

Breve Considerações Sobre Transtorno do Espectro Autista

KIRCHMAIER, Maicon¹
MARTINS, Samuel Ribeiro²
OLIVEIRA, Aline Fernandes de³
ROCHA, Livia Cabral⁴

RESUMO: A maioria absoluta de dados populacionais sobre TEA procede de países desenvolvidos, implicando em um desconhecimento acerca da realidade nos países em desenvolvimento, gerando mais uma dificuldade para o mapeamento do autismo nestes locais. A existência de dados brasileiros acerca da saúde mental de nossa população é essencial para a formulação adequada de políticas públicas de saúde. O TEA é considerado um transtorno que vai além da sua complexidade, distante de ser definido com exatidão, pois não existem meios pelos quais se possa testá-lo, muito menos medi-lo. Partindo dessa realidade, as pesquisas realizadas atualmente estão distantes de chegar a uma possível cura para o autismo, acompanhando o indivíduo por todo seu ciclo vital. **Palavras-chave:** autismo; espectro; saúde mental; mapeamento.

ABSTRACT: The absolute majority of population data on ASD come from developed countries, implying a lack of knowledge about the reality in developing countries, creating yet another difficulty in mapping autism in these places. The existence of Brazilian data about the mental health of our population is essential for the adequate formulation of public health policies. ASD is considered a disorder that goes beyond its complexity, far from being precisely defined, as there are no means by which it can be tested, much less measured. Based on this reality, research currently carried out is far from reaching a possible cure for autism, accompanying the individual throughout his life cycle.

Keywords: autism; spectrum; mental health; mapping.

¹Mestre em Engenharia de Produção pelo PPGE/UFF. Engenheiro de Produção pela Universidade Federal Fluminense (UFF) com graduação sanduíche em Business Information System pela University of East London (UEL/UK). Acadêmico de Medicina (5° período) na UNIG, Campus V, Itaperuna, RJ. E-mail: maicon.kirchmaier@gmail.com

²Doutorando em Saúde Pública - UCES/Argentina. Mestrando em Desenvolvimento Regional e Gestão da Cidade – UCAM/RJ (créditos concluídos - fase de pesquisa). MBA em Saúde. MBA em Gestão Hospitalar. MBA em Humanização no Trabalho para Equipes de Saúde. Pós em Saúde Pública. Pós em Gestão, Governança e Tecnologia em Saúde. Pós em Vigilância Sanitária. Pós em Auditoria em Saúde. Pós em Biossegurança em serviço de Saúde. Pós Direito Sanitário. Bacharel em Direito, Administração de Empresas, Ciências Contábeis e Administração Pública. Acadêmico de Medicina (5° período) na UNIG, Campus V, Itaperuna, RJ. E-mail: samuelmartinseduca@gmail.com

³Acadêmico de Medicina (5° período) na UNIG, Campus V, Itaperuna, RJ. E-mail: alinefernandesoli9@gmail.com

⁴Educadora Física pela Universidade Iguazu UNIG. ⁵Acadêmico de Medicina (5° período) na UNIG, Campus V, Itaperuna, RJ. E-mail: li.cabrall@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro autismo (TEA) trata-se de um transtorno complexo do desenvolvimento, do ponto de vista comportamental, com diferentes etiologias que se manifesta em graus de gravidade variados. Neste sentido, o autismo é compreendido como um estado ou uma condição em que a pessoa que o possui parece estar recluso em si próprio. As características do espectro autista consistem em prejuízos sistemáticos e persistentes na comunicação e interação social, sintomas estes que se mostram presentes desde a infância e limitam ou prejudicam as tarefas diárias do indivíduo.

A maioria absoluta de dados populacionais sobre TEA procede de países desenvolvidos, implicando em um desconhecimento acerca da realidade nos países em desenvolvimento, gerando mais uma dificuldade para o mapeamento do autismo nestes locais. A existência de dados brasileiros acerca da saúde mental de nossa população é essencial para a formulação adequada de políticas públicas de saúde.

O TEA é considerado um transtorno que vai além da sua complexidade, distante de ser definido com exatidão, pois não existem meios pelos quais se possa testá-lo, muito menos medi-lo. Partindo dessa realidade, as pesquisas realizadas atualmente estão distantes de chegar a uma possível cura para o autismo, acompanhando o indivíduo por todo seu ciclo vital.

1. HISTÓRICO DO AUTISMO

O autismo aparece pela primeira vez em 1911 quando Eugen Bleuler classificou pessoas que apresentavam dificuldades na comunicação e interação social com tendência ao isolamento. Isso resultou em um importante e categórico trabalho sobre esquizofrenia do adulto e adolescente. De acordo com Schmidt (2013), o termo autismo atravessa a literatura ora como um tipo específico do TEA, ora como conjunto de sinais e sintomas. Esse autor aponta que historicamente as primeiras publicações sobre o autismo são dos psiquiatras infantis Hans Asperger (1944) e Leo Kanner (1943), ambos respaldados dos casos que observavam juntamente com suas suposições teóricas a respeito da desconhecida síndrome.

Em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) publicou a primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Nesse caso, os sintomas do diagnóstico de esquizofrenia faziam referência às “reações” psicóticas em crianças (reação esquizofrênica), não apresentando explicações específicas sobre o autismo (GRANDIN; PANEK, 2015). Já em 1968, de acordo com Volkmar, McPartland e Reichow (2014), foi criada a segunda edição do DSM. Neste momento, o termo “reação” referido no primeiro manual foi eliminado, e a classificação passou a ser “Esquizofrenia tipo infantil”.

Não obstante, apenas na terceira edição do DSM, publicada em 1980, listou-se o autismo infantil em uma categoria denominada Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD). Em 1987, em sua revisão denominada DSM-III-R, foi abordado o termo Transtorno Autista. Critérios e diagnósticos específicos foram implementados e divididos em categorias, em que o sujeito deveria se enquadrar para obter o diagnóstico (GRANDIN; PANEK, 2015). Dessa maneira, o DSM-III e sua revisão foi um marco importante em termos de revolução no diagnóstico do autismo.

A American Psychiatry Association, em 2002, trouxe o DSM-IV-TR que descreve os TGD pelo comprometimento severo e invasivo em três áreas do desenvolvimento, as habilidades de comunicação; a presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas, e a habilidades de interação social recíproca. No que tange o autismo, deve-se apresentar prejuízo na interação social amplo e persistente, podendo haver um fracasso no desenvolvimento de relacionamentos com seus pares e no uso de comportamentos não verbais; falta de busca espontânea pelo prazer compartilhado, interesses ou realizações com outras pessoas e falta de reciprocidade social; alterações da comunicação, afetando habilidades verbais e não verbais com atraso ou ausência da linguagem falada, podendo haver um uso estereotipado, repetitivo ou idiossincrático da linguagem; no comportamento, padrões restritos, repetitivos e estereotipados de interesses e atividades podem ocorrer, com adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não funcionais, com maneirismos motores estereotipados e repetitivos ou uma preocupação com partes de objetos; resistência frente a mudanças; movimentos corporais estereotipados envolvendo as mãos ou o corpo todo (APA, 2002).

Em 2014 foi lançado o DSM-V (APA, 2014), que retirou a síndrome de Rett do TEA, uma vez que o desenvolvimento da doença acontece, normalmente, até os quatro

anos de idade, para posteriormente apresentar prejuízos cognitivos e neurológicos, desaceleração do crescimento da cabeça e o surgimento de alguns sintomas do TEA (HALGIN; WHITBOURNE, 2015).

Estudos epidemiológicos internacionais têm indicado uma prevalência do TEA de um em cada 150 nascimentos (Centers for Disease Control and Prevention, 2007), porém no Brasil, um único estudo piloto encontrou uma prevalência do TEA de apenas 0,3% em uma amostra de 1470 crianças, de 7 a 12 anos de idade (Paula, Ribeiro, Fombonne e Mercadante, 2011). Esses dados mostram que, em estudos internacionais, o TEA é um dos transtornos do desenvolvimento mais comuns e que no Brasil muitos aspectos metodológicos precisam ser revistos antes de se ter uma estatística confiável, uma vez que, são essenciais para o estabelecimento de taxas de prevalência, identificação de grupos de risco e de melhor prognóstico, para o estabelecimento de tratamentos eficazes, assim como para fornecer informações sobre a disponibilidade, qualidade e acessibilidade a serviços.

2. DIAGNÓSTICO

Os pais dos indivíduos com TEA são normalmente os primeiros a verificar que algo diferente está acontecendo com seu filho. Nesse momento, começa a busca por auxílio, sendo um período de incertezas o que antecede o processo de elaboração e formação do diagnóstico. No entanto, cabe salientar sobre a importância da forma como esse diagnóstico é elaborado pelos pais das crianças com TEA sendo importante dirigir os pais aos recursos úteis, o que auxilia na sensação de que existe algo para fazer.

Entre os esses recursos para a compreensão sobre o transtorno estão as leituras sobre o diagnóstico, a fim de se compreenderem os sintomas do TEA, que variam muito dependendo do caso. Sabe-se que, no autismo, “nem todos são iguais e nem todos têm as mesmas características. Uns podem ser mais atentos, uns mais intelectuais e outros mais sociáveis, e assim por diante” (FERREIRA, 2009, p. 15).

Pelo fato de a etiologia do autismo ser pouco definida, os pais podem apresentar sentimentos negativos em vista da necessidade de busca por respostas. A fim de dar sentido para o que está acontecendo com seu filho, essas dificuldades enfrentadas podem gerar sentimentos confusos como negação, raiva, e culpa (SCHMIDT, 2013). Há um

choque diante do novo, do inesperado, um futuro imprevisível dessa criança e da família. Alguns sentem dificuldades em interagir com o filho e, reclusos na sua dor, acabam perdendo o contato com a sociedade e voltando sua atenção para a família, evitando julgamentos e críticas.

Essas descrições remetem à ideia de que as características do autismo podem acabar interferindo na família em função de ter um filho que, muitas vezes, não corresponde ou supre suas expectativas ou de seus membros e terão que ser idealizadas novamente por seus pais (APOLÓNIO; FRANCO, 2016, p.4). Baptista e Sanchez (2017) apontam que o diagnóstico torna-se um fator importante e gerador de desestabilização familiar e a combinação de novos papéis faz parte da busca por novos arranjos da família frente à nova realidade.

Sabe-se que existem poucos recursos instrumentais para a realização do diagnóstico do indivíduo com suspeita de autismo e, mesmo com muitos estudos na área, não existe nenhum marcador biológico que possibilite um exame preciso para a confirmação ou não desse diagnóstico. Outro fator importante a ser salientado é a forma como ocorrerá a comunicação do diagnóstico de autismo aos pais. É um processo delicado, que promove uma oportunidade única aos profissionais em estabelecerem uma aliança de confiança com eles, e para que possam elaborar o diagnóstico de forma mais coerente possível e menos estressante (BOSA; SEMENSATO, 2013).

Cabe aos pais compreender, portanto, as reais necessidades do seu filho e aceitar principalmente suas diferenças, para que possam deixar de lado o medo de serem inadequados, buscando auxílio e informação a respeito da sua condição. Assim, quanto mais cedo a criança for tratada e diagnosticada, maiores serão as chances de seu desenvolvimento acontecer da melhor forma possível. No entanto, por vezes, na prática sabe-se que não ocorre de forma apropriada.

Araújo e Schwartzaman (2011) enfatizam que crianças são encaminhadas à avaliação mais tarde do que o desejável, visto que os pais começam a expressar suas dúvidas por volta dos 17 meses da criança e a idade do diagnóstico é por volta dos quatro anos. A identificação precoce do diagnóstico e as intervenções realizadas em crianças com TEA podem determinar o prognóstico, incluindo maior rapidez na aquisição da linguagem, facilidade nos diferentes processos adaptativos e no desenvolvimento da interação social, aumentando sua chance de inserção em diferentes âmbitos sociais.

3. TRATAMENTO

Após a realização do diagnóstico precoce e da comunicação aos pais, inicia-se nova fase, a busca ao tratamento adequado juntamente com o processo de reabilitação. “A reabilitação é um processo dinâmico e global orientado para a recuperação física e psicológica do indivíduo com deficiência, tendo como objetivo a sua reintegração social” (BATISTA, 2012, p. 3).

Em 2013, o Ministério da Saúde Brasileiro em parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS), criaram uma cartilha denominada “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)”. Essas diretrizes têm como objetivo central salientar as orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado à saúde do indivíduo com TEA e sua família, nos diferentes pontos de atenção da rede de cuidados à pessoa com deficiência. Para sua elaboração, foram utilizados o Código Internacional de Funcionalidade e Incapacidade (CIF) e os sistemas internacionais de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

Como o TEA não tem cura, a busca pelo tratamento específico porta consigo, entretanto, a importância de atenuar os déficits apresentados, pois, alguns tratamentos podem ser mais eficazes para uns e menos para outros, em função de cada autista apresentar um nível de desenvolvimento diferente do outro. Contudo, no que se refere ao tratamento, ainda a psicoterapia comportamental é a mais preconizada juntamente com o processo de condicionamento que facilita os cuidados com o autista, tornando-o mais bem estruturado emocionalmente e organizado (SANTOS, 2018).

A psicoterapia tem como objetivo auxiliar a interpretar a linguagem corporal, a comunicação não verbal, a aprendizagem e também as emoções e as interações sociais (BARROS; SENRA; ZAUZA, 2015). A terapia cognitivo comportamental (TCC) contribui para o ensinamento dos autistas em relação a diferentes formas de utilizar, recordar e processar as informações, como treinamento de autoinstrução (WHITMAN, 2015).

Outra forma de tratamento do indivíduo com TEA é a musicoterapia. É uma técnica de terapia que recorre à música com o objetivo de ressaltar as potencialidades por meio da aplicação de métodos e técnicas, juntamente com outras capacidades, incluindo a cognição (PAREDES, 2012). Segundo Grandin e Panek (2015), no ano de 2005 foram realizados estudos com 40 indivíduos autistas, que se submeteram ao tratamento da musicoterapia por um período de dois anos. Eles apresentaram melhoras em relação à linguagem e comunicação, assim como na cognição, motricidade e no comportamento.

Bosa (2013) descreve a influência das quatro formas básicas para o tratamento: estimulação do desenvolvimento comunicativo e social, aprimoramento na capacidade de solucionar problemas e do aprendizado, minimização dos comportamentos que afetam o acesso às novas experiências do dia a dia e auxílio à família. Traz também que, dependendo do grau de comprometimento, crianças com déficit na área da comunicação e no desenvolvimento social podem aderir a diferentes formas de comunicação alternativa como o PECS (Picture Exchange Communication System) e a linguagem de sinais.

Para Whitman (2015), a linguagem de sinais para as crianças autistas pode ser uma das melhores formas de tratamento, dependendo de suas capacidades cognitivas, motoras e sensoriais, pois não há necessidade do uso de dispositivos físicos. Esse programa inclui também o treinamento para as pessoas que convivem com o autista. Esse autor enfatiza que a tecnologia e os avanços dos programas de computador são excelentes aliados da comunicação, pois são capazes de converter palavras impressas, imagens e outros símbolos na forma de fala.

Déficits motores e sensoriais são comuns entre os indivíduos com TEA. Uma das abordagens que envolvem o arranjo dos estímulos sensoriais às respostas apropriadas são os tratamentos passivos e ativos. O passivo inclui a orientação dos movimentos do autista pelo terapeuta, e o ativo o integra em atividades que fornecem informações sensoriais (WHITMAN, 2015). Terapias de Integração Sensorial (TIS) estabelecem a estimulação sensorial, com atividades lúdicas, jogos e brincadeiras que gradativamente se tornam mais desafiadoras e complexas (ARAÚJO; SCHWARTZAMAN, 2011). Seu objetivo é desenvolver no autista um nível crescente de alerta e ativação à medida que vai se deparando com diferentes informações de estímulos.

São diversos métodos de reabilitação encontrados hoje na literatura, que visam a favorecer a autonomia do indivíduo com TEA, frente a uma sucessão de comportamentos

que são exigidos para a convivência social com o outro. De modo geral, indivíduos com TEA acabam influenciando na dinâmica estrutural e funcional da família, cabendo salientar a importância da orientação aos pais em relação às vantagens e desvantagens relacionados a cada tratamento, pois cada autista é único e o que pode funcionar para um pode não ter êxito para outro. Outros fatores relevantes a serem respeitados são os limites e os recursos financeiros de cada família. Nesse paradigma, a escolha do método a ser utilizado no tratamento e o processo de reabilitação escolhido pela família devem visar à melhora das capacidades funcionais do autista, como também ressaltar as potencialidades dele.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe uma demanda urgente de evidências que contribuam para o estabelecimento de programas de identificação e intervenção dos TEA no Brasil. Há uma carência em particular de estudos epidemiológicos com grandes amostras populacionais, pesquisas sobre validação de instrumentos diagnósticos e de identificação precoce que contribuam para o estabelecimento de políticas públicas que colaborem para a elaboração dos programas de intervenção para estes sujeitos e seus familiares.

Nesse sentido, A família, ao se deparar com o diagnóstico de TEA, tende a buscar e coletar mais informações sobre o diagnóstico estabelecido. Entende-se que, quanto mais cedo a criança for diagnosticada e iniciar o tratamento, maiores serão as possibilidades de desenvolvimento dentro de suas capacidades físicas e mentais.

A escolha do tratamento adequado é de extrema importância, pois o TEA acompanha o indivíduo por todo seu período de vida. Assim como qualquer indivíduo, o autista é único dentro da sua singularidade, e os resultados desse tratamento serão variáveis. Eles dependerão do nível de comprometimento e da interatividade de cada indivíduo. Por isso, não existem métodos únicos ou engessados que possibilitem um desenvolvimento regular em todos os autistas, independente de gênero ou idade cronológica.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-V. Porto Alegre: Artmed, 2014.

APOLÓNIO, Ana; FRANCO, Vítor. Desenvolvimento, resiliência e necessidades das famílias de crianças com deficiência. Revista Ciência Psicológica, v. 08, n.08, 2016.

ARAÚJO, Ceres Alves de; SCHWARTZMAN, José Salomão. Transtorno do espectro do autismo. São Paulo: Memnon, 2011.

BAPTISTA, Makilim Nunes; SANCHEZ, Fátima Iara Abad. Avaliação familiar, sintomatologia depressiva e eventos estressantes em mães de crianças autistas e assintomáticas. São Leopoldo: Contextos clínicos, 2017.

BATISTA, Cristina Abranches Mota. Deficiência, autismo e psicanálise. A peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia. Revista Ciência Psicológica, v.04, n.02, 2012.

BOSA, Cleonice Alves; SEMENSATO, Márcia Rejane. A família de crianças com autismo: contribuições clínicas e empíricas. In: SCHMIDT; Carlo (org). Autismo, educação e transdisciplinaridade. 2. ed. Campinas: Papirus, p. 2-50, 2013.

Centers for Disease Control and Prevention (2007). Prevalence of autism spectrum disorders: autism and developmental disabilities monitoring network. Acesso em 29 out 2021. Disponível em: http://www.cdc.gov/mmwr/indss_2007.html

FERREIRA, Joana Cristina Paulino. Estudo exploratório da qualidade de vida de cuidadores de pessoas com perturbação do espectro do autismo. Porto, 2009. Dissertação (Monografia em Educação Física); Faculdade de Desporto; Universidade do Porto, 2009.

GRANDIN, Temple; PANEK, Richard. O cérebro autista: pensando através do espectro. 1. ed. Rio de Janeiro: Record, 2015.

HALGIN, Richard; WHITBOURNE, Susan Karauss. Psicopatologia: perspectivas dos transtornos psicológicos. 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

PAREDES, Sonia. O papel da musicoterapia no desenvolvimento cognitivo nas crianças com perturbação do espectro do autismo. Lisboa: ESEAG, 2012. Dissertação (Mestrado em Educação); Escola Superior de Educação Almeida Garrett, 2012.

Paula, C.S., Ribeiro, S.H., Fombonne, E. & Mercadante, M.T. (2011). Brief report: prevalence of Pervasive Developmental Disorder in Brazil: A pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(12), 1738-1742.

SANTOS, Ana Maria Tarcitano. Autismo: desafio na alfabetização e no convívio escolar. Centro de Referências em Distúrbios de Aprendizagem. São Paulo: CRDA, 2008.

SCHMIDT, Carlo. Autismo, educação e transdisciplinaridade. Campinas: Papirus, 2013.

VOLKMAR, Fred; REICHOW, Brian; MCPARTLAND, James. Adolescents and adults with autismo spectrum disorders. New York, Springer, 2014.

WHITMAN, Thomas. O desenvolvimento do autismo. São Paulo: M.Books, 2015.