

# 2

CAPÍTULO

## **CONVERSANDO SOBRE AUTISMO- RECONHECIMENTO PRECOCE E POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS**

Adriana Rocha Brito  
Professora Adjunta de Pediatria  
Universidade Federal Fluminense- UFF, Rio de Janeiro - RJ  
[adrianarochabrito@oi.com.br](mailto:adrianarochabrito@oi.com.br)

Marcio Moacyr de Vasconcelos  
Professor Associado de Pediatria  
Universidade Federal Fluminense- UFF, Rio de Janeiro - RJ

## 2.1 RESUMO

O transtorno do espectro autista é uma síndrome do neurodesenvolvimento que se caracteriza por comprometimento na comunicação social associado a um repertório restrito e repetitivo de comportamentos, interesses e atividades. Sua causa ainda é desconhecida e a evolução é muito variável. É de extrema importância estar atento aos sinais de alerta para a realização de um diagnóstico precoce e encaminhamento para reabilitação precoce e intensiva direcionada para o transtorno do comportamento e da comunicação.

## 2.2 INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro autista é uma síndrome do neurodesenvolvimento que se caracteriza por deficiência persistente na comunicação social e na interação social e em padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, com grande variação no grau de intensidade e que devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA], 2013).

O psiquiatra suíço Paul Eugen Bleuler utilizou o termo “autismo” pela primeira vez em 1911 para descrever um sintoma de esquizofrenia definido como “desligamento da realidade combinado com a predominância relativa ou absoluta da vida interior” (BLEULER, 2005 *apud* DURVAL, 2011).

A primeira descrição clínica do transtorno autista surgiu em 1943, pelas mãos do psiquiatra austríaco Leo Kanner, através do trabalho intitulado “As perturbações autísticas do contato afetivo” (KANNER, 1943), no qual descreveu 11 crianças que apresentavam comportamentos comuns, como “isolamento extremo desde o início da vida e um desejo obsessivo pela preservação da constância”. No ano seguinte, o pediatra austríaco Hans Asperger descreveu no trabalho “*Die Autistischen Psychopathen im Kindersalter*” pacientes semelhantes aos de Kanner, exceto por uma linguagem superior e função cognitiva menos comprometida.

Até fins da década de 1970, o autismo era considerado uma forma de esquizofrenia infantil e classificado dentro da categoria das psicoses (APA, 1952 e 1968). Em 1979, Wing e Gould foram os primeiros a propor a tríade diagnóstica que abrangia deficiências específicas na comunicação, socialização e imaginação (WING; GOULD, 1979). Em 1980, com a publicação da 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), o autismo se converteu no protótipo de um novo grupo de transtornos do desenvolvimento reunidos sob o título de transtornos globais do desenvolvimento (APA, 1980). A expressão amplamente utilizada, “transtornos invasivos do desenvolvimento”, não é apropriada. O DSM-IV, publicado em 1994, pela primeira vez incluiu o termo “qualitativo” para descrever as deficiências dentro da tríade de manifestações clínicas, definindo a extensão das deficiências em vez da presença ou

ausência absoluta de um determinado comportamento como suficiente para satisfazer o critério diagnóstico. Na classificação do DSM-IV (APA, 1994), os “transtornos globais do desenvolvimento” abarcavam o amplo espectro de distúrbios com as características citadas acima, incluindo cinco subtipos comportamentais:

- Transtorno autista (autismo clássico);
- Transtorno de Asperger;
- Transtorno desintegrativo da infância (síndrome de Heller);
- Transtorno de Rett;
- Transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação (TGD-SOE).

Em 2013, a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2013) propôs uma nova classificação, com novas orientações sobre o diagnóstico e algumas mudanças conceituais importantes. Os subtipos comportamentais descritos no DSM-IV, excetuando o transtorno de Rett, foram reunidos numa única denominação e passam a receber o diagnóstico único de transtorno do espectro autista (TEA).

O autismo tornou-se um problema de saúde pública no mundo inteiro, e sua importância se reflete em dois eventos recentes: em 2007, a Organização das Nações Unidas (ONU) decretou o 2 de abril como o dia mundial de conscientização do autismo (UNITED NATIONS, 2008), e a entidade americana *Autism Speaks* convocou vários monumentos do mundo, através da campanha *Light It Up Blue* iniciada em 2010, a se iluminarem de azul nesse dia a fim de promover a conscientização do transtorno.

No Brasil, a presidente Dilma Rousseff sancionou em 27/12/2012 a lei nº 12.764, ou Lei Berenice Piana, decretada pelo Congresso Nacional, que institui a política nacional de proteção dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista, considerando a pessoa com tal transtorno um indivíduo com deficiência para todos os efeitos legais.

Os dados mais recentes sugerem que a prevalência do transtorno está aumentando, mas se discute em que medida isso advém da expansão dos critérios diagnósticos no DSM, de diferenças metodológicas nos estudos científicos, de um melhor reconhecimento do transtorno por profissionais de saúde ou de aumento real na sua frequência (APA, 2013).

Em 2013, o governo dos Estados Unidos divulgou a taxa de um caso de autismo para cada 50 crianças entre seis e 17 anos de idade, com base em pesquisa realizada por telefone com 91.642 famílias pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (BLUMBERG et al, 2013).

Dados epidemiológicos anteriores (CDC, 2012) sugeriram uma prevalência dos transtornos do espectro autista de 1 (um) caso para 88 crianças, afetando mais meninos que meninas na proporção de 4,6:1. Estes dados foram extraídos de informações médicas e escolares de 337.093 crianças de oito anos de idade em 14 estados norte-americanos em 2008.

## 2.3 RECONHECIMENTO PRECOCE E POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS

- Déficits na comunicação social e na interação social

As crianças autistas têm padrões atípicos de expressão facial e contato visual. Podem evitar olhar nos olhos diretamente, carecem da capacidade de variar de expressão para estabelecer um contato social e não têm habilidade para compreender as sutilezas comunicativas, como decifrar intenções faciais e os sentidos implícitos num gesto ou num modo de olhar. O transtorno da interação social pode se manifestar como isolamento social ou comportamento social impróprio, com incapacidade para desenvolver laços afetivos e relações com seus pares (APA, 2013). Alguns pais relatam que seus filhos apresentam um comportamento atípico desde os primeiros meses de vida: não estendem os braços para ir com eles, não olham no rosto, não aconchegam o próprio corpo ao colo da mãe, permanecem calados e quietos na maior parte do tempo, parecem surdos, porque não reagem quando chamados, mas o fazem em resposta a sons especiais como o esfregar de um papel de bala, a música de uma propaganda ou um dado programa de rádio ou televisão. Há incapacidade de servir-se da “atenção conjunta”, definida como os comportamentos utilizados para compartilhar a experiência de objetos e eventos com o outro. Crianças normais demonstram interesse, diversão ou temor a um objeto através do olhar intencional para o objeto ou jogo e, em seguida, para a pessoa ao lado, desse modo indicando que a atenção da outra pessoa é importante e desejável (ALESSANDRI; MUNDY; TUCHMAN, 2005). A ausência de reciprocidade social ou emocional é evidenciada pela preferência por brincadeiras solitárias e utilização de objetos não apropriados para brincar. As crianças autistas mostram indiferença afetiva ou afetos impróprios e carência de empatia social ou emocional. Elas têm dificuldade em interpretar o estado emocional dos outros, não compreendem o pensamento a partir do contexto social e não deduzem o que as outras pessoas provavelmente estão pensando — o que se convencionou chamar de ausência de “teoria da mente” (FRITH, 1996).

As alterações na capacidade de comunicação com os outros afetam as habilidades verbais e não verbais. As crianças acometidas podem ter atraso na aquisição, regressão ou ausência total da linguagem (RAPIN; TUCHMAN, 2008). São sinais de alerta: não balbuciar ou apontar aos 12 meses, não falar palavras únicas aos 16 meses e não combinar duas palavras espontaneamente aos 24 meses.

Um achado básico é a deficiência de linguagem comunicativa. Demonstrou-se que apenas uma parcela dos autistas desenvolve uma linguagem funcional, enquanto todos enfrentam problemas de compreensão inicialmente. Alguns poucos são loquazes, mas não têm a capacidade de iniciar ou manter uma conver-

sação, isto é, não há engajamento verdadeiro numa conversação recíproca. A fala é repetitiva, com voz monótona, destituída de contexto, de tom agudo, cadência e som de robô e ecolalia imediata e retardada. Ademais, eles utilizam a terceira pessoa para referir-se a si mesmo e invertem os pronomes. Às vezes repetem uma série de frases memorizadas de um programa de televisão, inúteis à comunicação. Podem cantar a mesma canção durante horas. Alguns são mudos e parecem compreender muito pouco o que lhes é dito. Estes sofrem de agnosia verbal auditiva, uma forma de disfasia receptiva grave, com incapacidade para decifrar o código fonológico da linguagem. Outros repetem de maneira incessante a mesma pergunta, ainda que conheçam a resposta, e não usam gestos apropriados para manifestar seus desejos (RAPIN, 1996; RAPIN; DUNN, 1997 e 2003).

- Padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades

As crianças do espectro autista utilizam os brinquedos de maneira diferente da sua aplicação habitual por outras crianças. Por exemplo, enfileiram carrinhos, giram suas rodas durante longos e monótonos períodos, ou os empilham em torres perfeitas (RAPIN, 1997). Algumas crianças exibem habilidade notável para montar quebra-cabeças. Quando ocorre, a brincadeira é repetitiva, monótona, sem as características do brincar espontâneo da criança normal, isto é, não se observam nuances do verdadeiro jogo imaginativo ou simbólico. A brincadeira simulada com outra criança, o “fazer de conta” (brincar de esconder, simular a preparação de comida), está além da capacidade das crianças autistas, já que estas atividades requerem a compreensão de condutas complexas, sociais ou não sociais. Não existe a imitação própria da infância, e elas apresentam atividades lúdicas fora do contexto.

Elas podem ter uma capacidade extraordinária para perceber detalhes insignificantes, associada à incapacidade para a abstração e formação de conceitos. Observa-se grande interesse pelos aspectos elementares dos objetos, como seu odor, sabor, textura, ou suas partes. Elas saboreiam objetos não comestíveis, brincam de maneira obsessiva com a água, sentem prazer ao fazer barulho com objetos de metal, parecem fascinadas por movimentos como girar de forma repetitiva uma moeda ou roda, ou abrir e fechar portas. Alguns sempre carregam consigo uma corda, saco plástico, ou pano, isto é, mostram vinculação com objetos inusitados. Estereotípias comportamentais variam desde simples estereotípias motoras, como balançar as mãos, até posturas estranhas do corpo ou das mãos e insistência em determinadas rotinas e rituais complexos, não funcionais. Há intensa resistência à mudança, inclusive com frequentes “acessos de fúria” se alguém tentar fazê-las mudar de atividade. Às vezes se auto agridem. A exemplo de outras manifestações do autismo, a gravidade desse comportamento é muito variável (RAPIN, 1997).

### - Diagnóstico

O diagnóstico é clínico e baseia-se em um desenvolvimento atípico ou deficiente da comunicação social e da interação social e na presença de um repertório restrito de comportamentos, atividades e interesses (APA, 2013). Até o presente, não existe um marcador biológico específico.

Embora grande parte das crianças autistas tenha desenvolvimento anormal desde o nascimento, um terço delas exibe regressão dos marcos do desenvolvimento previamente adquiridos, muitas vezes aos 18-24 meses de idade, após um período aparentemente normal ou mesmo na presença de atraso prévio do desenvolvimento (SPENCE; SCKNEIDER, 2009; TUCHMAN; RAPIN, 1997).

### - Triagem e instrumentos diagnósticos

Um instrumento de triagem frequentemente usado é a Lista de Verificação do Autismo em Crianças Pequenas (*Checklist for autism in toddlers* [CHAT]), destinada à triagem aos 16-30 meses de idade (BARON-COHEN; ALLEN; GILLBERG, 1992). Consiste em 23 perguntas que exploram a presença de marcos do desenvolvimento ou a presença de sintomas sugestivos. Baron-Cohen e colaboradores (1996) concluíram que crianças malsucedidas em três itens críticos têm 83,3% de risco específico para o autismo.

A *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) destina-se a crianças maiores de dois anos. Avalia a intensidade das características autistas e permite diferenciar crianças com atraso do desenvolvimento sem autismo. Foi traduzida e validada para uso no Brasil e sua versão final é conhecida como CARS-BR (PEREIRA; RIESGO; WAGNER, 2008; RAPIN; GOLDMAN, 2008).

Nos últimos anos, surgiram dois novos instrumentos para definir o diagnóstico de autismo que são utilizados principalmente no contexto de pesquisas científicas, a saber: *The Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R) e *The Autism Diagnostic Observation Schedule-General* (ADOS-G).

### - Etiologia

A causa do autismo ainda não é conhecida. As teorias para explicar o enigma do autismo proliferam e vários fatores têm sido implicados na patogenia do autismo, incluindo fatores genéticos, imunológicos e ambientais.

Em 1998, surgiu o relato que o autismo regressivo seria causado pela vacina tríplice viral MMR ou pelo timerosal, conservante contendo mercúrio que era usado na maioria das vacinas no passado, mas já retirado de todas as formulações. A atribuição do autismo às vacinas suscitou muito alarme e redução das imunizações, o que levou ao recrudescimento das infecções infantis. Mas, essa hipótese foi refutada (DE STEFANO, 2007; TAYLOR, 2006).

Descreveram-se anormalidades anatômicas em diversas áreas do cérebro, mas os achados não são suficientemente consistentes para permitir alguma conclusão. Nos casos em que o comportamento autista esteja associado a uma determinada doença, os exames neuroradiológicos estruturais podem evidenciar anormalidades próprias da doença subjacente.

- Condições médicas associadas

Indivíduos autistas podem apresentar ansiedade, depressão, afeto lábil, déficit de atenção com ou sem hiperatividade e comportamento agressivo (RAPIN; TUCHMAN, 2008). Têm habilidades cognitivas variáveis desde retardo mental profundo até capacidades superiores. Aproximadamente 70% dos pacientes com transtorno autista têm retardo mental (FRITH, 1996).

Dez por cento das pessoas autistas demonstram habilidades surpreendentes nas áreas de matemática, música, desenho, memória para itinerários etc., embora apresentem comprometimento grave em outros domínios (RAPIN, 1997; HILL; FRITH, 2003). No passado recente, recebiam a denominação pejorativa de idiot savants. O mecanismo destas habilidades superiores permanece um enigma, mas uma hipótese é a de que estes indivíduos teriam um estilo cognitivo diferente, com o processamento das informações focado nos detalhes em lugar da compilação de informações dispersas com o objetivo de dar um significado às situações segundo o contexto, o que se denominou fraqueza da coerência central (FRITH, 1996 e 2003; HAPPÉ, 1999).

As convulsões são relativamente comuns no autismo, com risco estimado de acometer um terço dos casos. Não há um tipo ou síndrome epiléptica específica associada ao autismo, mas crises parciais complexas com ou sem generalização secundária, ausência e crises tônico-clônicas generalizadas têm sido descritas. Muitos estudos descreveram descargas epileptiformes sem manifestações clínicas, assim como anormalidades eletroencefalográficas inespecíficas em indivíduos autistas (SPENCE; SCKNEIDER, 2009).

Outra questão é a detecção da síndrome de Landau-Kleffner. Somente um eletroencefalograma (EEG) realizado durante o sono de ondas deltas pode selar o diagnóstico, portanto este exame é recomendado a todas as crianças com regressão da linguagem, mesmo na ausência de crises epiléticas (TUCHMAN; RAPIN, 1997).

- Evolução

A evolução do transtorno autista é variável. Alguns indivíduos apresentam muito pouco ou nenhum progresso e outros, uma evolução favorável. Os parâmetros que melhor predizem o prognóstico são um quociente de inteligência (QI) normal e a presença de linguagem (HOLGUÍN, 2003).

Os indivíduos autistas com QI normal ou elevado costumam obter bons resultados acadêmicos, inclusive vida independente. Alguns frequentam a universidade e se formam, mas ao enfrentarem o dia-a-dia, que exige habilidade social para lidar com situações novas e resolver problemas, tornam-se vulneráveis à ansiedade e à depressão (APA, 2013).

#### - Tratamento

Ainda não existe nenhuma medicação ou tratamento que cure os sintomas centrais do autismo. Inúmeras intervenções terapêuticas foram propostas, abrangendo um amplo leque de fármacos, medicamentos alternativos e métodos de reabilitação, mas a eficácia alcançada até o presente é na melhor das hipóteses limitada.

Muitos pacientes não necessitam de medicação, entretanto, drogas que atuem em sintomas específicos podem ajudar em alguns casos, como os estabilizadores de humor, anticonvulsivantes, antipsicóticos, antidepressivos, entre outras.

O mais importante para a criança autista é o diagnóstico precoce e a reabilitação precoce e intensiva direcionada para o transtorno do comportamento e da comunicação.

## 2.4 CONCLUSÃO

Após vivenciar situações de mal-entendidos e preconceitos que ocorrem com estas crianças e seus familiares, consideramos urgente conscientizar e sensibilizar a população neste momento e propor um olhar acolhedor sobre esta situação.

É de extrema importância que os pediatras estejam atentos ao desenvolvimento dos seus pequenos pacientes e aos sinais de alerta do autismo para que possa ser feito o diagnóstico o quanto antes e o encaminhamento precoce para reabilitação.

## REFERÊNCIAS

ALESSANDRI, M.; MUNDY, P.; TUCHMAN, R.F. Déficit social en el autismo: un enfoque en la atención conjunta. *Revista de Neurologia*, v. 40, s.1, p. S137-141, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Autism spectrum disorder. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, p. 50-59, 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Pervasive developmental disorders. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, p. 65-78, 1994.



AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Pervasive developmental disorders. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, p. 86-92, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Schizophrenia. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2nd Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, p. 32-35, 1968.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Schizophrenic reactions. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association, p. 26-28, 1952.

BARON-COHEN, Simon; ALLEN, Jane; GILLBERG, Christopher. Can autism be detected at 18 months? *British Journal of Psychiatry*, v. 161, p. 839-843, 1992.

BARON-COHEN et al. Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. *British Journal of Psychiatry*, v. 168, p. 158-163, 1996.

BLEULER, Eugen. *Dementia Praecox ou o grupo das esquizofrenias*. Lisboa: Edição portuguesa – Climepsi editores, 2005.

BLUMBERG, Stephen J. et al. *Changes in prevalence of parent-reported autism spectrum disorders in school-aged US children: 2007 to 2011-2012*. National Health Statistics Reports.

BRITO, Adriana Rocha. *Ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado com placebo da prednisolona para o transtorno do espectro autista*. Niterói, 2014. 159 f. Tese (Doutorado em Neurologia) - Programa de Pós-graduação em Neurologia e Neurociências, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

Centers for Disease Control and Prevention, n. 65, 2013. Disponível em: <[www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr065.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr065.pdf)>. Acesso em 12 jul. 2014.

CDC. Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report - Surveillance Summaries*, v. 61, n. 3, p.1-20, 2012.

DE STEFANO, F. Vaccines and autism: evidence does not support a causal association. *Clinical pharmacology Therapeutics*, v. 82, n. 6, p. 756-759, 2007.

FRITH, Uta. *Autism: explaining the enigma*. 2nd edition. Oxford: Blackwell Publishing, 2003. 249 p. cap. 8 e 9, p.134-168.

FRITH, Uta. Cognitive explanations of autism. *Acta Paediatrica*, v. 416, p. 63-68, 1996.

HAPPÉ, Francesca. Autism: cognitive deficit or cognitive style? *Trends in Cognitive Sciences*, v.3, n. 6, p. 216-222, 1999.

HILL, Elisabeth L.; Frith, Uta. Understanding autism: insights from mind and brain. *Philosophical Transactions of The Royal Society of London, Series B, Biological Sciences*, v. 358, p. 281-289, 2003.

HOLGUÍN, JA. El autismo de etiología desconocida. *Revista de Neurologia*, v.

37, n. 3, p. 259-266, 2003.

KANNER, Leo. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, v. 2, p. 217-250, 1943.

PEREIRA, Alessandra; RIESGO, Rudimar S.; WAGNER, Mario B. Childhood autism: translation and validation of the Childhood Autism Rating Scale for use in Brazil. *Jornal de Pediatria*, v. 84, n.º 6, p. 487-494, 2008.

RAPIN, Isabelle. Practitioner review: Developmental language disorders: A clinical update. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, v. 37, n. 6, p. 643-655, 1996.

RAPIN, Isabelle. Autism. *The New England Journal of Medicine*, v. 337, p. 97-104, 1997.

RAPIN, Isabelle; DUNN, Michelle. Language disorders in children with autism. *Seminars in Pediatric Neurology*, v. 4, n. 2, p. 86-92, 1997.

RAPIN, Isabelle; DUNN, Michelle. Update on the language disorders on the autistic spectrum. *Brain & Development*, v. 25, p. 166-172, 2003.

RAPIN, Isabelle; TUCHMAN, Roberto F. Autism: definition, neurobiology, screening, diagnosis. *Pediatric Clinics of North America*, v. 55, p. 1129-1146, 2008.

RAPIN, Isabelle; GOLDMAN, Sylvie. The Brazilian CARS: a standardized screening tool for autism. *Jornal de Pediatria*, v. 84, n. 6, p. 473-475, 2008.

SPENCE, Sarah J.; SCHNEIDER, Mark T. The role of epilepsy and epileptiform EEGs in autism spectrum disorders. *Pediatric Research*, v. 65, n. 6, p. 599-606, 2009.

TAYLOR, B. Vaccines and the changing epidemiology of autism. *Child: care, health and development*, v. 32, n. 5, p. 511-519, 2006.

TUCHMAN, Roberto F.; RAPIN, Isabelle. Regression in pervasive developmental disorders: seizures and epileptiform electroencephalogram correlates. *Pediatrics*, v. 99, p. 560-566, 1997.

UNITED NATIONS. *Resolution adopted by the general assembly on 18 december 2007*. United Nations Official Document, 2008. Disponível em: <[www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/62/139](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/62/139)>. Acesso em 12 jul. 2014.

WING, Lorna; GOULD, Judith. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 9, n. 1, p. 11-29, 1979.