à minha Maria, os meus primeiros amores pequeninos que crescem e me inspiram todos os dias a manter sempre vivo o meu lado sonhador e inocente de criança;

Aos meus tios João e Rosa, que tanto colo e mimo me deram, culminando na pessoa que sou hoje;

A toda a minha restante família e amigos;

Um obrigada nunca será suficiente.

Resumo

No decorrer da atualidade, e genericamente falando, o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo parece ser cada vez mais frequente. Estes utentes podem evidenciar diversas apresentações clínicas diferentes (tal como a expressão “espectro” sugere). Questiona-se a preparação dos serviços de saúde - e respetivos profissionais - para as necessidades diferenciadas que estes utentes requerem, tanto na vertente hospitalar, como na dos cuidados de saúde primários. Assim, torna-se premente a sensibilização e formação daqueles profissionais, no sentido de permitir uma abordagem clinicamente mais especializada, distintiva e ajustada.

Desta forma, o presente trabalho incidiu, num primeiro momento, sobre o levantamento, revisão e compilação das várias orientações nacionais e internacionais (redigidas por entidades direcionadas ao trabalho com a Perturbação do Espectro do Autismo e tendo por base a melhor evidência científica) em relação a como abordar, de facto, estes utentes, nos diversos contextos médicos e clínicos. Nesta sequência, procedeu-se a uma sistematização final, que permite, a todos os visados e interessados da área da saúde, adquirir os conhecimentos elementares necessários às suas práticas médicas diárias no utente com Perturbação do Espectro do Autismo.

Em conclusão, embora a apresentação clínica destes utentes possa ser muito variada, existem diversas estratégias das quais os profissionais de saúde se podem e devem munir. É, no entanto, fundamental, mais investigação apropriada nesta vertente, que permita cada vez melhores e mais individualizados cuidados de saúde prestados à comunidade com autismo, bem como maior divulgação na comunidade científica desta lacuna nos cuidados médicos.

Palavras-Chave

Perturbação do Espectro do Autismo; Autismo; Abordagem clínica; Técnicas de gestão comportamental; Contextos médicos e clínicos

Abstract

Nowadays, and generally speaking, the diagnosis of Autism Spectrum Disorder seems to be increasingly frequent. These patients can show several different clinical presentations (as the term "spectrum" suggests). There is a question mark over the preparedness of health services - and their professionals - for the differentiated needs that these patients require, both in hospital and in primary health care. It is therefore essential to raise awareness and train these professionals in order to provide a more specialized, distinctive and clinically appropriate approach.

In this way, the present work focused, at first, on surveying, reviewing and compiling the various national and international guidelines (written by entities working with Autism Spectrum Disorder and based on the best scientific evidence) on how to approach these users in the various medical and clinical contexts. As a result, a final systematization was carried out, which allows all those involved and interested in the health field to acquire the basic knowledge necessary for their daily medical practices with patients with Autism Spectrum Disorder.

In conclusion, although their clinical presentation can be very varied, there are several strategies that health professionals can and should use. However, more appropriate research in this area is essential, allowing for better and more individualized healthcare for the autistic community, as well as greater dissemination in the scientific community of this gap in medical care.

Keywords

Autism Spectrum Disorder; Autism; Clinical approach; Behavioural management techniques; Clinical and medical contexts

Índice

Capítulo I – Enquadramento inicial.....	1
1.1 Introdução à temática e sua importância.....	1
1.2 Objetivos.....	3
1.3 Metodologia.....	4
Capítulo II – O autismo e as melhores recomendações	5
2.1 As características clínicas da PEA	5
2.1.1 Irritabilidade e agressividade	5
2.1.2 Movimentos repetitivos e obsessões	6
2.1.3 Dificuldade na adesão à mudança	7
2.1.4 Competências comunicativas	8
2.1.5 <i>Meltdowns</i>	8
2.1.6 Dificuldades Sensoriais	9
2.1.7 Saúde mental	10
2.1.8 Condições relacionadas	12
2.2 As melhores recomendações da literatura para abordagem em ambiente clínico 13	
2.2.1 Recomendações Gerais pelo <i>National Institute for Health and Care Excellence</i> (NICE)	13
2.2.2 Recomendações específicas a cada característica clínica	16
2.2.3 Outras fontes de informação e estratégias	29
Capítulo III – Proposta de abordagem.....	37
Conclusão final	44
Referências bibliográficas	45

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Proposta de estratégias a considerar na abordagem ao utente com PEA no contexto médico, antes e durante o contacto com os serviços de saúde

Lista de Acrónimos

AAP: American Academy of Pediatrics

ACP: Autism Specific Care Plans

ADOS-2: Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition

ARFID: Perturbação de Ingestão Alimentar Restritiva/Evitante

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CSP: Cuidados de saúde primários

DGS: Direção Geral da Saúde

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition

M-CHAT: Modified Checklist for Autism in Toddlers

NAS: National Autistic Society

NIMH: National Institute of Mental Health

OMS: Organização Mundial da Saúde

PEA: Perturbação do Espectro do Autismo

PECS: Picture Exchange Communication System

QI: Quociente de Inteligência

STAT: Screening Tool for Autism in Toddlers and Young Children

Capítulo I – Enquadramento inicial

1.1 Introdução à temática e sua importância

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) como “um diverso grupo de condições”, que “são caracterizadas por algum grau de dificuldade na interação social e comunicação” e em que outras características são “padrões atípicos de atividades e comportamentos tais como dificuldades de transição de uma atividade para outra, um foco em detalhes e uma reação incomum a sensações”. (1) No mesmo âmbito, o *National Institute of Mental Health* (NIMH) define-a como “uma perturbação neurológica e do desenvolvimento que afeta a forma como as pessoas interagem umas com as outras, comunicam, aprendem e se comportam”. O mesmo acrescenta que o autismo “pode ser diagnosticado em qualquer idade, é descrito como uma perturbação do desenvolvimento porque os sintomas habitualmente aparecem nos primeiros 2 anos de vida”. (2) Por fim, ainda, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (DSM-5) enquadra a PEA nos seguintes critérios diagnósticos: 1) Défices persistentes na comunicação e interação social em vários contextos; 2) Padrões repetitivos e restritivos de comportamento, interesses ou atividades. Estes sintomas terão de estar presentes no início do período de desenvolvimento e têm repercussão na vida social do utente. (3)

Em termos epidemiológicos, pode ser difícil avaliar a verdadeira prevalência da PEA devido a variações de diversos determinantes em diferentes locais e comunidades.(4) No mesmo sentido, os próprios fatores sociodemográficos que rodeiam o utente podem ter implicações nos números de diagnóstico (como a frequência da escola e o ambiente rural vs. Urbano). (5) É importante também referir as diferenças que existem no diagnóstico entre sexo feminino e masculino (estimados 4 diagnósticos no sexo masculino para cada 1 diagnóstico no sexo feminino, mas referido por alguns estudos como podendo aproximar-se mais dos 3 diagnósticos masculinos para cada 1 diagnóstico feminino). (6,7) Tendo estes factos em conta, os números da PEA diagnosticada tendem a variar mas é estimado que 1 em cada 100 crianças apresentem esta perturbação, enquanto o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) estima que 1 em cada 36 crianças nos Estados Unidos da América é diagnosticada, de acordo com dados de 2020. (4,8)

O diagnóstico desta entidade, segundo a Direção Geral da Saúde (DGS), é clínico, sendo que existem diferentes escalas orientadas para um rastreio o mais precoce possível. Cada

uma destas escalas é mais apropriada para uma faixa etária específica e devem ser consideradas em conformidade. Como exemplo sugerido tanto pela Direção Geral da Saúde (DGS), como pela *American Academy of Pediatrics* (AAP), temos o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), um questionário orientado para os cuidadores que permite avaliar utentes em risco e que, segundo a AAP, deve ser empregue entre os 16-30 meses. Existem outros testes idealizados para o profissional de saúde poder avaliar um possível caso de PEA que, caso indiquem nesse sentido, corroboram de forma mais fidedigna a hipótese postulada, como sendo o *Screening Tool for Autism in Toddlers and Young Children* (STAT) ou o *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition* (ADOS-2). O diagnóstico prende-se, portanto, pela presença das características clínicas anteriormente referidas, bem como por todo o contexto clínico e restante avaliação realizada pelo profissional de saúde, incluindo outras perturbações/patologias associadas. (9,10)

De acordo com o DSM-5, o diagnóstico de PEA deve vir acompanhado de especificadores que podem estar relacionados com a severidade da perturbação, bem como com a presença /ausência de compromisso intelectual ou presença/ausência de compromisso da linguagem concomitantes. Também deve ser especificado se a perturbação está associada a “alguma condição médica ou genética conhecida ou fator ambiental”. De modo a determinar a severidade do caso, deve-se definir um nível para cada um dos dois domínios psicopatológicos (comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos) sendo os níveis definidos conforme o suporte necessário (exige suporte, exige suporte substancial ou exige suporte muito substancial). (3)

A Perturbação do Espectro do Autismo caracteriza-se, em suma, por ser uma patologia do neurodesenvolvimento com uma apresentação clínica que se inicia, geralmente, nos primeiros anos da vida de uma criança (usualmente durante o segundo ano de vida). Esta criança costuma apresentar: dificuldade na partilha de emoções e interesses, na iniciação ou resposta a interações sociais e na aquisição de comunicação verbal e não verbal; anormalidades no contacto visual direto, bem como défices no desenvolvimento e perceção do que são relações (com familiares, amigos, colegas de trabalho e superiores); movimentos motores repetitivos e estereotipados; adesão estrita a rotinas e inflexibilidade perante mudanças; alteração das perceções sensoriais (a sons, luzes, ao toque). Esta perturbação pode vir acompanhada por diversas outras patologias do neurodesenvolvimento (como o Déficit de Atenção e Hiperatividade), perturbações do comportamento e da conduta, bem como condições genéticas (Síndrome do X Frágil, Síndrome de Rett, etc.) e médicas (epilepsia, baixo peso à nascença, etc.). (3)

Segundo a DGS, não deve ser prescrito tratamento farmacológico para as manifestações clínicas da PEA, bem como a abordagem terapêutica não farmacológica deve ser realizada de forma individualizada e multidisciplinar, tendo também em consideração as equipas de intervenção escolar e de transição para a vida adulta. Esta deve assentar numa componente terapêutica (terapia ocupacional, psicologia clínica, terapia da fala), bem como numa componente pedagógica (inclusão em centros de apoio, ensino especial e reabilitação, psicologia educacional); a partir da idade escolar, esta deve também assentar no treino de autonomia e socialização em contexto comunitário. De modo a controlar comorbilidades e sinais/sintomas disruptivos, deve ser considerada terapêutica farmacológica dirigida exclusivamente a estes contextos; no controlo de alterações graves do comportamento deve-se iniciar antipsicóticos atípicos, no controlo da impulsividade e redução de episódios disruptivos os estabilizadores de humor são a escolha apresentada, em casos de ansiedade, depressão e perturbação obsessiva compulsiva podem ser prescritos inibidores da recaptção da serotonina (SSRI), face a comorbilidade com perturbação de hiperatividade e défice de atenção tem-se, em primeira linha, o metilfenidato (a partir dos 6 anos), face a agitação psicomotora que não cede com monoterapia deve ser prescrito clonidina no adulto e, na presença de alterações do sono, a melatonina via oral é a primeira linha aconselhada. (9)

As características acima referidas da PEA tornam estes utentes particularmente vulneráveis a abordagens protocolares e não apropriadas aos mesmos nos contextos do ambiente clínico, quer hospitalar quer de cuidados de saúde primários (CSP). A expectativa de que o indivíduo com autismo irá reagir aos procedimentos médicos (invasivos ou não invasivos) da mesma forma que qualquer outro utente não é ajustada, para além de ser reducionista das especificidades e capacidades daquele. Aliás, até equacionar que uma consulta com estes utentes será idêntica às outras é desadequado. Torna-se premente a educação e sensibilização dos profissionais de saúde para estas mesmas características e para as melhores orientações sobre como abordá-las. Será sobre esta temática que a presente monografia se debruçará.

1.2 Objetivos

Esta monografia pretende investigar, rever, reunir e refletir sobre as recomendações mais recentes na bibliografia, em relação à temática: como melhor abordar o utente com PEA em meio clínico? Pretende ainda, indo mais longe, contextualizar estas recomendações em características específicas que variam de paciente para paciente

(fazendo jus à denominação de Espectro), de modo a tentar abranger o maior número possível de apresentações clínicas diferentes com que cada profissional se pode deparar.

1.3 Metodologia

Para a concretização desta dissertação, foi realizada uma pesquisa em: livros e manuais de referência nas áreas da psiquiatria e da psicologia; bases de dados científicas, nomeadamente *PubMed*, *MEDLINE* e *ResearchGate* usando filtros como “*Review*”, “*Systematic Review*”, “*Clinical Trial*”, “*Randomized Control Trial*” e “*Books and Documents*”; materiais bibliográficos e de consulta pública do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) e da *National Autistic Society* (NAS). Foram usados termos de pesquisa como: “*Perturbação do Espectro do Autismo*”, “*Autism Spectrum Disorder*”, “*clinical approach*”, “*guidelines*”, “*hospital admissions*”. Foi selecionada apenas bibliografia nas línguas Português e Inglês. Não houve qualquer limitação imposta em relação às datas de publicação. Esta pesquisa foi realizada entre Setembro e Novembro de 2022.

Capítulo II – O autismo e as melhores recomendações

Após a contextualização inicial da temática e da sua relevância, da apresentação dos objetivos, e dos eixos metodológicos definidos, cumpre-nos dar sequência ao presente trabalho com a sistematização, mais específica, levada a cabo. Assim, o capítulo que agora iniciamos resulta da análise feita sobre a informação recolhida e da compilação dos indicadores que nos parecem ser relevantes para a prática clínica com este tipo de população. Não pretendendo ser exaustiva, esta sistematização decorre, não obstante, da reflexão alargada que fizemos, a partir dos conteúdos apurados, e visa ser a base do esboço de uma proposta - incipiente, é certo - de possíveis linhas orientadoras para os profissionais de saúde, especialmente da Medicina, a endereçar no capítulo seguinte. Começaremos, então, por elencar as características clínicas da PEA, fechando este capítulo com as melhores recomendações da literatura para abordagem em ambiente clínico (e não só).

2.1 As características clínicas da PEA

Tal como introduzido na presente dissertação, o fenótipo do utente com autismo pode ser extremamente variado. Em conformidade, o DSM-5 orienta o diagnóstico da PEA de forma a acrescentar o que eles denominam de “especificadores”. Estes especificadores podem ser, nomeadamente: o défice intelectual, o défice da comunicação, a associação com outra condição médica ou genética, bem como a associação com outra condição do neurodesenvolvimento, comportamental ou mental. Assim, o Espectro de apresentações do paciente pode ser muito vasto. Iremos, por isso, denotar as principais características com que o profissional de saúde se pode deparar no contexto clínico, de forma a poder antecipar os desafios que terá de superar.

2.1.1 Irritabilidade e agressividade

Sendo um dos critérios diagnósticos da PEA o défice persistente de interação e comunicação social, este pode ter diferentes resultados na pessoa com autismo, desde a impossibilidade de comunicação verbal e não verbal, à limitação ligeira desta incapacidade, passando pela incapacidade de discernir e interagir em relações com outras pessoas. Aliados à inflexibilidade de atividades e interesses, viver com autismo pode ser um verdadeiro desafio. Assim, a irritabilidade é um fenómeno comum na clínica destes pacientes. De facto, estudos indicam que a prevalência de comportamentos agressivos pode ser significativamente superior nesta população, sendo que um deles refere mesmo que 1 em cada 4 crianças com autismo evidencia comportamentos agressivos. De forma a tentar compreender o mecanismo etiológico deste fenótipo, um estudo reportou que a *anger rumination* (o fenómeno de se prender em visões e acontecimentos negativos, ficando com raiva e apresentando atitudes hostis) pode estar na base deste comportamento na população geral, estando intensificado na população com PEA, fazendo a ponte entre a ansiedade social e a hostilidade e agressão física. (11,12)

De uma investigação que pretende perceber o fenómeno de agressão em crianças e adolescentes com autismo, percebeu-se que as crianças entre os 6 e 12 anos apresentavam maior agressão verbal em relação aos controlos, enquanto as crianças inferiores a 6 anos apresentavam maior agressão física. (13)

Abordar um utente com autismo pode significar lidar frequentemente com agressividade e comportamentos imprevisíveis. É impreterível o clínico discernir estas atitudes de atitudes desafiantes ou realizadas com intenções negativas, sendo que as mesmas para o utente com autismo são uma forma de expressar a frustração que sentem com o que os rodeia, num mundo que estes vêem, ouvem e sentem de forma diferente em relação a todos os pares cujo desenvolvimento é típico.

2.1.2 Movimentos repetitivos e obsessões

O segundo critério de diagnóstico inferido pelo DSM-5 (critério B), definido como adesão repetitiva e restritiva a interesses e atividades, implica a presença de pelo menos duas circunstâncias de uma lista exemplificativa, sendo que na mesma são referidos os movimentos repetitivos (e estereotipados) bem como os interesses restritos e obsessivos. (3) São, no entanto, sintomas específicos e muito característicos da PEA mesmo isoladamente e podem ser uma barreira no momento de interação do/da profissional de saúde com a pessoa com autismo.

Estes movimentos restritos e repetitivos são classificados na literatura em dois tipos: os de “*low-order*”, como sendo o *hand-flapping*, a manipulação de objetos, brincar repetidamente com botões; e os de “*high-order*” como os traços mais característicos do autismo: as rotinas e atividades. (13)

No campo das obsessões, um estudo pretendeu determinar mais precisamente o padrão destes interesses circunscritos nesta comunidade. Definiu dois tipos de interesses, sendo um tipo os interesses restritos (que são anormais pela intensidade e quantidade, mas normais no conteúdo) e outro os interesses incomuns (interesses que não costumam ocorrer fora da PEA). Das 1892 crianças e adolescentes, os cuidadores reportaram que 1856 destas apresentavam interesses restritos e 1618 apresentavam interesses incomuns. Estes resultados permitem distinguir os dois tipos de interesses, enfatizando que os dois podem ter repercussões diferentes no futuro do utente em termos de carreira e outros. (14)

Tanto os movimentos repetitivos como as obsessões podem dificultar a realização de determinados procedimentos médicos, bem como se podem colocar como um desafio no internamento ou qualquer outro local de um serviço de saúde (serviço de urgência, consulta externa); importa rever mecanismos de abordagem a estas situações.

2.1.3 Dificuldade na adesão à mudança

Em linha com o critério B de diagnóstico da PEA, a adesão estrita a interesses, atividades e rotinas é explorada para identificar o indivíduo com autismo. A pessoa pode apresentar ansiedade acentuada face a pequenas mudanças, dificuldade com transições, necessidade de percorrer o mesmo caminho ou comer a mesma comida todos os dias. (3)

Desta forma, os profissionais de saúde podem-se deparar com dificuldades em relação a estes aspetos clínicos, sendo que no ambiente de saúde variadas situações podem ocorrer que funcionem como *trigger* para ansiedade e pânico nestes utentes: a necessidade de dormir fora da sua casa no internamento, a comida do hospital ser diferente da que o mesmo está habituado diariamente, a alteração da rotina de terapêutica, a mudança de local da consulta, como todas as mudanças na sua rotina de dia-a-dia, que ocorrem em cada momento que este tem de interagir com um serviço médico (e.g., a marcação de uma consulta, os procedimentos cirúrgicos, o contexto movimentado e imprevisível de um serviço de urgência).

2.1.4 Competências comunicativas

O critério diagnóstico A da PEA coloca os défices na comunicação e interação social como condições necessárias para validar um caso de autismo; também ilustra alguns exemplos, tais como: dificuldade na reciprocidade emocional ou incapacidade de responder a interações sociais, défices na comunicação não verbal (linguagem corporal, contacto visual, etc) e incapacidade de compreender relações sociais. (3) Panerai et al. também referem, nos seus resultados, uma certa discrepância entre a fluência verbal de uma criança com autismo vs controlo; pode esta característica, também, impedir a iniciação e manutenção de uma conversa fluída. (15)

Desta forma, a pessoa com autismo pode experienciar dificuldades em ser sociável ou interagir com outras pessoas dentro de um contexto apropriado. É de um valor inestimável a importância do clínico conseguir perceber o que o seu utente pretende do seu curso clínico, bem como a (importância) de criar e manter uma relação médico-paciente saudável e baseada em confiança. Para este feito, a comunicação torna-se imprescindível, sendo de salientar que as dificuldades de comunicação que o utente possa ter, não implicam que o mesmo não consiga comunicar de todo, apenas implicam que o mesmo comunique da forma que sabe e conhece – o médico terá de conseguir identificar o melhor possível estas circunstâncias. Também é possível existir casos clínicos com incapacidade grave de comunicação, sendo que esta pode ser praticamente inexistente. Nessas situações, podem predominar as suas capacidades de comunicação não verbal, às quais o médico assistente terá de disponibilizar toda a sua atenção.

2.1.5 *Meltdowns*

Segundo a NAS, um *meltdown* (ou crise) é definido como “uma resposta intensa a uma situação avassaladora” que acontece quando uma pessoa “temporariamente perde o controlo do seu comportamento”, sendo que pode ser expressa “verbalmente (...), fisicamente (...) ou de ambas as formas.” É importante distinguir o conceito de *meltdown* com o conceito de “birra”, sendo que no primeiro a pessoa perde totalmente o seu controlo e não pode simplesmente ser definido como uma atitude desafiadora ou que se desvia das regras impostas. (16)

Embora esta resposta descontrolada não esteja definida na literatura como indicadora diagnóstica da PEA, é uma característica muito comum da pessoa com autismo,

principalmente dos utentes mais novos (como sendo as crianças). De facto, estudos foram realizados de modo a perceber como é que uma criança com autismo regulava as suas emoções de forma diferente em relação às crianças com desenvolvimento típico (controles); dois deles concluem que as crianças com autismo usam menos estratégias adaptativas do que os pares, bem como usam mais estratégias mal-adaptativas em relação aos mesmos de novo. (17)

Um novo estudo tentou avaliar, mais precisamente do que teria sido alguma vez feito até agora, como é a experiência dos *meltdowns* dos adultos com autismo, através da sua própria perspectiva. O mesmo refere que cerca de 37% tiveram 1 a 2 *meltdowns* por semana. A avaliação dos dados resultou em 6 importantes vertentes apontadas pelos utentes no cerne destes episódios: 1) a sensação de sobrecarga devido a stressores (sensoriais, emocionais, sociais...); 2) a experiência de emoções extremas; 3) perder a lógica; 4) procura por autocontrolo; 5) libertar-se das emoções (ao “explodir”); 6) minimizar os danos ao se isolar. Adicionalmente, os participantes sugeriram um ponto importante na contextualização destes episódios, sendo que os mesmos podem servir como uma forma de se sentirem ouvidos. (18)

É uma situação muito desafiadora para todos os cuidadores e profissionais ao redor da pessoa com autismo, que se podem ver impedidos de realizar o seu trabalho (no caso de professores, médicos, enfermeiros) ou até de manter o bom funcionamento do ambiente familiar (no caso dos progenitores). No contexto clínico, pode ser uma barreira com grande impacto no decorrer de uma consulta ou procedimento médico.

2.1.6 Dificuldades Sensoriais

As dificuldades sensoriais são uma característica e sintoma importantes e comuns do autismo. O “padrão restrito e repetitivo de comportamento, interesses ou atividades” é, como referido anteriormente, um dos critérios diagnósticos da PEA explorado pelo DSM-5. Uma das características deste padrão de comportamento é a hiper ou hiporeatividade a estímulos sensoriais. (3) De facto, qualquer padrão sensorial pode estar afetado, desde a visão, até ao som, cheiro, paladar, toque e propriocepção. A NAS identifica algumas formas das quais a pessoa com PEA pode experienciar estas dificuldades sensoriais, como sendo, respetivamente: (19)

1. Visão distorcida; dificuldade em adormecer por sensibilidade à luz;

2. Magnificação do som tornando-se distorcido e, possivelmente, doloroso; dificuldade em se abstrair de sons de fundo (resultado em dificuldade para se concentrar);
3. Sem capacidade de distinguir diferentes cheiros ou, pelo contrário, percecioná-los como muito intensos (evitando pessoas com perfumes fortes);
4. Sensibilidade desproporcional a sabores, tanto podendo não discernir comidas extremamente apimentadas como estando desconfortável com determinadas texturas e adotar uma dieta muito restritiva;
5. Apreciar objetos pesados em cima de si (como cobertores) e agarrar pessoas, bem como, pelo contrário, percecionar o toque como doloroso não permitindo que outras pessoas lhe toquem, não tolerar determinadas peças de roupa ou texturas;
6. Dificuldades na realização de desporto, por incapacidade em parar ou iniciar rapidamente uma atividade; impossibilidade de manipular objetos pequenos; não percecionar apropriadamente o espaço que tem em relação a outras pessoas, podendo permanecer muito perto ou até se esbarrar.

De facto, as dificuldades sensoriais fazem parte do dia-a-dia da pessoa com autismo, podendo qualquer uma delas encontrar-se num lado do Espectro ou no lado totalmente oposto (evidenciando complexidade na apresentação, não fazendo sentido as ideias pré-concebidas de que o indivíduo com autismo, por exemplo, odeia sons intensos – ele pode sentir-se confortável). Não é impossível imaginar que, em procedimentos médicos (por mais simples e não invasivos que sejam), todas estas alterações na forma como o utente perceciona e processa as sensações, podem ser uma barreira muito importante. O simples toque e, várias vezes, a dor, fazem parte de um número vasto de técnicas terapêuticas e diagnósticas, sendo que não conhecer estratégias para modular estas perceções pode significar uma dificuldade acrescida na prestação de cuidados médicos a estes utentes ou, até mesmo, falha em estabelecer diagnóstico ou tratamento.

2.1.7 Saúde mental

Segundo um questionário realizado em Inglaterra no âmbito do *Autism Act*, cerca de 76% dos adultos com autismo recorreram a apoio para a saúde mental nos 5 anos anteriores a 2019. (20) De facto, sendo que, no caso da PEA, não nos estamos a referir a uma perturbação mental, não invalida o facto da última poder ser uma comorbilidade importante da primeira. Num texto escrito por Rita Serra, coordenadora do projeto AUTICORPOS para a Associação Portuguesa Voz do Autismo, a mesma refere a barreira

com que estes utentes se deparam no acesso a cuidados de saúde mental por falta de conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, sobre a PEA, confundindo muitas vezes sintomas e apresentações ou, até mesmo, evitando atender pessoas com autismo por noção da falta de formação que têm na área. (21)

No âmbito da presente dissertação, a mesma não tem como objetivo elucidar terapêuticas individuais para estas comorbilidades, mas sim alertar para a possibilidade das mesmas coexistirem com a PEA no utente com autismo. Neste sentido, adquirir conhecimento sobre estas possíveis condições de saúde mental pode auxiliar a estabelecer diagnósticos mais precisos bem como, possivelmente, alterar o curso de ação clínico, evitando situações de sobre ou subdiagnóstico por falta de perceção sobre a situação clinica complexa que pode ser a PEA.

É importante denotar que nem todos os utentes com autismo vão expressar as suas patologias do foro mental da mesma forma. Mais ainda, uma característica da pessoa com autismo é a camuflagem (*masking*), que se define como a capacidade da pessoa suprimir os seus comportamentos de modo a se enquadrar no contexto social que a rodeia. (7,22)

Assim, segundo a NAS e o DSM-5, as principais comorbilidades do foro da saúde mental que podem coexistir com a PEA são: (3,23)

1. Ansiedade;
2. Perturbação Afetiva Bipolar;
3. Depressão: um estudo tentou determinar a prevalência do diagnóstico nesta população, concluindo que cerca de dois terços das mais de 300 pessoas com autismo da amostra já tinham sido diagnosticadas com depressão no passado, sendo que metade no momento do estudo apresentavam critérios para o diagnóstico; (24)
4. Perturbações do comportamento alimentar, como a Perturbação de Ingestão Alimentar Restritiva/Evitante (ARFID): um estudo estimou a prevalência desta perturbação na população com autismo, chegando à conclusão que dentro da amostra cerca de 21% dos utentes apresentavam ARFID tal como cerca de 17% dos progenitores; estabeleceram uma ligação a um gene e postularam que a perturbação pode ser hereditária; (25)
5. Perturbação obsessiva-compulsiva;
6. Burnout.

2.1.8 Condições relacionadas

Em linha com o referido anteriormente nas comorbilidades do foro da saúde mental, esta subsecção de condições relacionadas não pretende aprofundar terapêuticas individuais, mas sim elucidar o profissional de saúde sobre as patologias com maior prevalência na esfera do utente com PEA. De igual forma, pretende-se munir o especialista de conhecimentos que impeçam a propagação de diagnósticos erróneos e realizados por confusão de apresentações clínicas. De facto, cerca de 70% dos utentes com autismo podem ter também uma perturbação do foro mental, enquanto 40% podem ter duas ou mais. (3) De igual forma, um estudo realizado através da base de dados da SPARKS, lançada através da *Simons Foundation Autism Research Initiative*, comparou informação de 42 569 indivíduos com PEA com 11 389 dos seus pares neurotípicos – concluiu que a maioria (74%) dos indivíduos com autismo apresentavam pelo menos uma comorbilidade, tendo mais número destas do que a amostra sem PEA e que o parto pré-termo e a hipoxia ao nascimento eram as exposições perinatais mais comuns. (26)

Assim, o DSM-5 e a NAS enumeram algumas patologias que podem ser diagnosticadas lado a lado com a PEA, e que requerem especial atenção pela sua capacidade de morbidade de forma individual mas, mais ainda, pelas necessidades individualizadas que o paciente com autismo requer. São estas: (3,27)

1. Epilepsia;
2. Distúrbios do sono;
3. Obstipação;
4. Perturbação de hiperatividade e défice de atenção;
5. Síndrome X-frágil;
6. Síndrome de Down;
7. Défice auditivo.

Importa denotar que estas patologias podem afetar a qualidade de vida de forma geral da pessoa com autismo. De facto, um estudo determinou que, entre 724 adultos com o diagnóstico de PEA, os que mais se autoavaliavam com sintomas de Perturbação de hiperatividade e défice de atenção eram também os que indicavam menor independência para as atividades de vida diária, bem como inferior qualidade de vida subjetiva. (28)

2.2 As melhores recomendações da literatura para abordagem em ambiente clínico

A presente subsecção pretende proceder à recolha da melhor evidência presente na literatura sobre como abordar o utente com PEA em ambiente clínico e médico.

Esta recolha foi dividida, para efeitos de organização e apresentação da informação, em 3 subsequentes secções: 1) Recomendações Gerais *pelo National Institute for Health and Care Excellence* (NICE); 2) Recomendações específicas a cada característica clínica; 3) Outras fontes de informação e estratégias.

Desta forma, assegura-se uma vasta compilação de informação e estratégias de abordagem, referidas em diferentes meios de literatura, de forma a proceder a uma proposta final o mais justificada e sistematizada possível, com base na melhor evidência já recolhida.

2.2.1 Recomendações Gerais pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE)

De forma a garantir abrangência a todas as idades, o NICE lançou duas *guidelines* distintas no âmbito da PEA, sendo uma de apoio e gestão para menores de 19 anos e a outra de diagnóstico e gestão para adultos.

De facto, é importante realçar que a criança com autismo será também um adulto, eventualmente. Os cuidados devem, portanto, ser adequados à idade do utente bem como deve haver uma transição apropriada dos cuidados pediátricos para cuidados médicos do adulto. (29)

Assim, para os **menores de 19 anos** as recomendações prendem-se por: (29)

- Assegurar que todas as crianças e jovens com autismo têm total acesso à saúde e serviços sociais, incluindo serviços de saúde mental, independentemente da capacidade intelectual ou diagnósticos coexistentes;
- Todos os profissionais de saúde que interajam com crianças e jovens com autismo devem receber formação na importância do autismo e *skills* para o gerirem, que devem incluir:

- Natureza e curso do autismo;
 - Natureza e curso do comportamento desafiante em crianças e jovens com autismo;
 - Reconhecimento de condições coexistentes comuns, incluindo: problemas de saúde mental (e.g., ansiedade, depressão...), problemas médicos (e.g., epilepsia), patologias do sono ou outros problemas do neurodesenvolvimento (como perturbação de hiperatividade e défice de atenção);
 - A importância dos momentos chave de transição como mudança de escola ou de serviços de saúde;
 - O impacto do ambiente físico e social no utente;
 - Como estimar o risco da pessoa com autismo (de comportamentos auto-lesivos, de perigo para terceiros, negligência, abuso ou exploração);
 - As mudanças de necessidades que ocorrem com a puberdade (e.g., compreensão de relações íntimas e sociais);
 - *Skills* para comunicar com a criança ou jovem com autismo.
- Ter em conta o ambiente físico em que o utente se encontra, minimizando qualquer impacto negativo ao:
 - Providenciar apoio visual como, por exemplo, palavras, imagens ou símbolos;
 - Fazer ajustes ou adaptações razoáveis à quantidade de espaço pessoal disponível;
 - Considerar sensibilidades individuais à luz, sons e cores.
- Fazer ajustes ao processo de cuidados de saúde ao, por exemplo, marcar as consultas ao início ou final do dia de modo a minimizar tempos de espera ou ao fornecer quartos individuais ao utente em caso de necessitar de anestesia geral no hospital;
- Assegurar apoio à criança ou jovem com autismo e à sua família ou cuidadores em fases de maior necessidade, incluindo mudanças drásticas como a puberdade, começar ou mudar de escola ou o nascimento de um irmão;

- Explorar com o utente e a sua família ou cuidadores se os mesmos pretendem estar envolvidos na tomada de decisões e refazer esta pergunta em intervalos regulares de tempo. Caso os mesmos expressem vontade em se envolverem, oferecer abordagens e planos que tenham a sua opinião em conta.
- Antecipar o comportamento desafiante. Avaliar fatores que podem aumentar o risco do mesmo, como: Défices comunicacionais que podem resultar em incapacidade de perceber situações ou expressar necessidades, coexistência de perturbações físicas como dor ou patologia gastrointestinal, coexistência de perturbações do foro da saúde mental como ansiedade e depressão ou perturbações do neurodesenvolvimento como perturbação de défice de atenção e hiperatividade, o ambiente físico, mudança de rotinas ou circunstâncias, puberdade, abuso ou exploração por terceiros.

No caso dos **adultos**, a NICE recomenda: (30)

- Todos os profissionais de saúde que prestem cuidados de saúde a adultos com autismo devem compreender os seguintes:
 - Natureza, desenvolvimento e curso do autismo;
 - Impacto na função pessoal, social, educativa e ocupacional;
 - Impacto na interação social e ambiente físico;
 - Impacto e interação com outras patologias mentais e físicas coexistentes e a sua gestão;
 - Potencial discrepância entre função intelectual (medida por QI) e função adaptativa (refletida, por exemplo, em dificuldades em planear e realizar atividades de vida diária incluindo educação ou emprego).
- Todos os profissionais de saúde que prestem cuidados de saúde a adultos com autismo devem:
 - Preservar a autonomia do utente, promovendo participação ativa nas decisões de cuidados de saúde e apoiando a sua autogestão;
 - Manter a continuidade das relações individuais sempre que possível;
 - Assegurar a disponibilidade de informação compreensível sobre a natureza, intervenções e serviços para as suas dificuldades, num formato

e linguagem apropriados (incluindo apoio visual, verbal, com cores e fontes diferentes).

- Todos os profissionais de saúde que prestem cuidados a adultos com autismo e às suas famílias, parceiros e cuidadores devem:
 - Assegurar que estão devidamente identificados (por exemplo, ao usar identificação apropriada) e acessíveis;
 - Comunicar claramente o seu papel e função;
 - Dirigir-se ao utente usando o nome e título que o mesmo prefira;
 - Explicar claramente qualquer linguagem clínica e verificar que o utente com autismo percebe o que está a ser dito;
 - Ter em consideração as necessidades comunicacionais do utente, incluindo aquelas com origem em problemas de aprendizagem, visão ou audição providenciando auxiliares da comunicação.

Assim, as duas *guidelines* enfatizam a importância de os profissionais de saúde adquirirem, previamente, conhecimentos e formação na natureza e curso da PEA de forma a poder prestar melhores cuidados de saúde a utentes que com autismo que ainda possam recorrer aos seus serviços de saúde. Da mesma forma, mesmo já tendo contacto com utentes com autismo, é importante realizar um trabalho de adaptação, ajuste e investigação precedendo ao momento da consulta, assegurando que revê as suas notas clínicas de modo a recordar-se das especificidades do utente, bem como assegurar que o ambiente em que a consulta será realizada é adequado ao mesmo, minimizando oportunidades para comportamentos desafiantes ou caos sensorial.

2.2.2 Recomendações específicas a cada característica clínica

As seguintes recomendações, disponíveis no website da NAS, referem-se, em momentos diferentes, a apresentações fenotípicas distintas do indivíduo com autismo. Podem ser dirigidas a pais, cuidadores, profissionais de saúde ou até educadores. No entanto, a presente dissertação pretende fazer o levantamento das melhores recomendações que possam ser transpostas ao ambiente clínico (sendo, ou não, esta a intenção inicial), de modo a munir os profissionais de saúde com o maior número de estratégias possíveis, para poderem aceder mais facilmente aos seus utentes, de forma proporcional e

adequada. Adicionalmente, foram usadas outras fontes de informação para complementar a recolha de estratégias e tornar o levantamento o mais completo e justificado pela evidência científica possível.

Tal como referido anteriormente, a apresentação clínica do utente com autismo é muito variada. De facto, um artigo realizado no âmbito desta variabilidade clínica da PEA elucida as possíveis causas, colocando quatro importantes fatores como pilares: processos genéticos, eventos ambientais, interação genes-ambiente e fatores de desenvolvimento. O mesmo artigo indica diversos possíveis padrões de comportamento, desde um fixar de olhar atípico, falta de comunicação gestual, até expressões faciais demasiado neutras ou demasiado acentuadas. Alguns indivíduos raramente sorriem e não usam gestos ou falam, enquanto outros desenvolvem uma forma de discurso e compreensão linguística próprias, mas têm dificuldade em usar as suas competências para interagir socialmente. Outros são extremamente verbais, mas têm dificuldades em utilizar pistas não verbais que regulam a comunicação e promovem a manutenção de relações. Noutra vertente, estes indivíduos podem ser hipersensíveis a sons ou indiferentes a dor, calor ou frio. Podem ficar fixados no movimento de água a correr ou no som de um aspirador, bem como assoberbados por sons e avistar de uma loja ou insensíveis à temperatura do banho.

De igual forma, a própria implicação social desta perturbação pode ser muito variada, sendo que várias crianças em idade escolar conseguem vestir-se e despir-se, abotoar o casaco, pentear o cabelo e escovar os dentes, enquanto alguns adolescentes e adultos com autismo não conseguem desenvolver atividades diárias sem supervisão e assistência constantes. Estes utentes requerem, portanto, diferentes estratégias. (31)

Assim, a presente subsecção desta dissertação é composta pelas melhores recomendações de abordagem ao indivíduo com autismo divididas pelas características clínicas apresentadas na secção 2.1. “As características clínicas da PEA”.

2.2.2.1 Irritabilidade e agressividade

Tal como previamente referido, a irritabilidade e agressividade podem fazer parte do dia-a-dia de um utente com PEA. Assim, é aconselhado pela NAS: (32)

- **Comunicar claramente:** devido às dificuldades que as pessoas com autismo podem experienciar em se fazerem ouvir ou entenderem o que lhes está a ser dito, frustração e ansiedade podem advir. É importante comunicar claramente e precisamente com frases curtas de modo a não assoberbar a pessoa com

informação. É, também, importante assegurar que a pessoa tem tempo suficiente para processar a informação depois de lhe ser facultada;

- **Providenciar estrutura:** Assegurar que a pessoa sabe o que vai acontecer, usar suportes visuais e calendários temporais;
- **Auxiliar a identificar emoções:** Pode ser um desafio interpretar conceitos abstratos, como emoções para a pessoa com autismo. No entanto, é possível tentar transformar esses conceitos em algo mais concreto; por exemplo, utilizando escalas de stress numéricas, ou coloridas (e.g., sistema de semáforo) de modo a permitir que a pessoa identifique as emoções como cores ou números. De seguida, se a mesma perceber que está irritada pode tentar ficar calma, usando estratégias como afastando-se da situação ou pedir ajuda;
- **Oferecer um espaço seguro ou um *time out*:** De modo à pessoa conseguir acalmar-se, especialmente quando estão fatores ambientais envolvidos, assegurar uma atividade calmante ou um espaço seguro.

2.2.2.2 Movimentos repetitivos e obsessões

Pessoas com autismo podem fixar-se em atividades, objetos ou movimentos específicos desde muito cedo, e esses interesses restritos podem acontecer por diversas razões. Importa entender que, muitas vezes, essas obsessões providenciam estrutura e ordem ao dia-a-dia do utente, bem como podem ser um método de relaxamento ou até tópicos de início de uma conversa numa interação social. Por outro lado, podem tornar-se um verdadeiro desafio quando se pretende dar continuidade a uma consulta ou realizar um procedimento médico invasivo ou não invasivo (que, diversas vezes, requer uma certa imobilização do utente).

Assim, é necessário primeiramente entender se se trata de uma obsessão ou de um *hobbie*: a pessoa consegue parar a atividade independentemente? O interesse está a impactar a vida social da pessoa? O interesse afeta outras pessoas, cuidadores ou família? Se estas questões se verificarem positivas, podemos estar perante uma obsessão, e contorná-la no âmbito de prestar cuidados de saúde pode ser um verdadeiro desafio. No caso dos movimentos repetitivos, é importante questionar-se se estes restringem as

oportunidades do utente ou causam desconforto. Por outro lado, deve-se também observar o comportamento no contexto da idade ou local. Por exemplo, um comportamento aceitável numa criança pode não o ser num adulto. (33)

Após verificar que estamos perante uma obsessão ou movimento repetitivo, é necessário adotar as seguintes estratégias, de modo a tentar controlar estes sintomas no consultório: (33)

- **Perceber a função do comportamento:** O mesmo serve para reduzir a sua ansiedade? Para reduzir ruído?
- **Modificar o ambiente:** Estará a sala demasiado iluminada? Se sim, pode ser importante diminuir a quantidade de luzes. Pelo contrário, se o comportamento tiver como intenção obter mais input sensorial, é possível tentar obter a mesma sensação alterando de modo oposto o ambiente;
- **Criar estrutura:** Um ambiente mais estruturado e previsível pode reduzir a sensação de tédio e, por consequência, o comportamento obsessivo e repetitivo. Pode-se tentar preparar atividades do interesse da pessoa, para quando a mesma aparenta estar incomodada, ou usar suportes visuais (como planeadores diários) e cronómetros para conceptualizar o conceito de tempo;
- **Gerir ansiedade:** Ao ajudar a pessoa a perceber quando está ansiosa ou nervosa bem como a aprender estratégias alternativas para a mesma usar, pode levar, com o tempo, a uma redução do comportamento repetitivo e obsessivo. A pessoa pode usar técnicas de relaxamento, como respirar fundo ou apertar uma bola de stress, bem como pode tentar comunicar a sua necessidade de apoio, verbalmente ou não. O sistema de semáforo ou escalas podem ser muito úteis para transformar as emoções em algo concreto;
- **Providenciar alternativas:** Colocar à disposição do indivíduo alternativas para as suas obsessões (atividades ou movimentos) pode ser bastante eficaz. Por exemplo, quando a pessoa tem determinado comportamento para satisfazer necessidades sensoriais, pode-se oferecer alternativas de modo a diminuir a sua ansiedade: se a mesma coloca objetos não comestíveis à boca, pode-se oferecer

alimentos com textura semelhante. Se o indivíduo é impedido de falar sobre um interesse (porque já o referiu várias vezes), escrever num caderno os seus sentimentos sobre este pode ajudar a reduzir ansiedade, até à próxima vez que o mesmo o possa referir.

2.2.2.3 Dificuldade na adesão à mudança

Tal como referido pela NAS, o mundo pode ser um local muito imprevisível para uma pessoa com autismo, sendo que as mesmas tendem a preferir rotinas diárias e eventos que saibam que vão acontecer todos os dias. O ambiente clínico pode ser um verdadeiro “pesadelo” para estes utentes, sendo que o mesmo pode implicar desde uma simples consulta até ao serviço de urgências, cirurgias e internamentos – eventos claramente inesperados e fora da rotina. Assim, a NAS aconselha: (34)

- **Descrever a mudança:** Marcar o dia da mudança no calendário e incentivar a pessoa a realizar uma contagem decrescente. Usar linguagem muito clara ao descrever o acontecimento, dando tempo à pessoa para processar a informação e limitando o uso de gestos ou expressões faciais;
- **Usar apoios visuais:** Mostrar fotografias do local, pessoas ou atividade. Usar suportes visuais para demonstrar a finalidade de certas atividades. No dia da mudança um horário visual pode ser útil para explicar o que exatamente se vai passar;
- **Envolver as pessoas adequadas:** Envolver o staff na preparação, inteirando-os das decisões da pessoa, bem como das suas preferências e ansiedades;
- **Mudar de uma atividade para outra:** Sequenciar atividades pode ser complicado para a pessoa com autismo, considerando que o conceito abstrato de tempo para os mesmos é difícil de compreender. Para ajudar, podem-se usar planeadores diários a demonstrar as atividades diárias, usar temporizadores para indicar quando a atividade terminou, minimizar ao máximo o tempo de espera entre atividades (quando houver algum, tentar prever o mais precisamente possível qual será o tempo ao certo), encorajar a pessoa a colocar um símbolo à frente do procedimento quando concluído;

- **Atentar à ansiedade:** Estar atento a sinais de ansiedade e apoiar a pessoa a expressar como se sente. Deve-se dar uma oportunidade para a mesma colocar questões sobre a mudança. Pode-se explicar as partes positivas da mudança.

De igual forma, uma revisão de 2015 reuniu várias estratégias para assistir e apoiar pessoas com dificuldade em transacionar de atividade para atividade, na qual se inserem as pessoas com PEA: (35)

- **Alterar o momento dos pedidos:** Pode ser mais difícil transacionar entre atividades quando a pessoa está no decorrer de uma atividade que a mesma goste muito, ou no decorrer de qualquer atividade não o deixando terminar. Assim, é necessário contextualizar o momento e adequar o mesmo;
- **Aviso com antecedência:** Sinalizar que irá acontecer uma mudança de atividade e fornecer tempo extra até ao novo momento acontecer pode ser muito importante na cooperação da pessoa com autismo;
- **Usar cronogramas visuais:** como, por exemplo, cronogramas fotográficos ou cronogramas com figuras;
- **Priming:** No *priming*, a pessoa é exposta a aspetos de um evento futuro antes ainda do mesmo acontecer; implica dar oportunidade à pessoa de se inteirar e praticar o que vai acontecer, ou até de se acostumar ao evento e às novas sensações;
- **Momentum comportamental:** fizeram-se estudos em relação a esta teoria que implica que, antes de efetuar uma ordem improvável da pessoa cumprir, se dê uma ordem verbal de algo que a pessoa deve cumprir para aumentar a probabilidade da primeira acontecer. Num dos mesmos estudos, procedeu-se a estratégias com uma mulher de 38 anos com défice intelectual grave e movimentos repetitivos de alta frequência, dizendo à mesma “Dá cá mais 5” ou “Segura a minha mão” antes de uma instrução de baixa probabilidade, sendo que

com esta intervenção a mesma cooperou mais e diminui os seus movimentos ritualísticos.

2.2.2.4 Capacidades comunicativas

É importante perceber como funcionam as dificuldades de comunicação de uma pessoa com autismo, de modo a melhor entender como os mesmos comunicam as suas necessidades. A maioria destes utentes tem menor capacidade de: (36)

- Interagir com outras pessoas;
- Iniciar interações, responder a outros, ou usar interação para mostrar algo a terceiros ou ser sociável;
- Perceber e relacionar-se com outras pessoas;
- Fazer parte do dia-a-dia da família, escola, emprego ou vida social.

Também é necessário compreender que a comunicação não verbal pode estar comprometida nestas pessoas, tanto quanto a mesma pode não ser verbal de todo e, nesses casos, o meio de comunicação que persiste é precisamente a comunicação não verbal. Desta última forma, a pessoa pode usar outras formas para interagir e expressar emoções ou intenções, como sendo: gestos, chorar, levar a mão do recipiente ao objeto do seu interesse, olhar para o objeto, tentar alcançar o objeto, usar imagens, comportamento ansioso, ecolalia.

Assim, são aconselhados os seguintes métodos para melhor interagir com pessoas com autismo: (36)

- **Obter e manter a sua atenção:** Usar sempre o seu nome no início da frase para o mesmo saber que é a ele que se refere; certificar que o mesmo está a prestar atenção antes de perguntar algo ou dar uma instrução; usar os seus *hobbies* e interesses para criar interação;
- **Processar informação:** Dizer menos e dizê-lo mais devagar; usar palavras específicas, repetindo e enfatizando-as; realizar pausas entre palavras e frases dando tempo à pessoa para processar o que foi dito e pensar numa resposta; não usar demasiadas perguntas; utilizar menos comunicação não verbal (como expressões faciais, gestos ou contacto visual); usar apoios visuais (símbolos, etc.); atentar ao ambiente em redor, sendo que diferenças sensoriais podem afetar o quanto a pessoa consegue processar;

- **Evitar o uso de perguntas abertas:** Manter as questões curtas; questionar apenas o mais necessário de saber; estruturar as perguntas (e.g., oferecer opções); ser específico;
- **Formas de pedir ajuda:** Se apropriado, dar um apoio visual ao indivíduo com autismo para o mesmo pedir ajuda;
- **Ser claro:** evitar o uso de ironia, sarcasmo, linguagem figurativa, perguntas retóricas ou eufemismos e disfemismos, sendo que a pessoa com autismo pode interpretá-los literalmente. Caso os use, explicitar de seguida o que realmente pretendia dizer;
- **Comportamento ansioso:** tentar perceber se este comportamento é uma forma de dizer algo, e se sim o quê;
- **Reações ao “não”:** a pessoa com autismo pode ter dificuldade em perceber porque é que lhe estão a negar algo; pode-se tentar usar uma palavra ou símbolo diferente; caso se trate de alguma atividade que possa ser feita posteriormente, explicitar isto à pessoa, incluindo recorrendo a calendários.

2.2.2.5 Meltdowns

De forma a contextualizar o presente tópico, os *meltdowns* não se devem confundir com as conhecidas “birras”, sendo que os primeiros resultam de uma resposta intensa a uma situação avassaladora, tal como referido anteriormente na secção apropriada. (16)

A NAS, face a uma situação como a referida, aconselha a descobrir como a antecipar, identificar as suas causas e minimizar a sua frequência. Assim, é apropriado: (37)

- **Não julgar;**
- **Proporcionar à pessoa algum tempo:** o caos sensorial pode requerer algum tempo para recuperar;

- **Perguntar ao indivíduo ou cuidador se o mesmo se encontra bem,** tendo em mente que precisará de mais algum tempo para responder do que o esperado;
- **Criar um espaço calmo e seguro o melhor possível:** Reduzir ao máximo informação sensorial, como sons altos ou luzes intensas. Incentivar para os profissionais ou acompanhantes em redor não fixarem o olhar;
- **Antecipar o *meltdown*:** Muitas pessoas com autismo vão mostrar sinais de inquietude ainda antes da crise. Podem começar a exibir sinais de ansiedade como uma marcha rápida, procurar reassegurança através de perguntas repetitivas ou, por outro lado, ficar muito quieto repentinamente. Nesta fase, é ainda possível prevenir o evento criando uma distração, fornecendo um brinquedo (no caso de crianças) ou ouvir música, remover potenciais *triggers* ou “gatilhos” e, acima de tudo, manter-se a si próprio calmo;
- **Identificar as causas:** Sendo este fenómeno uma reação a uma experiência intensa, saber o que é incomodativo para a pessoa pode identificar a etiologia. O uso de diários com registo de pormenores antes, durante e após o episódio pode fazer surgir padrões – percebendo que este surge em sítios específicos, ou alturas específicas, ou quando algo particular aconteceu;
- **Minimizar os *triggers*:** Após identificar a causa, é hora de minimizar o que causa o episódio. Toda a pessoa com autismo é diferente, mas causas comuns são as diferenças sensoriais, mudança na rotina, ansiedade ou dificuldades de comunicação;
- **Considerações sensoriais:** Pessoas com autismo podem ser hipersensitivas em certos aspetos e hiposensitivas noutros, frequentemente uma mistura de ambos. Deve-se considerar criar um ambiente pouco estimulante (removendo

luzes intensas) ou usar equipamento sensorial (e.g., óculos com lentes escuras, tampões de ouvidos, mantas pesadas);

- **Mudança de rotina:** Tanto estrutura como uma rotina fixa e previsível são muito importantes para a pessoa com autismo. Face a uma mudança imprevisível, pode-se experimentar usar símbolos e figuras para explicar a mudança, reforçar o que será mantido no resto do dia, dar uma oportunidade para expressar a sua frustração (e.g., rasgar um papel, bater numa almofada) seguida de uma atividade que o mesmo conhece como calma (como respirar fundo, apertar uma bola de stress, ouvir música calma);
- **Ansiedade:** Deve-se ter um plano de como atuar antes da pessoa expressar ansiedade, como uma *playlist* ou bola de stress que possa ser usada naquele momento; incorporar tempo de relaxamento na rotina, dando oportunidade à pessoa para fazer algo que gosta para poder gerir a sua ansiedade;
- **Dificuldades de comunicação:** Pessoas com autismo podem ter dificuldade em expressar as suas necessidades e preferências, sendo que pode resultar em irritação e frustração culminando em *meltdowns*. Deve-se apoiar a pessoa com as mesmas estratégias elaboradas na subsecção das capacidades comunicativas, usando apoios visuais, frases curtas e claras e tecnologia.

2.2.2.6 Dificuldades sensoriais

Citando a NAS, “processar informação sensorial do dia-a-dia pode ser difícil para pessoas com autismo. Qualquer um dos seus sentidos pode estar mais ou menos sensível, ou ambos, em diferentes momentos”. A mesma refere que, por vezes, a pessoa se pode comportar de uma forma que passa despercebida como resultado de dificuldades sensoriais, sendo que existem três pontos importantes a relembrar nestes momentos: estar atento (analisar o ambiente e verificar se há algo que esteja a criar dificuldades), ser criativo (pensar em experiências sensoriais positivas) e estar preparado (avisando a pessoa sobre um possível estímulo que pode experienciar). (19)

Em relação aos sentidos, é especificamente aconselhado: (19)

- **Visão:** Reduzir luz fluorescente, providenciar óculos de sol, usar cortinas blackout;
- **Audição:** Em relação a uma sensibilidade diminuída, pode ajudar usar apoios visuais para suportar a falta de informação verbal bem como alertar outras pessoas da dificuldade para que também possam comunicar eficazmente; quanto a uma sensibilidade aumentada, deve-se tentar fechar portas e janelas de modo a diminuir os sons do exterior, preparar a pessoa antes de ir para sítios com barulho intenso, providenciar tampões de ouvidos ou música;
- **Olfato:** Deve-se usar produtos sem cheiros, evitar usar perfume e tornar o ambiente o mais livre de fragrâncias possível;
- **Paladar:** Sendo que a pessoa com autismo pode limitar-se a certas comidas, desde que o mesmo se mantenha numa dieta variada não haverá necessariamente um problema;
- **Tato:** Oferecer alternativas texturizadas semelhantes àquilo que o utente gosta, como oferecer tubos sem látex ou palhinhas ou doces congelados para este mastigar, no caso de alguém com menor sensibilidade; por outro lado, no caso dos mais sensíveis, avisar sempre a pessoa quando lhe vai tocar e abordá-la sempre pela sua frente, atentar que um abraço pode ser doloroso ao invés de confortável, mudar a textura de um alimento – por exemplo, ralando-, permitir à própria pessoa realizar algumas atividades, de modo à mesma conseguir fazer como se sente confortável, virar roupas do avesso, remover etiquetas e permitir a pessoa vestir aquilo com que se sente confortável;
- **Vestibular:** No caso de uma sensibilidade maior, pode ajudar dividir as atividades em passos mais pequenos e acessíveis, usando também, por exemplo, pistas visuais, como uma linha de meta;

- **Propriocepção:** A propriocepção indica-nos onde está o nosso corpo no espaço e como as diferentes partes se estão a mover. Deve-se tentar posicionar a mobília à volta da divisão, para facilitar a navegação e/ou colocar fitas coloridas no chão para indicar os limites.

2.2.2.7 Saúde mental

Referido na subsecção respetiva a este tópico (subsecção 2.1.7 “Saúde Mental”), no presente trabalho não se pretende enumerar tratamentos para patologias que afetem a saúde mental dos utentes com PEA. No entanto, reunir informação sobre as melhores abordagens a estes desafios significa perceber quais são, de facto, os maiores problemas e desafios desta vertente.

De facto, num artigo escrito para a Associação Portuguesa Voz do Autista elucidam-se que um diagnóstico apropriado de PEA é um dos primeiros passos a estabelecer para poder ter melhores acessos a cuidados de saúde, de forma a poder facultar aos profissionais, cito, “legendas” para que não se confundam as dificuldades sociais, e outras, exibidas. (21)

A pessoa com autismo pode, também, expressar a sua saúde mental de forma diferente do que seria esperado, principalmente quando os mesmos envergam por um fenómeno de camuflagem, no qual os indivíduos mascaram ou suprimem alguns dos seus comportamentos de modo a conseguirem integrar-se na restante sociedade. Neste sentido, por exemplo, o DSM-5 alerta para a possibilidade de a pessoa não verbal com alteração dos padrões de sono ou alimentação poder apresentar ansiedade e depressão, sendo necessário estar atento a estes sinais. (3,22)

Num estudo realizado através da *SPARKS Research Match*, foi possível perceber que, mais de metade dos participantes que apresentavam depressão no momento do questionário, estavam a receber tratamento e mais de dois terços já tinham recebido no passado. Quando questionados sobre a utilidade destes, tanto tratamento farmacológico como terapia, a maioria consideraram-nos úteis. Pode-se subentender que, para além do acesso e reencaminhamento para os cuidados apropriados ser muito importante, os próprios cuidados são, aos olhos dos utentes, eficazes. (24,38)

No mesmo âmbito, um estudo tentou criar um panorama geral dos tratamentos para condições do foro da saúde mental na população adulta com autismo. Os investigadores perceberam que: os diagnósticos mais comuns foram a perturbação de ansiedade, a depressão, a perturbação de hiperatividade e défice de atenção, sendo que as terapias mais comuns foram as estratégias cognitivas, respiração profunda, meditação

mindfulness e imagem guiada. De igual forma, a maioria considerou que era muito importante para os terapeutas terem conhecimentos sobre a PEA, concluindo que é importante para os adultos com autismo que os seus terapeutas os aceitem, bem como às suas experiências. (39)

Assim, depreendemos que existem quatro pontos importantes na abordagem à patologia do foro da saúde mental no utente com autismo:

- **Estabelecimento de um diagnóstico apropriado e em tempo útil de autismo;**
- **Reconhecimento de sinais e sintomas, principalmente os mais específicos do utente com autismo, de instabilidade da saúde mental;**
- **Reconhecimento da necessidade de reencaminhamento para profissionais de saúde apropriados para realização de terapêutica;**
- **Importância de reencaminhamento para terapeutas apropriados e com conhecimento no âmbito da PEA.**

2.2.2.8 Condições relacionadas

Tal como nas perturbações do foro da saúde mental, também as restantes condições psicopatológicas e médicas devem ser devidamente diagnosticadas, sendo que no intuito da presente dissertação a melhor abordagem prende-se por certificar que os diagnósticos apropriados são realizados. Na subsecção 2.1.8 “Condições relacionadas” são referidas as principais patologias conhecidas como frequentes comorbilidades da PEA, sendo importante o médico assistente de um utente com autismo conhecê-las primeiramente.

Segundo o DSM-5, quando existem critérios diagnósticos para tanto PEA como outra condição, ambos os diagnósticos devem ser estabelecidos. Patologias médicas que comumente estão associadas ao autismo (como epilepsia, perturbações do sono, etc.), quando presentes, devem ser anotadas no especificador “associada a uma conhecida condição médica/genética ou ambiental/adquirida”. (3)

Segundo a NAS, é importante apoiar as pessoas com mais de um diagnóstico de uma forma que preencha todas as suas necessidades, enquanto se mantém em foco que as necessidades de uma pessoa com autismo são diferentes. (40)

Em suma, distinguem-se dois pontos importantes:

- **Realizar o diagnóstico apropriado da condição que acompanha a PEA, bem como registá-la no respetivo especificador;**

- **Assegurar que se apoia todas as necessidades da pessoa, com atenção a que estas necessidades no indivíduo com autismo são diferentes.**

2.2.3 Outras fontes de informação e estratégias

2.2.3.1 Behavioural Management Techniques nos cuidados dentários

Tal como referido num artigo escrito por Isabelle Chase e Nicole Baumer para a *Harvard Health Publishing*, os cuidados dentários costumam apresentar luzes fluorescentes, barulhos intensos de pessoas e equipamentos e procedimentos que não são familiares para os indivíduos. Neste âmbito, estas consultas podem ser particularmente difíceis para as crianças com PEA. Nesta vertente, percebe-se que os cuidados de saúde propriamente ditos são bastante semelhantes aos cuidados de saúde dentários. (41)

O presente trabalho pretende reunir as melhores estratégias usadas pelos profissionais de medicina dentária bem como refletir e, posteriormente, propor quais destas podem ser transpostas para os restantes contextos e profissionais de saúde.

Através da organização *Autism Speaks*, as atividades do programa *Autism Speaks Autism Treatment Network* levaram à redação de um manual de auxílio aos profissionais dentários no que concerne a crianças com autismo, denominado “*Autism Tool Kit for Dental Professionals*”. De seguida, são nomeadas as estratégias presentes no referido projeto:

- **Preparar para a visita da família:**
 - Obter os registos médicos da criança anteriormente à visita para revisão;
 - Considerar realizar a marcação para um horário em que o consultório esteja menos ocupado ou depois das horas de atendimento;
 - Preparar a criança para se sentar imóvel e manter a boca aberta durante o exame;
 - Rever como o staff vai completar o Raio X;
 - Determinar qual higienista seria um bom par para esta criança;
 - Decidir como condições médicas ou físicas serão abordadas.
- **Manter comunicação:** é importante denotar que mesmo com uma preparação adequada, problemas inesperados podem ocorrer - manter uma boa e fluída comunicação com todos os intervenientes é crítico;

- **O papel do(a) rececionista:** este(a) é a chave para criar o tom para a consulta visto que será a primeira impressão do consultório. Deve estar ciente das acomodações que podem ser necessárias (como, por exemplo, a luzes e barulhos intensos). Se houver oportunidade de transferir o utente para uma sala de espera mais tranquila, deve-se fazê-lo;

- **O papel do(a) assistente:** este pode ser o primeiro contacto do utente ao levá-lo da sala de espera para a área clínica; deve estar atento a potenciais desafios, bem como deve manter uma discussão aberta com o profissional primário dos cuidados sobre que ambiente se adequará melhor ao paciente;

- **O papel do(a) Dentista:** este deve estar ciente de várias técnicas de gestão comportamental. Um estudo demonstra, também, que um paciente com PEA interage relativamente melhor, se a equipa se mantiver em todas as consultas, sendo que um esforço deve ser feito neste sentido. Também demonstrou que o utente colabora melhor, se um cuidador estiver no local com o mesmo; as estratégias enumeradas são as seguintes:
 - **Dizer-Mostrar-Fazer:** Sendo que pessoas com PEA tendem a responder bem face a uma preparação ou pré-ensino, ajudar um indivíduo com autismo a saber o que esperar bem como a sequência de eventos durante uma visita pode ser muito útil. Caso seja um utente com pouca capacidade verbal, deve-se usar objetos ou imagens. A linguagem deve ser simples e clara;

 - **Dessensibilização:** De forma a melhor lidar com a ansiedade que as crianças com PEA podem apresentar com uma ida ao dentista, as técnicas de dessensibilização e uma abordagem gradual de forma a aprender a tolerar os procedimentos podem ser necessárias. Vai consistir em várias visitas á clínica, de modo a praticar um comportamento específico e deve terminar numa nota positiva. Por exemplo, a primeira vez pode apenas consistir em entrar no consultório, e de cada vez que um passo é bem-sucedido deve-se oferecer uma recompensa;

 - **Controlo de voz:** Usar um tom de voz calmo e tranquilo é sempre necessário. O controlo de voz significa aumentar o volume ou mudar o

tom sempre que é necessário chamar à atenção da criança. Se o utente ficar incomodado ou a consulta tiver de terminar mais cedo, deve-se manter uma atitude calma e terminar sempre numa nota positiva;

- **Preparação em casa:** Profissionais podem trabalhar em conjunto com as famílias, sendo que a preparação em casa pode consistir num pré-ensino, ler histórias e rever um horário visual;
- **Reforço positivo verbal:** Tal como qualquer outro, indivíduos com PEA tendem a responder bem a elogios verbais e sorrisos;
- **Distração:** Por vezes estes utentes podem responder melhor aos procedimentos quando estão a ser distraídos. Atividades de distração podem incluir ver o seu DVD favorito, ouvir música, ou segurar objetos preferidos. Pode ser útil segurar um objeto que possa ser manipulado, como balões cheios de farinha, um tubo em fole que pode ser aberto ou fechado, ou outros objetos. Os pais também podem ter ideias sobre as melhores atividades e objetos para distrair a criança. Deve-se trabalhar com os pais para desenvolver um plano – por exemplo, os pais podem indicar um filme que a criança goste e o profissional dentário pode garantir que este esteja disponível no consultório bem como os pais podem garantir que a criança não o veja antes para que permaneça uma distração nova e segura;
- **Presença/Ausência dos pais:** Deve-se conversar com as pais anteriormente, visto que várias crianças cooperam melhor na presença dos mesmos, enquanto outras se comportam mais adequadamente quando os mesmos não estão;
- **Técnica sensoriais:** Deve-se considerar a resposta ao estímulo do indivíduo, sendo que pode ser necessário aumentar a exposição a uns e reduzir a outros. Por exemplo, alguns indivíduos podem beneficiar de usar headphones que reduzam ruídos, enquanto outros podem responder mais positivamente a usar um colete pesado (como usados nas radiografias) de modo a permanecerem calmos;
- **Histórias sociais:** Uma história ajuda o indivíduo a perceber o que vai acontecer, sendo que estas podem ser usadas para ajudar o utente a saber o que esperar durante uma consulta. Estas histórias usam linguagem simples e imagens para descrever uma situação. Adicionalmente, crianças

também podem beneficiar de ler livros publicados sobre ir ao dentista, sendo que existem vários com este intuito;

- **Horários visuais:** Imagens podem ser usadas para ajudar o indivíduo a entender a sequência de eventos e saber o que vem a seguir, sendo que também pode auxiliar o mesmo a perceber o que já foi completado e o que não. Estes ajudam a reduzir a ansiedade e a incerteza. Podem ser usados para demonstrar os passos envolvidos em escovar os dentes ou completar um procedimento dentário. (42)

De forma a comparar a aceitação das técnicas de gestão comportamental usadas na medicina dentária pediátrica pelos pais espanhóis e portugueses, foi realizado um estudo através de questionário a pais de crianças tratadas em duas universidades, uma delas sendo a Universidade de Coimbra. Avaliaram-se técnicas como Dizer-Mostrar-Fazer, sedação por óxido nítrico, restrição passiva, controlo de voz, mão-na-boca, pré-medicação oral, restrição ativa e anestesia geral. Como conclusão, verificou-se que as técnicas mais aceites, tanto em Portugal como Espanha, foram o Dizer-Mostrar-Fazer e o controlo de voz. Por outro lado, as menos aceites em ambos os países foram as restrições passiva e ativa. (43)

Assim, é perceptível a importância destas estratégias no dia-a-dia de alguém com PEA no contexto da medicina dentária. Sendo os contextos da medicina dentária e da medicina tradicional tão semelhantes, questiona-se se estas não podem ser também transpostas para o último.

2.2.3.2 Outros artigos, editoriais e estudos-piloto

Na literatura refere-se frequentemente todas as dificuldades que o utente com PEA pode defrontar em diferentes contextos. Existem artigos e estudos feitos de modo a tentar suplantar estas necessidades, bem como auxiliar cuidadores e profissionais a abordar estes indivíduos.

Porque não só de médicos é feito o ambiente hospitalar, no *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, em 2010, foi publicado um artigo que visava esclarecer profissionais de enfermagem sobre como tratar de uma criança com autismo, em variados contextos clínicos, incluindo o contexto agudo. O mesmo artigo destaca as dificuldades com que o utente se pode deparar, as mesmas já referidas no presente trabalho, e delinea algumas estratégias a implementar, como sendo: (44)

- **Avaliação das necessidades únicas da criança:** É frisada a importância deste passo quando se discute o plano de cuidados do utente. Deve-se determinar

estratégias que foram bem sucedidas anteriormente, bem como postular certas questões tais como: 1) o nível de desenvolvimento do paciente (considerando ano e performance escolar), 2) determinar o nível de distúrbios somatossensoriais, 3) determinar distúrbios emocionais, 4) discutir técnicas de comunicação eficazes (como o uso de imagens). Podem ser necessários ajustes à dieta devido a texturas, cheiros, cores ou tipos de comida. É necessário ter presente que estava avaliação deve ser contínua enquanto a hospitalização, até porque novas situações e desafios podem surgir;

- **Planeamento de estratégias nos cuidados da criança com PEA:** Deve-se proceder a uma avaliação dos pontos fortes e recursos da criança de modo a melhor atingir os objetivos do tratamento. Pode-se avaliar, com recurso a determinadas perguntas, 1) os défices das apetências sociais, 2) as dificuldades na comunicação, 3) interesses restritos e comportamentos estereotipados, 4) inflexibilidade e adesão a rotina;
 - Estratégias de intervenção em crianças com défice de apetências sociais: o contexto clínico pode ser bastante intrusivo, com diversas pessoas estranhas a entrar no quarto do utente. Pré-determinar um profissional de enfermagem específico pode providenciar consistência e ajudar a criança a desenvolver confiança. Deve-se também ter em consideração reduzir o máximo possível o ruído ambiente mantendo os monitores em silêncio caso seja conseguido em segurança, manter as portas para os corredores fechadas ou usar sinais que indiquem “não perturbar/contactar enfermeira antes de entrar” de modo a minimizar barulho e grande afluência de pessoas no seu quarto. A equipa deve também minimizar intervenções que possam ser complexas para o utente, como substituir uma monitorização de sinais vitais contínua por uma pontual, caso seja possível;
 - Estratégias de comunicação com uma criança com PEA: O Espectro de tipos de défices presentes na comunicação pode ser muito vasto. Desta forma, diferentes estratégias podem ser adotadas. Uma das referidas pelo artigo é o *Picture Exchange Communication System* (PECS), no qual a intenção final é a criança conseguir comunicar o que quer naquele momento. Para além deste, o *staff* de enfermagem deve desenvolver uma parceria próxima com as famílias e cuidadores de modo a estabelecer estratégias eficazes (por exemplo, se a família comunica através de um quadro, estes devem trazê-lo para o hospital). Além disto, os profissionais devem estar dispostos a usar estratégias alternativas para comunicar

como por linguagem gestual, quadros de imagens, etc. Outras abordagens podem passar por minimizar a estimulação sensorial do ambiente, comunicar instruções de forma clara e simples, falar diretamente para a criança de forma a captar a sua atenção (relembrando que capacidade verbal limitada não significa capacidade limitada de compreender e que crianças com PEA tendem a pensar concretamente e interpretar o que lhes é dito literalmente), usar imagens, linguagem gestual, escrita e outros de modo a comunicar com uma criança não verbal, bem como estar preparado para dizer ou mostrar algo diversas vezes. É também importante o uso de reforço positivo, focando nas suas forças. A gestão da dor deve ter especial atenção nesta população, sendo que ao colher sangue para análises ou ao oferecer injeções é aconselhado o uso de um gel tópico à base de lidocaína; também se deve providenciar à criança métodos de reportar o seu nível de dor, principalmente nas não-verbais, como escalas analógicas em que a criança marca a linha da sua dor ao invés de apontar ou dizer o número – uma vez iniciada, deve-se manter a estratégia determinada;

- Adaptar os cuidados aos interesses restritos ou comportamentos estereotipados: A criança com autismo pode ter interesses muito fixos ou compulsões e rituais, sendo que não poder completar estas tarefas pode ser um desafio. O profissional de enfermagem deve também estar atento a sinais não verbais, como mudanças na linguagem corporal ou agitação, sendo que pode, desta forma, conseguir dissipar “birras” ou “explosões” por caos sensorial ou frustração. Também de deve avaliar o quarto do utente para possíveis objetos perigosos. Considerando as condições psiquiátricas comumente acompanhantes da PEA, devem-se incluir no plano de cuidados a continuação da medicação que o mesmo faz em ambulatório, bem como consultar os serviços psiquiátricos do hospital para gerir situações urgentes de comportamentos agressivos. Acima de tudo, deve-se preparar os cuidados ao utente com autismo de forma antecipada, sendo que se deve prezar por um ambiente seguro ao remover equipamento desnecessário, usar staff adicional e manter os estímulos ao mínimo;
- Estruturar os cuidados em redor da inflexibilidade e necessidade de rotina: Nos cuidados agudos pode ser difícil manter a rotina que a criança tinha em casa, mas há determinadas atividades que a equipa deve tentar manter. Por exemplo, o horário das refeições ou de dormir deve ocorrer

ao mesmo tempo do que era feito em casa. Também pode ser importante usar um horário visual que a criança consegue observar e seguir, bem como trazer pratos, copos, sabão, etc., que são familiares porque o utente os usa em casa diariamente. De modo a conseguir minimizar os distúrbios de sono, que podem ser exacerbados apenas com o ambiente hospitalar (luzes intensas, barulho, rotina de noite diferente, cama e lençóis desconhecidos, bem como caras desconhecidas), é importante manter uma comunicação aberta com a família perguntando, na admissão, se a criança tem alguma rotina de sono especial e intervindo quando necessário. Preparar para exames e procedimentos antes de acontecerem pode reduzir imenso a ansiedade do utente – embora no contexto agudo não haja tempo para uma visita pré-admissão, quando, de facto, existem admissões pré-operativas marcadas, uma visita ao local previamente pode fazer parte da preparação. Pode estar incluída nesta visita uma orientação à unidade com pessoal de enfermagem e técnicos. Ao preparar uma criança para um procedimento, pode ajudar possibilitar à mesma oportunidades (adequadas à sua idade) de ver, tocar e sentir qualquer material que vá ser usado – estas também podem apreciar instruções passo-a-passo durante o procedimento, bem como pode ser de ajuda o uso do reforço positivo.

Depois de analisar o artigo referente aos melhores cuidados de enfermagem para pacientes com PEA, é notável a importância de um plano de cuidados bem delineado, de forma adequadamente antecipada e que seja delineado com base numa interação com a família e a criança. De facto, num estudo-piloto de 2016 publicado no *PEDIATRICS*, a revista da Academia Americana de Pediatria, postulou-se que um plano de cuidados específico para o autismo (*Autism-Specific Care Plans – ACP*) durante uma admissão hospitalar iria ser factível e aceite pelos pais, bem como quem o usaria iria ter uma melhor experiência de cuidados em relação aos que não o fizeram. De facto, depois de realizados e analisados os questionários em questão, concluiu-se que o ACP foi bem aceite e usado frequentemente pelo *staff*, comparando com os que não usaram o ACP, os que o usaram reportaram uma melhor experiência em relação à sua experiência hospitalar geral e atenção do *staff* às necessidades específicas da sua criança com PEA. (45)

De igual forma, um editorial de 2016 publicado na revista *Archives of Disease in Childhood*, a revista oficial do *Royal College of Pediatrics and Child Health*, escrito por Carol Povey, elucida as dificuldades com que a criança no Espectro do autismo se pode deparar num contexto de cirurgia; a autora ilumina também a falta de literatura sobre

como melhor entender e apoiar estas pessoas no hospital e, mais especificamente, aquelas que se vão submeter a um procedimento cirúrgico, ao contrário do que acontece em relação ao apoio das mesmas na escola, casa e comunidade. São referidas determinadas estratégias que poderiam ser úteis se usadas em contextos mais extensos como o hospitalar (bem como seria importante a avaliação das mesmas), tais como as *social stories* e sistemas de comunicação aumentativos e alternativos. A mesma sublinha também a importância de ouvir os cuidadores e envolvê-los, como indicado nos artigos que referencia. São nomeados hospitais que já implementam algumas estratégias, sendo uma delas a contratação de profissionais específicos, com a finalidade de apoiarem o staff a lidar com pessoas com dificuldade de aprendizagem, ou profissionais especialistas mesmo na PEA. O artigo termina com a importância destas metodologias serem devidamente avaliadas e o conhecimento disseminado pelos hospitais. (46)

Em relação às dificuldades que as crianças com autismo têm em aderir a mudanças, num artigo de 2019 escrito para a *Psychology Today*, o autor enumera 5 estratégias para abordar especificamente este desafio, enfatizando que, para estas crianças, transições podem ser muito mais difíceis em relação aos pares neurotípicos. Assim, o artigo enumera: (47)

- **Avisar com antecedência antes da transição ocorrer;**
- **Usar apoios visuais** – devido ao conceito abstrato de tempo, visualizar a transição pode ajudar;
- **Usar estrutura e consistência** – deve-se manter a ordem de atividades diárias consistente;
- **Usar pouca linguagem** – no caso específico das crianças com autismo, mais linguagem pode levar a um *overload* sensorial; deve-se manter as frases e referências a acontecimentos curtos;
- **Providenciar elogios para transições bem sucedidas.**

Capítulo III – Proposta de abordagem

No presente capítulo, e com base na sistematização anterior e como uma forma de finalização da mesma, proceder-se-á agora a uma breve proposta de atuação, no contexto médico, face a um utente com PEA. Tal como enunciado, o capítulo anterior dedicou-se a rever as principais características do utente com autismo, que podem constituir um comportamento desafiante para o profissional de saúde, bem como a reunir as melhores recomendações encontradas na literatura e nos respetivos recursos disponíveis online de associações do autismo nacionais e internacionais para gerir e abordar estas mesmas características.

Desta forma, a seguinte proposta de atuação dividir-se-á em 2 momentos face ao contacto com os serviços de saúde: os momentos **antes do contacto** e **durante o contacto**.

Salienta-se que a presente dissertação não pretende focar-se numa só faixa etária, tendo em consideração que o utente pediátrico com PEA será, eventualmente, um utente adulto com a mesma patologia. Assim, pretende-se abranger estratégias de abordagem para todo o tipo de idades de forma a capacitar o maior número possível de profissionais de saúde a melhor gerir os seus momentos de contacto com o paciente com autismo. Evidentemente, algumas estratégias são mais bem aplicadas a crianças ou adultos, devido às características específicas que os distinguem – estas serão devidamente indicadas. Adicionalmente, é sabido que os diferentes locais dos serviços de saúde podem comportar diferentes desafios; por exemplo, o serviço de urgência é fundamentalmente diferente do internamento e ambos são distintos da consulta externa ou da consulta nos CSP: estas estratégias englobam a generalidade do contexto hospitalar, enquadrando-se em cada ambiente conforme as necessidades que o profissional de saúde identifique.

Denota-se que as propostas apresentadas na Tabela 1 estarão, de seguida, explicitadas e discriminadas.

Tabela 1. Proposta de estratégias a considerar na abordagem ao utente com PEA no contexto médico, antes e durante o contacto com os serviços de saúde

Dimensões	Antes do contacto com os serviços de saúde	Durante o contacto com os serviços de saúde
Irritabilidade e agressividade	✓ Assegurar que pessoa sabe o que vai acontecer.	✓ Comunicar claramente e com frases curtas; ✓ Identificar emoções.

Movimentos repetitivos e obsessões		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Perceber de que serve o comportamento; ✓ Tentar modificar o ambiente; ✓ Criar estrutura; ✓ Estratégias de relaxamento.
Adesão à mudança	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avisar com antecedência; ✓ Marcar o dia do acontecimento e incentivar a contagem decrescente; ✓ Realizar um pré-ensino em casa. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Usar apoios visuais para descrever o que vai acontecer; ✓ Minimizar o tempo de espera ao mudar de uma atividade para outra; ✓ Atentar aos sinais de ansiedade; ✓ Incentivar a trazer pertences do utente com ele; ✓ Adequar o momento do pedido.
Comunicação		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Usar sempre o seu nome no início de uma frase; ✓ Certificar que o mesmo está a prestar atenção; ✓ Usar os seus hobbies e interesses para obter a sua atenção; ✓ Dizer menos e dizê-lo mais devagar; ✓ Não fazer demasiadas perguntas e evitar perguntas abertas; ✓ Usar menos comunicação não verbal; ✓ Adequar o ambiente; ✓ Adequar estratégias comunicativas durante os cuidados; ✓ Ser claro, evitando expressões estilísticas; ✓ Técnica Dizer-Mostrar-Fazer; ✓ Técnica Controlo de voz; ✓ Reforço positivo; ✓ Técnica de Distração; ✓ Técnicas sensoriais.
Meltdowns	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Considerar marcar o evento num horário de menor azáfama: como o início ou final do dia. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar à pessoa tempo para recuperar do caos sensorial; ✓ Criar um ambiente adequado e seguro – reduzir ao máximo a informação sensorial como luzes ou sons; ✓ Identificar <i>triggers</i> e minimizá-los; ✓ Reduzir o ruído ambiente.
Dificuldades sensoriais		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Minimizar intervenções que possam ser complexas para o utente; ✓ Usar gel tópico à base de lidocaína em procedimentos dolorosos; ✓ Considerar que podem ser necessários ajustes à dieta; ✓ Reduzir estímulos visuais; ✓ Reduzir ou criar apoio a estímulos auditivos; ✓ Reduzir estímulos olfativos; ✓ Gerir estímulos táteis;

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gerir estímulos vestibulares; ✓ Gerir estímulos proprioceptivos.
Saúde mental		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estabelecimento de um diagnóstico apropriado de PEA; ✓ Reconhecimento de sinais e sintomas de instabilidade da saúde mental; ✓ Reconhecimento da necessidade de reencaminhamento; ✓ Reencaminhamento para terapeutas apropriados;
Condições relacionadas		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar o diagnóstico apropriado da condição que acompanha a PEA; ✓ Assegurar que se apoia todas as necessidades da pessoa.

Em suma, e do exposto na Tabela anterior, as estratégias propostas visam orientar a gestão de dimensões relevantes no utente com PEA, seja para permitir o controlo de determinadas ações ou comportamentos, seja para facilitar ou promover competências necessárias à gestão das situações em contexto clínico (médico e hospitalar). Assim, salienta-se:

- ✓ **Para controlo da irritabilidade e agressividade:**
 - **Assegurar que pessoa sabe o que vai acontecer:** usando suportes visuais ou organizadores se necessário;
 - **Comunicar claramente e com frases curtas;**
 - **Identificar emoções:** Usar escalas numéricas ou de cores (espécie de um semáforo) para a pessoa identificar as suas emoções. Por exemplo, de 0-5 o número 5 pode significar muito irritado. Quando a pessoa souber o que está a sentir, pode-se tentar afastar ou pedir ajuda.

- ✓ **Para controlo dos movimentos repetitivos e obsessões:**
 - **Perceber de que serve o comportamento:** para reduzir ansiedade?
 - **Tentar modificar o ambiente:** Estará a sala demasiado iluminada? Ou será ao contrário e o indivíduo prefere mais estímulos? Adaptar conforme;

- **Criar estrutura:** Para diminuir o tédio. Pode-se preparar atividades para quando a pessoa estiver incomodada ou usar suportes visuais como planeadores e cronómetros a indicar quando algo vai acabar:
 - Para a criança com PEA: por exemplo, fornecer uma área de brincar quando esta estiver incomodada;
 - Para todo o utente com PEA: pode-se usar um cronómetro para definir o tempo que o individuo estará naquele exame ou procedimento, de forma a conceptualizar o tempo;
 - **Estratégias de relaxamento:** Incentivar a pessoa a usá-las quando stressada, como respirar fundo ou apertar uma bola de stress. Incentivar a mesma a comunicar o que sente, podendo usar escalas numéricas ou de cores para este feito.
- ✓ Para facilitar a **adesão à mudança na rotina:**
- **Avisar com antecedência:** sobre o que irá acontecer, sinalizando que irá haver uma transição;
 - **Marcar o dia do acontecimento e incentivar a contagem decrescente:** aplica-se a cirurgias, internamentos ou procedimentos terapêuticos/diagnósticos;
 - **Realizar um pré-ensino em casa:** Os profissionais devem trabalhar em conjunto com as famílias para estas fazerem um pré-ensino, como ler histórias infantis sobre o hospital;
 - **Usar apoios visuais para descrever o que vai acontecer:** como figuras e imagens;
 - **Minimizar o tempo de espera ao mudar de uma atividade para outra:** como sendo transitar entre dois procedimentos, consultas ou exames;
 - **Atentar aos sinais de ansiedade:** e dar uma oportunidade ao utente de colocar as suas dúvidas;
 - **Incentivar a trazer pertences do utente com ele:** Trazer pratos, copos, sabão que são familiares;
 - **Adequar o momento do pedido:** por exemplo, numa criança, deixá-la acabar a sua brincadeira antes de lhe pedir para transitar para uma atividade que a mesma não gosta.
- ✓ Para **comunicar** com o indivíduo com PEA:

- **Usar sempre o seu nome no início de uma frase;**
 - **Certificar que o mesmo está a prestar atenção:** antes de perguntar algo ou fornecer uma instrução;
 - **Usar os seus hobbies e interesses para obter a sua atenção;**
 - **Dizer menos e dizê-lo mais devagar;**
 - **Não fazer demasiadas perguntas e evitar perguntas abertas:** questionar apenas o mais necessário de saber, manter as questões curtas, específicas e estruturando-as (e.g., oferecendo opções);
 - **Usar menos comunicação não verbal:** como expressões faciais ou gestos;
 - **Adequar o ambiente;**
 - **Adequar estratégias comunicativas durante os cuidados:** Os profissionais devem estar dispostos a usar estratégias alternativas para comunicar como por linguagem gestual ou quadros de imagens, bem como a manter uma relação de proximidade com a família e cuidadores de modo a estabelecer abordagens eficazes. Por exemplo, se a família comunica através de um quadro, estes devem trazê-lo;
 - **Ser claro, evitando expressões estilísticas:** evitar a ironia, sarcasmo, linguagem figurativa, perguntas retóricas, eufemismos e disfemismos – caso sejam usados, explicitar logo de seguida os seus significados;
 - **Técnica Dizer-Mostrar-Fazer:** A técnica implica exatamente o que o seu nome sugere, ao dizer o que se vai fazer, mostrar e, de seguida, fazê-lo. A linguagem deve ser simples e clara, e podem-se usar objetos ou imagens;
 - **Técnica Controlo de voz:** implica aumentar o volume ou mudar o tom de voz sempre que é necessário chamar a atenção à criança. Manter sempre uma atitude calma e terminar numa nota positiva a consulta;
 - **Reforço positivo:** usar elogios verbais e sorrisos;
 - **Técnica de Distração:** implica incluir no contexto clínico uma distração do gosto do utente;
 - **Técnicas sensoriais:** implica aumentar ou diminuir a exposição a determinados estímulos conforme as necessidades.
- ✓ Para abordar os *meltdowns* ou crises:
- **Considerar marcar o evento num horário de menor azáfama:** como o início ou final do dia;
 - **Proporcionar à pessoa tempo para recuperar do caos sensorial;**

- **Criar um ambiente adequado e seguro – reduzir ao máximo a informação sensorial como luzes ou sons;**
 - **Identificar *triggers* e minimizá-los:** as causas mais comuns são as sensoriais, mudança na rotina, ansiedade ou dificuldade de comunicação
 - **Reduzir o ruído ambiente:** mantendo (se possível) os monitores em silêncio, as portas fechadas ou usar sinais de “não incomodar” para evitar o afluxo exagerado de *staff*.
- ✓ Para gerir as **dificuldades sensoriais**:
- **Minimizar intervenções que possam ser complexas para o utente:** como substituir a monitorização de sinais vitais contínua por uma pontual, se possível;
 - **Usar gel tópico à base de lidocaína em procedimentos dolorosos:** para gestão da dor,
 - **Considerar que podem ser necessários ajustes à dieta:** devido a texturas, cheiros, cores ou tipos de comida;
 - **Reduzir estímulos visuais:** reduzir luz fluorescente, usar cortinas *blackout*;
 - **Reduzir ou criar apoio a estímulos auditivos:** fechar portas e janelas para diminuir sons exteriores, tampões de ouvido ou música em caso de hipersensibilidade; apoios visuais para a hiposensibilidade;
 - **Reduzir estímulos olfativos:** evitar perfumes e cheiros intensos, tornar o ambiente livre de fragrâncias, usar produtos sem cheiros;
 - **Gerir estímulos táteis:** alertar sempre a pessoa para a eventualidade de lhe tocar, abordá-la sempre pela frente, balançar as texturas dos alimentos, virar roupas do avesso, remover etiquetas e permitir que a pessoa se vista como se sentir confortável (caso seja possível);
 - **Gerir estímulos vestibulares:** dividir os procedimentos (com necessidade de atividade física ou movimentos) em passos mais pequenos e acessíveis, usando pistas visuais como uma meta;
 - **Gerir estímulos propriocetivos:** posicionar mobília à volta da divisão para facilitar a navegação (importante no quarto do utente com autismo), colocar fitas coloridas no chão para indicar limites.
 - **Estabelecimento de um diagnóstico apropriado de PEA:** e em tempo útil.
- ✓ Gestão da **saúde mental**:

- **Estabelecimento de um diagnóstico apropriado de PEA:** e em tempo útil;
 - **Reconhecimento de sinais e sintomas de instabilidade da saúde mental:** principalmente os mais específicos da PEA;
 - **Reconhecimento da necessidade de reencaminhamento:** para profissionais de saúde apropriados, de forma a iniciar terapêutica;
 - **Reencaminhamento para terapeutas apropriados:** com conhecimento no âmbito da PEA.
- ✓ Gestão de condições relacionadas:
- **Realizar o diagnóstico apropriado da condição que acompanha a PEA:** bem como registá-la no respetivo especificador;
 - **Assegurar que se apoia todas as necessidades da pessoa:** com atenção a que estas necessidades no indivíduo com autismo são diferentes.

Conclusão final

A apresentação clínica do utente com PEA pode ser muito variada. No entanto, existem certos sinais e sintomas para os quais a maioria dos indivíduos vão apresentar sensibilidades e dificuldades particulares. Assim, foi realizada uma proposta de atuação que engloba diversas apresentações clínicas diferentes possíveis, bem como diversas vertentes dos serviços de saúde. Esta proposta está também adaptada aos diversos momentos do contacto com o serviço (antes e durante) e enquadra utentes de todas as faixas etárias.

É de notar a importância que estas estratégias mais individualizadas e ajustadas podem ter nos cuidados aos utentes com PEA, bem como a importância dos profissionais de saúde se munirem de conhecimentos teóricos sobre a natureza, clínica e curso desta perturbação. Esse foi, de resto, um dos objetivos iniciais do presente trabalho, - a sistematização de conceitos e demais informação associada, consubstanciado num levantamento (o mais exaustivo possível) do estado da arte, a partir do qual a nossa proposta foi desenhada. Apesar da informação recolhida e sistematizada permitir apontar alguns indicadores importantes são, no entanto, necessários mais estudos e investigação pela comunidade científica no âmbito desta temática, de modo a fornecer aos profissionais estratégias cada vez mais especializadas, adequadas e suportadas cientificamente.

Em suma, do trabalho realizado, salientamos a importância do/da profissional de saúde/médico/médica considerar as características individuais e pessoais do utente com PEA ao qual se encontra a prestar cuidados, bem como de se munir de estratégias e conhecimentos teórico-práticos sobre esta condição cada vez mais prevalente, a fim de proporcionar a resposta médica e humana mais adequada possível a estes indivíduos.

Referências bibliográficas

1. WHO. Autism [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
2. National Institute of Mental Health. Autism Spectrum Disorder [Internet]. [cited 2023 Sep 18]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/autism-spectrum-disorders-asd>
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. 2013.
4. Zeidan J, Fombonne E, Scora J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*. 2022 May 1;15(5):778–90.
5. Morales Hidalgo P, Voltas Moreso N, Canals Sans J. Autism spectrum disorder prevalence and associated sociodemographic factors in the school population: EPINED study. *Autism*. 2021 Oct 1;25(7):1999–2011.
6. Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017 Jun 1;56(6):466–74.
7. Rita Rodrigues Correia A, Ludovina Maria de Almeida Ramos D. Diferenças de género e o Diagnóstico de Autismo no Género Feminino: Revisão Sistemática de Literatura. 2022.
8. Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian A V., Bilder DA, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveillance Summaries*. 2023 Mar 24;72(2):1–14.
9. DGS. Norma nº 002/2019 Abordagem Diagnóstica e Intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo em Idade Pediátrica e no Adulto. 2019.
10. Hyman SL, Levy SE, Myers SM, Kuo DZ, Apkon CS, Davidson LF, et al. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*. 2020 Jan 1;145(1).

11. Pugliese CE, Fritz MS, White SW. The role of anger rumination and autism spectrum disorder-linked perseveration in the experience of aggression in the general population. *Autism*. 2015 Jun 1;19(6):704–12.
12. Hill AP, Zuckerman KE, Hagen AD, Kriz DJ, Duvall SW, Van Santen J, et al. Aggressive Behavior Problems in Children with Autism Spectrum Disorders: Prevalence and Correlates in a Large Clinical Sample. *Res Autism Spectr Disord*. 2014;8(9):1121–33.
13. Quetsch LB, Brown C, Onovbiona H, Bradley R, Aloia L, Kanne S. Understanding aggression in autism across childhood: Comparisons with a non-autistic sample. *Autism Res*. 2023 Jun 1;16(6):1185–98.
14. Spackman E, Smillie LD, Frazier TW, Hardan AY, Alvares GA, Whitehouse A, et al. Characterizing restricted and unusual interests in autistic youth. *Autism Research*. 2023 Feb 1;16(2):394–405.
15. Panerai S, Tasca D, Ferri R, D'Arrigo VG, Elia M. Executive Functions and Adaptive Behaviour in Autism Spectrum Disorders with and without Intellectual Disability. *Psychiatry J*. 2014;2014:1–11.
16. National Autistic Society. Meltdowns - a guide for all audiences [Internet]. [cited 2023 Sep 19]. Available from: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/behaviour/meltdowns/all-audiences>
17. Samson AC, Hardan AY, Podell RW, Phillips JM, Gross JJ. Emotion regulation in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Autism Res*. 2015 Feb 1;8(1):9–18.
18. Lewis LF, Stevens K. The lived experience of meltdowns for autistic adults. <https://doi.org/10.1177/13623613221145783>. 2023 Jan 11;
19. National Autistic Society. Sensory differences - a guide for all audiences [Internet]. [cited 2023 Sep 19]. Available from: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/sensory-differences/sensory-differences/all-audiences>
20. National Autistic Society. The Autism Act, 10 Years On: A report from the All Party Parliamentary Group on Autism on understanding, services and support for autistic people and their families in England. 2019.
21. Serra R. Voz do Autista. 2023 [cited 2023 Sep 19]. A saúde mental das pessoas autistas. Available from: <https://vozdoautista.pt/2023/05/20/a-saude-mental-das-pessoas-autistas/>

22. National Autistic Society. Good practice guide for professionals delivering talking therapies for autistic adults and children. 2021 [cited 2023 Sep 19]; Available from: www.autism.org.uk
23. National Autistic Society. Mental health [Internet]. [cited 2023 Sep 19]. Available from: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/mental-health>
24. Zheng S, Adams R, Taylor JL, Pezzimenti F, Bishop SL. Depression in independent young adults on the autism spectrum: Demographic characteristics, service use, and barriers. *Autism*. 2021 Oct 1;25(7):1960–72.
25. Koomar T, Thomas TR, Pottschmidt NR, Lutter M, Michaelson JJ. Estimating the Prevalence and Genetic Risk Mechanisms of ARFID in a Large Autism Cohort. *Front Psychiatry*. 2021 Jun 9;12:668297.
26. Khachadourian V, Mahjani B, Sandin S, Kolevzon A, Buxbaum JD, Reichenberg A, et al. Comorbidities in autism spectrum disorder and their etiologies. *Transl Psychiatry*. 2023 Dec 1;13(1).
27. National Autistic Society. Related conditions - a guide for all audiences [Internet]. [cited 2023 Sep 19]. Available from: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/related-conditions/related-conditions/all-audiences>
28. Yerys BE, McQuaid GA, Lee NR, Wallace GL. Co-occurring ADHD symptoms in autistic adults are associated with less independence in daily living activities and lower subjective quality of life. *Autism*. 2022 Nov 1;26(8):2188–95.
29. National Institute for Health and Care Excellence. Autism spectrum disorder in under 19s: support and management Clinical guideline. 2013.
30. National Institute for Health and Care Excellence. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management Clinical guideline. 2012.
31. Wozniak RH, Leezenbaum NB, Northrup JB, West KL, Iverson JM. *The Development of Autism Spectrum Disorders: Variability and Causal Complexity*. Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci. 2017 Jan 1;8(1–2).
32. National Autistic Society. Autism and anger management - a guide for parents and carers [Internet]. [cited 2023 Sep 19]. Available from: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/behaviour/anger-management/parents>

33. National Autistic Society. Obsessions and repetitive behaviour - a guide for all audiences [Internet]. [cited 2023 Sep 19]. Available from: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/behaviour/obsessions/all-audiences>
34. National Autistic Society. Dealing with change - a guide for all audiences [Internet]. [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/behaviour/dealing-with-change/all-audiences>
35. Sevin JA, Rieske RD, Matson JL. A Review of Behavioral Strategies and Support Considerations for Assisting Persons with Difficulties Transitioning from Activity to Activity. *Rev J Autism Dev Disord*. 2015 Dec 1;2(4):329–42.
36. National Autistic Society. Communication tips [Internet]. [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/communication/tips>
37. National Autistic Society. Meltdowns - a guide for all audiences [Internet]. [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/behaviour/meltdowns/all-audiences>
38. Zheng S, Taylor JL, Adams R, Pezzimenti F, Bishop SL. Perceived helpfulness of depression treatments among young adults with autism. *Autism Res*. 2021 Jul 1;14(7):1522–8.
39. Mazurek MO, Pappagianopoulos J, Brunt S, Sadikova E, Nevill R, Menezes M, et al. A mixed methods study of autistic adults' mental health therapy experiences. *Clin Psychol Psychother*. 2023 Jul 1;30(4).
40. National Autistic Society. Related conditions - a guide for all audiences [Internet]. [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/related-conditions/related-conditions/all-audiences>
41. Chase I, Baumer N. Making visits to the dentist easier for people with autism spectrum disorder. Harvard Health Publishing [Internet]. 2021 [cited 2023 Sep 21]; Available from: <https://www.health.harvard.edu/blog/making-visits-to-the-dentist-easier-for-people-with-autism-spectrum-disorder-202106292513>
42. Autism Speaks Autism Treatment Network, Autism Intervention Research Network on Physical Health. Autism Tool Kit for Dental Professionals. 2011 Oct.

43. Guinot F, Virolés M, Lluch C, Costa AL, Veloso A. Spanish and Portuguese Parental Acceptance of Behavior Management Techniques in Pediatric Dentistry. *J Clin Pediatr Dent.* 2021 Sep 17;45(4):247–52.
44. Scarpinato N, Bradley J, Kurbjun K, Bateman X, Holtzer B, Ely B. Caring for the child with an autism spectrum disorder in the acute care setting. *J Spec Pediatr Nurs.* 2010 Jul;15(3):244–54.
45. Broder-Fingert S, Shui A, Ferrone C, Iannuzzi D, Cheng ER, Giauque A, et al. A Pilot Study of Autism-Specific Care Plans During Hospital Admission. *Pediatrics.* 2016 Feb 1;137 Suppl 2:S196–204.
46. Povey C. Helping children on the autism spectrum deal with hospital admissions. *Arch Dis Child.* 2016 Dec 1;101(12):1081.
47. Lynch C. Smoother Transitions for Children on the Autism Spectrum. *Psychology Today.* 2019 Dec 3;