

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA ATUALIZAÇÃO

Carlo Schmidt¹

Historicamente, o autismo é descrito pela primeira vez em manuais médicos de classificação no final da década de 1980, sob a denominação Transtorno Autista. Antes disso, o autismo era entendido de maneira psicodinâmica² como uma forma de psicose que se manifestava na infância, e apresentado na literatura em estudos de casos clínicos, geralmente atendidos por psicanalistas. Assim, os manuais diagnósticos da década de 1950 denominavam o autismo como Reação Esquizofrênica do Tipo Infantil, e não como uma categoria diagnóstica estabelecida a partir de critérios descritivos.

Apenas na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais é que se percebe um distanciamento da abordagem psicanalítica e o surgimento de uma entidade nosográfica do autismo. A edição seguinte trouxe o termo Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), no qual o autismo parecia incluído entre outras subcategorias (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). Os TGD consistiam naqueles transtornos que eram geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância, como a deficiência intelectual ou o TDA/H, mas que envolvia a presença de sintomas na interação social, comunicação e a presença de comportamentos e interesses restritos e estereotipados. Havia cinco subcategorias dentro dos TGD: Transtorno Autista, Transtorno de Aperger, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância e Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, cada qual com sua diferenciação interna.

Apesar de ter especificado melhor as particularidades do autismo, essa forma categórica de entendimento gerava muitos impasses entre clínicos. Havia uma indistinção entre as subcategorias cujas características se sobrepunham, dificultando a escolha do diagnóstico exclusivamente por uma delas (LORD; BISHOP, 2014). A partir de então, começaram a surgir pesquisas que mostraram que os critérios utilizados pelos manuais para a distinção entre os TGD e o desenvolvimento típico eram válidos e confiáveis, porém insuficientes para separar as subcategorias. Viu-se também que as características típicas do

¹ Doutor em Psicologia do desenvolvimento, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atualmente, é professor associado da Universidade Federal de Santa Maria, no Departamento de Educação Especial; professor do programa de Pós-graduação em Educação, na mesma instituição de ensino; coordenador do Grupo de Pesquisa Educação Especial e Autismo; e membro do Conselho Diretor da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial. E-mail: carlopsico3@gmail.com

² A abordagem psicodinâmica busca entender o comportamento em termos do funcionamento da mente, com ênfase na motivação e no papel da experiência passada, baseada nos preceitos da teoria psicanalítica.

autismo não eram globais, afetando a pessoa como um todo, mas apareciam especificamente nos domínios da comunicação social e comportamentos. Concluiu-se então que a classificação no formato categórico era inapropriada, sendo preferível a abordagem como um espectro único, cujas características variam ao longo de um *continuum*. A nova forma de entendimento poderia refletir melhor a apresentação dessas características, como elas apareciam no decorrer do desenvolvimento e as respostas das intervenções, o que resultou na adoção da terminologia Transtornos do Espectro Autista (TEA).

Enquanto o diagnóstico dos TGD era baseado em uma tríade de características na interação social, comunicação e comportamentos, os TEA passaram a incluir apenas duas: a comunicação social e os comportamentos. Isso por entender comunicação e interação social como indissociáveis, separadas anteriormente por meras questões didáticas (LORD; BISHOP, 2014). As dificuldades sociais recebem destaque nesse novo formato em que todos os três critérios para comunicação social agora devem ser preenchidos, e não apenas a metade dos itens da comunicação e um quarto dos itens da interação, conforme propunha o DSM-IV.

O DSM-5 passou a enfatizar mais a indicação para que sejam observados ou obtidos relatos do comportamento da criança em diferentes contextos, justamente para verificar se há ou não uma consistência entre eles. Isso porque identificou-se a dificuldade de adaptação do comportamento para se adequar a diferentes contextos sociais como patognomônica do quadro.

Os primeiros sinais do autismo, que anteriormente tinham seu aparecimento circunscrito até os três anos de idade, agora podem estar presentes ao longo do período da infância, uma vez que algumas crianças cuja sintomatologia é mais branda podem vir a manifestá-la apenas quando as demandas sociais excederem os limites das suas capacidades, como nos casos do início da escolarização de alunos com Transtorno de Asperger. Aliás, historicamente este diagnóstico nunca foi claramente diferenciado dos Transtornos Autista ou Desintegrativo da Infância (TDI). No caso do primeiro, apenas a ausência de atraso de linguagem e dificuldades cognitivas não eram suficientes para distinguir Asperger de autismo, sendo ainda utilizado o termo Autismo de Alto Funcionamento para caracterizar a presença dessas características. Já no caso dos TDI, as diferenças para com o autismo eram explicadas no DSM-IV por regressões do desenvolvimento, presentes mais intensamente nesse do que no autismo. Quando novas pesquisas mostraram que as regressões se apresentavam como uma variável contínua nos TEA, em especial o desenvolvimento da linguagem, essas alterações deixaram de ser consideradas parte exclusiva do autismo e passaram a ser compreendidas como uma condição concomitante (LORD; BISHOP, 2014).

De fato, estudos nacionais têm mostrado que as regressões de linguagem no autismo ocorrem em cerca de vinte por cento dos casos, o que descaracteriza os TDI como uma categoria à parte (BACKES; ZANON; BOSA, 2013).

Por fim, o Transtorno de Rett também foi retirado dos TEA no novo DSM-5. Isso porque um grupo de pesquisadores americanos publicou a descoberta de que o gene MECP2 é o responsável pela causa do transtorno, o que o tornou a única categoria entre os TGD com etiologia definida (AMIR et al., 1999). Além disso, suas características se apresentam de forma análoga ao autismo apenas em um breve período do desenvolvimento da infância.

A versão mais atual do DSM-5 descreve as características centrais do autismo como pertencentes a duas dimensões: a comunicação social e os comportamentos. A primeira enfatiza os aspectos qualitativos da reciprocidade socioemocional, ou seja, o modo como se desenvolve a interação. No autismo, a abordagem social se apresenta de forma atípica ou idiossincrática, como nos casos em que a criança toma a iniciativa de manipular o cabelo de desconhecidos por interesse na textura, ou aproximando excessivamente sua face da do interlocutor para falar. Além disso, a conversação tende a se mostrar deficitária em qualidade e fluência, em virtude, especialmente, da redução do compartilhamento de interesses, emoções e afetos. Neste ponto, os interesses circunscritos podem desempenhar um papel importante ao restringir também as possibilidades de tópicos de conversa, minimizando o repertório social e empobrecendo as trocas interativas.

A heterogeneidade da apresentação das características pode ser observada desde a manifestação de dificuldades discretas, como inobservância de troca de turnos, até a ausência de iniciativa para uma interação social, em grande parte ocasionada pelas dificuldades de comunicação. A integração entre as habilidades de comunicação verbal e não verbal tende a estar dessincronizada ou atrasada, o que contribui para que a intenção comunicativa seja difícil de ser compreendida pelo interlocutor. A pessoa com autismo pode relatar verbalmente uma história, porém sem a utilização concomitante de recursos comunicativos não verbais, como expressões faciais ou gestos. Estes últimos são decisivos para que o interlocutor interprete o que é mais relevante no relato e qual o significado afetivo da conversa, pois oferece pistas sobre o duplo sentido de determinadas palavras ou expressões, por exemplo.

Quanto às alterações no contato visual e na linguagem corporal, o primeiro tende a se apresentar com frequência diminuída, quando comparado ao de crianças sem autismo, sendo o olhar menos direcionado para o rosto durante as interações sociais. Crianças sem autismo mantêm o foco sobre os olhos durante interações, enquanto aquelas com autismo olham mais para a região da boca e preterem cenas sociais a imagens geométricas (PIERCE et al., 2016).

Esses comportamentos ajudam a explicar a perda de pistas sociais que ocorrem durante uma interação, o que acaba refletido nas dificuldades sociais.

O desenvolvimento e a manutenção de relacionamentos tendem a ser falhos, especialmente com crianças do mesmo nível de desenvolvimento, o que é mais facilmente observado no contexto escolar (PIERCE et al., 2016). Há propensão para atividades solitárias, preterindo a participação de pares por dificuldades na partilha de brincadeiras, em particular aquelas que exigem mais complexidade das habilidades cognitivas e imaginativas, como faz de conta ou representações simbólicas (APA, 2014).

Em casos mais severos, pode ser observada uma aparente ausência de interesse legítimo nas pessoas, o que pode ser interpretado como um comportamento de esquiva ou afastamento por dificuldades na interação. É importante destacar que, no contexto da escola, o professor pode aproximar a criança com autismo dos colegas e auxiliar no engajamento da interação social, mediando estas relações. Aliás, este tem sido um forte argumento a favor da inclusão das pessoas com autismo (SCHMIDT et al., 2016).

Além das alterações sociais, os padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades também são critérios diagnósticos do autismo. Aqui não são apenas os comportamentos estereotipados e maneirismos motores que podem se mostrar restritos, mas também os interesses. A fala, movimentos motores ou uso de objetos se apresentam de forma estereotipada ou repetitiva, incluindo estereotípias motoras, ecolalia (repetir as palavras ou frases após serem ouvidas), até o clássico comportamento de alinhar brinquedos ou girar objetos. Estas características, quando presentes de forma intensa em crianças entre três e cinco anos, indicam prognóstico reservado quanto ao desenvolvimento cognitivo e habilidades adaptativas (TROYB et al., 2016).

Desde as primeiras observações feitas por Kanner (1943), foi relatada uma tendência à *mesmice* (*sameness*) no autismo. De fato, há uma aderência a rotinas que pode se apresentar de forma variada ao longo do espectro, desde padrões mais rígidos e inflexíveis até os mais adaptativos. Os comportamentos ritualizados estão associados, em grande parte, à ansiedade social, sendo utilizados como estratégias compensatórias para diminuir a ansiedade derivada da exposição a situações sociais.

A inflexibilidade cognitiva se manifesta no comportamento e pode ser observada por meio de rituais motores, insistência no mesmo trajeto ou nos mesmos alimentos, perguntas repetitivas ou ansiedade extrema diante de mudanças. Padrões ritualizados de comportamento ocorrem de forma tanto verbal, quanto não verbal. Aliás, esta característica tem sido

identificada como um importante estressor para as famílias e educadores por ser de difícil manejo (SCHLEBUSCH; SAMUELS; DADA, 2016).

Os interesses das crianças com autismo têm a propensão de ser altamente restritos e rígidos, anormais em intensidade ou foco. Essas crianças podem aprofundar-se em um tema circunscrito, comumente de natureza idiossincrática, como nomes de dinossauros, linhas de ônibus ou marcas de carros. Tal característica torna possível ao autista apropriar-se de um sem-número de informações sobre objetos ou eventos específicos, porém as dificuldades sociais que acompanham o transtorno criam obstáculos a sua utilização para fins sociais.

Dentre as características relatadas no DSM-5, destaca-se uma delas que, apesar de ser descrita historicamente em diversas autobiografias e filmes sobre o autismo, apenas na última versão do manual é que passou a ser considerada como critério diagnóstico. Trata-se das alterações sensoriais que se manifestam como hiper ou hiporreatividade a estímulos do ambiente e que podem ocorrer em quaisquer modalidades dos sentidos, seja tátil, visual, olfativa ou auditiva (BARANEK et al., 2014). Apesar de cerca de 97% das crianças autistas apresentarem comportamentos sensoriais atípicos, estes não são exclusivos do autismo, pois estão presentes em quase 70% das crianças com outras deficiências (GREEN et al., 2016). É descrita uma aparente indiferença ao frio ou ao calor. A dificuldade de modular a percepção, nesses casos, pode acarretar dificuldades comportamentais na vida diária, como lidar com as mudanças climáticas em termos das trocas de roupas próprias do verão para o inverno ou vice-versa.

Quando a modalidade sensorial auditiva se encontra alterada, é comum a criança levar as mãos aos ouvidos, seja para tamponar o som, sentido como excessivamente alto, ou, ao contrário, para ampliar o pavilhão auditivo e assim amplificar o som, percebido como baixo. Tocar objetos com as pontas dos dedos das mãos também é frequentemente associado a alterações sensoriais táteis, visíveis quando a criança com autismo explora excessivamente determinada textura, como superfícies em isopor ou borracha. Na modalidade visual, pode haver um fascínio por luzes, ângulos ou movimento de giro de objetos. A razão destes comportamentos não é clara na literatura. Estudos que investigam os contextos sociais dos comportamentos sensoriais se dividem entre aqueles que ressaltam o papel do reforço do ambiente na sua manutenção e os que associam sua expressão à pobreza nas interações (KIRBY et al., 2013). Embora não exista uma explicação consensual sobre este tema, a frequência de comportamentos hiporresponsivos em resposta a estímulos sociais é mais prevalente em crianças com autismo do que em outros transtornos ou desenvolvimento típico (BARANEK et al., 2013).

A noção de autismo como um espectro implica entender que suas características podem se manifestar de formas extremamente variadas em cada sujeito. Uma determinada criança pode apresentar sérias dificuldades na área sociocomunicativa, como a ausência de linguagem e resistência à aproximação de outras crianças, ao mesmo tempo que podem não estar presentes estereotípias motoras, sendo o comportamento mais adaptativo e flexível a mudanças. Entretanto, outra criança com o mesmo diagnóstico pode apresentar uma linguagem verbal desenvolvida que facilite a comunicação concomitante ao uso de expressões faciais adequadas ao contexto, porém acompanhadas por comportamentos extremamente rígidos, com reações negativas às mudanças no ambiente. Estes exemplos mostram que a heterogeneidade sintomatológica pode se manifestar nas áreas da comunicação e comportamentos de forma independente. Por essa razão, o DSM-5 estimula os clínicos a utilizarem uma tabela com três níveis de severidade para pontuar o grau de apoio necessário em cada área. Esta avaliação complementar torna possível a indicação de que não apenas o sujeito avaliado se encontra no espectro do autismo, mas que aspectos em geral merecem mais atenção nas dimensões da comunicação e comportamentos.

Estudos epidemiológicos vêm mostrando a forma como o autismo ocorre na população em geral. A distribuição do autismo por sexo mostra a prevalência em pessoas do sexo masculino, sendo 1:42 (23,7:1.000) em homens e 1:189 (5,3:1.000) em mulheres, ou seja, uma menina para cada quatro meninos afetados. Há maior severidade dos sintomas de autismo e deficiência mental em mulheres, ocorrendo em 36% destas, em comparação a 30% no caso dos homens (BLACHER; KASARI, 2016). A prevalência do autismo somado à deficiência mental é de 4,7 casos a cada 10 mil. Entre esses casos, 46% apresentam inteligência média, 23% limítrofe e 31% em nível de deficiência intelectual (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2014).

Autismo infantil e autismo na vida adulta

Pesquisas a respeito do prognóstico de pessoas com autismo não mostram resultados favoráveis. O risco de mortalidade é 2,8% maior do que em pessoas sem autismo (MOURIDSEN et al., 2008). Destaca-se que este encurtamento da longevidade se deve não aos sintomas do autismo, mas às diversas condições indiretamente ligadas a ele, como o sedentarismo ou o uso contínuo de medicações para controle de problemas de comportamento, sono ou ansiedade (SCHLEBUSCH et al., 2016).

Estudos longitudinais relatam que, quando adultos, há uma pobreza na vida independente e educacional dessas pessoas, assim como nas relações de trabalho e com seus

pares. Um estudo americano recente mostra que mais da metade dos jovens com autismo evadiram da escola e não estão engajados em atividades laborais pagas, necessitando de apoio institucional na vida adulta (WHITE et al., 2016). Dentre os fatores atenuantes, destaca-se que oportunidades sociais, como aumento na participação e circulação em ambientes públicos e engajamento em grupos e comunidade, podem gerar ganhos cognitivos e no funcionamento adaptativo (ORSMOND et al., 2013). Esses dados reforçam a necessidade de que o diagnóstico seja realizado cada vez mais precocemente para o início de uma intervenção que minimize as dificuldades e promova a independência na vida adulta.

Por outro lado, o fato de a atenção ao transtorno focar preponderantemente o período da infância, pouco interesse acaba sendo dispensado à criação de serviços para a vida adulta. Dados longitudinais do Departamento de Educação estadunidense mostraram que, dentre os alunos que utilizaram os serviços de educação especial, aqueles com autismo tiveram menor participação e maior isolamento social na vida adulta que outras deficiências (ORSMOND et al., 2013). Esses relatos destacam a demanda urgente para o desenvolvimento de políticas públicas para adultos com autismo, seja por meio de estratégias que facilitem o acesso ao mercado de trabalho, seja por residências que os acolham.

Conclui-se que, apesar dos avanços no entendimento do autismo e sua utilização para o desenvolvimento de intervenções nos campos clínico e educacional, o panorama nacional ainda mostra demandas pouco atendidas, como pesquisas empíricas, de natureza aplicada na geração de resultados, que apoiem o desenvolvimento de políticas públicas para atendimento a essa população.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)**. Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)**. Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 2014.

AMIR, R. E. et al. Rett syndrome is caused by mutations in X-linked MECP2, encoding methyl-CpG-binding protein 2. **Nature Genetics**, 23, 1999, p. 185-8.

ASPERGER, H. Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter. **Archiv Für Psychiatrie Und Nervenkrankheiten**, 117(1), 1944, p. 76-136.

BACKES, B.; ZANON, R. B.; BOSA, C. A. The relation between language regression and

social communicative development of children with autism spectrum disorder. **CoDAS**, 25(3), 2013, p. 268-273.

BARANEK, G. T. et al. Hyporesponsiveness to social and nonsocial sensory stimuli in children with autism, children with developmental delays and typically developing children. **Development and Psychopathology**, 25(2), 2013, p. 307-320.

BARANEK, G. T. et al. Sensory Features in Autism Spectrum Disorders. In: F. Volkmar, P. Rhea; S. J. Rogers; K. A. Pelphrey (Orgs.). **Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders**. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc., 2014, p. 378-408.

BLACHER, J.; KASARI, C. The intersection of autism spectrum disorder and intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Research**, 60(5), 2016, p. 399-400.

CHRISTENSEN, D. L. et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among 4-Year-Old Children in the Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, 37(1), 2016, p. 1-8.

DESTEFANO, F. Vaccines and autism: evidence does not support a causal association. **Clinical Pharmacology & Therapeutics**, 82(6), 2007, p. 756-759.

GREEN, D. et al.. Brief Report: DSM-5 Sensory Behaviours in Children With and Without an Autism Spectrum Disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 46(11), p. 3597-606, 2016.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, 2, 1943, p. 217-53.

KIRBY, A. V. et al. Sensory and repetitive behaviors among children with autism spectrum disorder at home. **Autism**, 18, 2016, p. 1-13.

KLIN, A.; KLAIMAN, C.; JONES, W. Reducing age of autism diagnosis: Developmental social neuroscience meets public health's challenge. **Revista de Neurologia**, 60, 2015, p. 1-10.

LORD, C.; BISHOP, S. L. Recent Advances in Autism Research as Reflected in DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder. **Annual Review of Clinical Psychology**, 11, 2014, p. 53-70.

LUBAS, M.; MITCHELL, J.; DE LEO, G. Evidence-Based Practice for Teachers of Children With Autism: A Dynamic Approach. **Intervention in School and Clinic**, 51(3), 2015, p. 188-193.

MOURIDSEN, S.; BRONNUM-HANSEN, H.; RICH, B.; ISAGER, T. Mortality and causes of death in autism spectrum disorders: An update. **Autism**, 12(4), 2008, p. 403-414.

NATIONAL PROFESSIONAL DEVELOPMENT CENTER ON AUTISM SPECTRUM DISORDERS (NPDC). **Evidence-based practices for children and youth with autism spectrum disorders**, 2016. Disponível em: <<http://autismpdc.fpg.unc.edu>>. Acesso em: 09 abr, 2017.

ORSMOND, G. I. et al. Social Participation Among Young Adults with an Autism Spectrum Disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 43(11), 2013, p. 2710-2719.

PIERCE, K. et al. Eye Tracking Reveals Abnormal Visual Preference for Geometric Images as an Early Biomarker of an Autism Spectrum Disorder Subtype Associated With Increased Symptom Severity. **Biological Psychiatry**, 79(8), 2019, p. 657-666.

PRESMANES HILL, A.; ZUCKERMAN, K.; **Fombonne**, E. Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. In: M. A. Robinson-Agramonte (Orgs.). **Translational Approaches to Autism Spectrum Disorder**. Cham: Springer International Publishing, 2015, p. 13–38.

REICHOW, B. Evidence-Based Practice in the Context of Early Childhood Special Education. In: B. B. A. Reichow, E. Boyd, E. Barton, & S. L. Odom (Orgs.). **Handbook of Early Childhood Special Education**. New York: Springer International Publishing, 2016, p. 107-121.

SCHLEBUSCH, L.; SAMUELS, A. E.; DADA, S. South African families raising children with autism spectrum disorders: relationship between family routines, cognitive appraisal and family quality of life. **Journal of Intellectual Disability Research**, 60(5), 2016, p. 412-423.

SCHMIDT, C. et al. Inclusão escolar e autismo: uma análise da percepção docente e práticas pedagógicas. **Psicologia: Teoria e Prática**, 18(1), 2016, p. 222-235.

TROYB, E. et al. Restricted and Repetitive Behaviors as Predictors of Outcome in Autism Spectrum Disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 46(4), 2016, p. 1282-1296.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. **Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries** (Washington, D. C.: 2002), 63(2), 2014, p. 1-21.

WAKEFIELD, A. J. et al. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. **Lancet**. 351, 1998, p. 637-641.

WHITE, S. W. et al. Students with autism spectrum disorder in college: Results from a preliminary mixed methods needs analysis. **Research in Developmental Disabilities**, 56, 2016, p. 29-40.