

Transtorno do espectro autista: um olhar clínico

Autism Spectrum Disorder: A Clinical view

Bruna Bollani, Carlos P. Nunes

¹ Graduanda em medicina pelo Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO

² Professor do Curso de medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO

RESUMO

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista é uma desordem do Neurodesenvolvimento caracterizada por um déficit na interação social associado a um conjunto de padrões restritos e repetitivos comportamentais, de interesse e atividades, com ampla variação de grau e intensidade de comprometimento. O transtorno do espectro autista engloba transtornos antes chamados de Transtorno Autista, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra Especificação.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é captar as diferentes apresentações clínicas que este distúrbio pode expressar, abrangendo de forma ampla a sintomatologia com a utilidade de suprir um interesse tanto para fins didáticos quanto de pesquisa. **Metodologia:** o exposto trabalho tem como fundamento uma revisão da literatura por meio de uma consulta de livros, artigos e sites através do sistema MEDLINE e procura direta. **Conclusão:** O conhecimento acerca do Autismo e suas características diagnósticas viabiliza a oportunidade para que os indivíduos com esse distúrbio, que em outras épocas eram considerados raros, sejam vistos atualmente com um maior interesse e responsabilidade pela população.

Descritores: transtorno do espectro autista, transtorno autístico, transtornos do neurodesenvolvimento

Abstract

Introduction: The Autism Spectrum Disorder is a disorder of Neurodevelopment characterized by a deficit in social interaction associated with a set of restricted and repetitive behavioral patterns, of interest and activities, with wide variation of degree and intensity of commitment. Autism Spectrum Disorder encompasses disorders formerly called Autistic Disorder, Rett Disorder, Childhood Disintegrative Disorder, Asperger Disorder and Global Development Disorder without any other Specification. **Objective:** The objective of this work is to capture the different clinical presentations that this disorder can express, broadly covering the symptomatology with the utility of supplying an interest for both didactic and research purposes. **Methodology:** The above work is based on a review of the literature through a search of books, articles and websites through the MEDLINE system and direct search. **Conclusion:** The knowledge about Autism and its diagnostic characteristics allows the opportunity for individuals with this disorder, who at other times were considered rare, to be seen with a greater interest and responsibility for the population.

Keywords: autism spectrum disorder, autistic disorder, neurodevelopmental disorders

1. Introdução

O termo “autismo” foi empregado pela primeira vez em 1911, pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler que o descreveu como um “desligamento da realidade combinado com a predominância relativa ou absoluta da vida interior”, apontando o termo como um dos sintomas fundamentais da Esquizofrenia. Anos depois, em 1943, o psiquiatra austríaco Leo Kanner através de uma pesquisa com 11 crianças que tinham em comum um comportamento peculiar de forte resistência em estabelecer contato afetivo-social, utilizou o mesmo termo autista para designar tal condição.^{1,2,3}

Kanner descreveu em sua publicação intitulada de Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo, que essas crianças apresentavam respostas incomuns ao ambiente, insistência ao isolamento social, erros no uso da linguagem para comunicação, olhar vazio e comportamentos repetitivos e estereotipados.¹⁻⁵

Neste momento, ficou estabelecido que o autista apresentava como característica uma desatenção extrema desde o início da vida (antes dos 3 anos de idade), entretanto não apresentava pensamentos fantasiosos como na Esquizofrenia infantil, diferindo assim do Autismo descrito anteriormente por Bleuler.^{1,4}

A partir do trabalho realizado por Kanner, diversos pesquisadores passaram a estudar o Autismo ampliando seu conceito e aprimorando os conhecimentos acerca de suas manifestações.⁶ Em 1944 o pediatra austríaco Hans Asperger apresentou uma tese na qual demonstrou um conceito bem mais amplo sobre a psicopatologia autista. Ele constatou que o autismo se tratava de uma síndrome, a qual nomeou de Psicopatia Autista Infantil.^{1,4}

Asperger estudou casos de pacientes que atendeu na Clínica Infantil da Universidade de Viena e concluiu em seu trabalho "*Die Autistischen Psychopathen im Kindersalter*" que, diferentemente do que havia sido descrito por Kanner, as crianças com a síndrome autista possuíam um bom nível de inteligência e linguagem. Concluiu além disso que existiam casos que poderiam demonstrar um dano orgânico severo, bem como casos leves que poderiam passar por estados de normalidade, e que os sintomas dessa síndrome apareceriam após o terceiro ano de vida.^{1,3,4} Asperger estudou casos de pacientes que atendeu na Clínica Infantil da Universidade de Viena e concluiu em seu trabalho "*Die Autistischen Psychopathen im Kindersalter*" que, diferentemente do que havia sido descrito por Kanner, as crianças com a síndrome autista possuíam um bom nível de inteligência e linguagem. Concluiu além disso que existiam casos que poderiam demonstrar um dano orgânico severo, bem como casos leves que poderiam passar por estados de normalidade, e que os sintomas dessa síndrome apareceriam após o terceiro ano de vida.^{1,3,4}

Discordando em alguns pontos de Asperger, em 1979, a psiquiatra inglesa Lorna Wing em conjunto com a colega Judith Gould, foram as primeiras a classificar os sintomas autísticos e a propor uma tríade diagnóstica que denominaram de Tripé do Espectro Autista. Este tripé abrangia a falha na interação social recíproca, a dificuldade na comunicação verbal e não verbal e a alteração no comprimento da imaginação, os quais Wing e Gould defendiam como sendo obrigatórios em qualquer pessoa com autismo.^{1,3,6} Este artigo aborda o Autismo e traz como objetivo compreender as variações clínicas que este transtorno pode apresentar, trazendo de forma abrangente as diversas áreas do conhecimento em relação ao tema. A elaboração do mesmo despertou o interesse de aprofundar os estudos sobre a atual classificação do Transtorno do Espectro Autista e suas diferentes apresentações.

O conhecimento sobre o Autismo abre a possibilidade para que os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, que em outros tempos eram considerados raros, sejam vistos atualmente com um maior interesse e responsabilidade pela população

2. Métodos

A metodologia terá como fundamento a revisão bibliográfica através da consulta de livros, artigos e sites por meio do sistema MEDLINE e procura direta.

A consulta desses materiais tem como importância refletir sobre os conhecimentos básicos acerca da criança com Autismo a fim de despertar a atenção para um transtorno que se tornou um problema de saúde pública e que se estima hoje que atinja 1% da população no mundo inteiro.

3. Resultados e discussão

Classificando o Autismo

Ao longo dos anos o Autismo foi sendo estudado e tendo seu conceito e classificação modificados nas diferentes edições do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM, da Associação Americana de Psiquiatria) e da Classificação Internacional de Doenças (CID, da Organização Mundial de Saúde).⁶ A primeira vez que o termo autismo surgiu em uma dessas publicações foi em 1952, na primeira edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-I, sendo classificado como um subgrupo da Esquizofrenia Infantil, ou seja, o Autismo ainda não era considerado como um diagnóstico distinto.^{7,8}

No DSM-II, publicado em 1968, ainda não havia uma especificação e um detalhamento acerca das desordens apresentadas e seus sintomas, permanecendo o Autismo inserido no quadro de Esquizofrenia Infantil.^{1,7} Somente na terceira edição – DSM-III, em 1980 o autismo é retirado da categoria de Psicose e passa a ser reconhecido como uma nova classe de transtornos: os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento.^{1,3,7}

Em 1994 foi publicado o DSM-IV, no qual foram atribuídos novos critérios capacitantes para o autismo sendo este considerado um Distúrbio Global do Desenvolvimento. É também inaugurado nesta edição o termo “qualitativo” para descrever os défices inclusos na tríade de sintomas clínicos, estabelecendo dessa forma uma extensão das incapacidades clínicas em lugar de estabelecer a presença ou ausência absoluta de um sintoma específico como bastante para chegar ao critério diagnóstico.^{3,7}

Uma outra edição ainda lançada em 1994 foi acompanhada de redações atualizadas sobre os transtornos autistas e outros Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, sendo definida como DSM-IV-TR. Entretanto esta edição contava com os mesmos critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-IV.⁷

De acordo com as normas do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV-TR (DSM-IV-TR),

“para que a criança seja diagnosticada com transtorno autista, ela deve apresentar pelo menos seis da lista de doze sintomas, sendo que pelo menos dois dos sintomas devem ser na área de interação social, pelo menos um na área de comunicação, e pelo menos um na área de comportamentos restritos, repetitivos e estereotipados” (SILVA;MULICK. 2009).⁸

Com a finalidade de evitar a eventual dúvida entre clínicos e pesquisadores que trabalham em diferentes países, os sistemas de avaliação CID-10 e DSM-IV passaram a ser equivalentes também no ano de 1994. Outra importante mudança foi a adição do Transtorno de Asperger ao DSM-IV, ampliando o espectro de distúrbios autistas e incluindo casos mais leves, em que os pacientes são mais operantes e independentes.^{3,7} Os Transtornos Globais do Desenvolvimento passaram, portanto, a incluir nesta edição 5 subtipos classificados de acordo com as apresentações qualitativas de comportamento: Transtorno Autista (Autismo clássico), Transtorno de Asperger, Transtorno Desintegrativo da Infância (Sd. de Heller), Transtorno de Rett e Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação (TGD-SOE).³

O Autismo fica assim conceituado de acordo com DSM-IV até o ano de 2013, quando então é lançada a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5), que passa a defini-lo como Transtorno do Espectro Autista (TEA). O DSM-5, propondo novas orientações acerca do diagnóstico do Autismo, especifica que o autista é um indivíduo que pode apresentar uma gama de alterações comportamentais, incluindo a hiperatividade, impulsividade, agressividade ou em contrapartida uma hiporreatividade.^{3,9,10}

No DSM-5 o Autismo passa a ser posicionado na classe de Transtornos do Neurodesenvolvimento e os subtipos de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento que existiam antes passam a ser substituídos e abordados agora pelo termo único e amplo de Transtornos do Espectro Autista (TEA).¹

Outra importante alteração conceitual argumentada no DSM-5 remete à circunstância de que o atraso na consecução e aprimoramento da linguagem, que antes era considerado item diagnóstico para o Autismo, foi retirado dos critérios, visto que ele pode estar presente em outras perturbações do neurodesenvolvimento e mesmo não existir em algumas crianças com autismo (nomeadamente aquelas com Síndrome de Asperger).⁹

Atualmente de acordo com as normas do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5, “as características essenciais para o diagnóstico do transtorno do espectro autista são o prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social (Critério A), padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). Sendo que, esses sintomas devem estar presentes desde o início da infância e limitar ou prejudicar o funcionamento diário da criança (Critérios C e D)”.¹¹

Diagnosticando o Autismo

Tendo conhecimento de que o Autismo é um transtorno caracterizado por um conjunto de comportamentos que variam em gravidade, não existe um exame complementar que seja capaz de estabelecer o diagnóstico, apenas elementos clínicos que são observados ou relatados em depoimentos dos pais ou cuidadores.⁶

A princípio, portanto, o diagnóstico parte através da percepção direta de um comportamento diferenciado feita pelos pais, família ou cuidadores que, à vista disso, são motivados a procurar um especialista. Os sinais clínicos podem ser verificados facilmente aos 3 anos de idade, entretanto dependendo da gravidade da perturbação, é possível realizar o diagnóstico em torno dos 18 meses de vida.^{5,6,8,10}

O diagnóstico precoce e a intervenção são de extrema importância para um bom desenvolvimento e melhora do quadro autista. Em vista dessa importância, uma ONG americana chamada Autism Speaks desenvolveu uma escala de alerta denominada de Red Flags (sinais de alerta) em que estão presentes os sinais tipicamente característicos do Autismo. Dentre essas características destaca-se a falta de expressões faciais já aos 9 meses de idade e a ausência de tentativa de fala aos 16 meses.⁸

Existe uma variabilidade moderada entre as preocupações e incertezas que os pais manifestam acerca dos sintomas apresentados pelas crianças autistas, porém, entre as queixas mais frequentes e consensuais então as alterações de atraso no desenvolvimento da fala.⁵ Muitas vezes essa ausência de resposta da criança quando chamada é interpretada como uma deficiência auditiva, entretanto a criança por outro lado mostra reação em resposta a sons especiais como por exemplo o esfregar de um papel de bala.^{3,5}

É recomendado pela Academia Americana de Pediatria (AAP) que todas as crianças recebam uma avaliação para o Autismo entre seus 18 e 24 meses de idade. Uma das ferramentas indicadas pela AAP é o M-CHAT, uma escala de rastreamento que pode ser utilizada durante visitas pediátricas em todas as crianças, com a finalidade de reconhecer sinais do Autismo em crianças de idade precoce.^{12,13}

O M-CHAT é composto por 23 questões de respostas do modelo sim/não que devem ser preenchidas pelos pais de crianças que apresentam entre 18 e 24 meses de idade. As questões são embasadas em sintomas habitualmente presentes em crianças autistas e tem como objetivo rastrear traços de autismo em crianças com idade precoce.^{12,13}

Os critérios atualmente utilizados para diagnóstico são os descritos no DSM-5 e CID-10 que enquadram o Transtorno do Espectro Autista na categoria de Transtorno do Neurodesenvolvimento.^{9,10,11} Os subtipos dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento que hoje são englobados pelo termo único de Transtorno do Espectro Autista sem uma distinção de subtipos, serão discutidos separadamente com a utilidade de suprir um interesse tanto para fins didáticos quanto de pesquisa.

O Transtorno Autista

O Transtorno Autista é também denominado, eventualmente, de Autismo Infantil Precoce, Autismo Clássico, Autismo da Infância ou Autismo de Kanner. É um dos transtornos mais severos e, além disso, o mais conhecido. O prejuízo na interação social mútua é extenso e persistente, podendo haver marcante agravo no uso de diversos comportamentos não-verbais (por ex. expressão facial, contato visual direto, gestos corporais e posturas) que norteiam as relações sociais e a comunicação.^{8,14,15}

As crianças com esse transtorno podem desconsiderar a presença de outras crianças, inclusive de seus irmãos, podendo também não notar sentimentos como o sofrimento alheio, ou ainda, não ter noção das necessidades das pessoas ao seu redor. Indivíduos mais jovens podem exibir limitado ou nenhum interesse por iniciar amizades enquanto que os mais velhos podem até demonstrar curiosidade por amizades, mas não assimilam as práticas da interação social.^{14,15}

O prejuízo da comunicação também é acentuado e persistente, podendo haver atraso ou inexistência total de desenvolvimento da linguagem falada. Em crianças que chegam a falar, as estruturas gramaticais são constantemente imaturas e incorporam o uso estereotipado e repetitivo da linguagem (por ex. repetição de frases ou palavras sem relação de significado, repetição de comerciais ou *jingles*).^{14,15}

As áreas de interesse que esses indivíduos expressam são acentuadamente restritas e limitadas (por ex. datas, bandeiras de países, números de telefone, animais). Eles podem enfileirar um número preciso de brinquedos ou outros objetos repetidas vezes, ou então imitar incontáveis vezes as ações de um ator ou cena da televisão insistindo na mesmice e demonstrando resistência ou até mesmo sofrimento frente a mudanças banais (por ex. a criança pode apresentar uma reação dramática a uma modificação insignificante no ambiente, tal como a mudança de um móvel de lugar).^{14,15}

Tabela – Tradução para o português da escala M-CHART.¹²

Escala original (inglês)	Versão traduzida (português)
Does your child enjoy being swung, bounced on your knee, etc.?	Seu filho gosta de se balançar, de saltar no seu joelho, etc.?
Does your child take an interest in other children?	Seu filho se interessa por outras crianças?
Does your child like climbing on things, such as up stairs?	Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas?
Does your child enjoy playing peek-a-boo/hide-and-see k?	Seu filho gosta de brincar de esconder o rosto e depois mostrar/esconde-esconde?
Does your child ever pretend, for example, to talk on the phone or take care of dolls, or pretend other things?	Seu filho já brincou de faz-de-contas, como por exemplo, fazer de contas que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-contas?
Does your child ever use his/her index finger to point, to ask for something?	Seu filho já usou o seu dedo indicador para apontar algo, para pedir alguma coisa?

Does your child ever use his/her index finger to point, to indicate interest in something?	Seu filho já usou o seu dedo indicador para apontar algo, para indicar interesse em algo?
Can your child play properly with small toys (e.g. cars or bricks) without just mouthing, fiddling, or dropping them?	Seu filho consegue brincar corretamente com pequenos brinquedos (ex. carros ou tijolos) sem simplesmente ficar murmurando sozinho, mexendo no brinquedo ou jogando-o para o alto e soltando?
Does your child ever bring objects over to you (parent) to show you something?	O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar alguma coisa?
Does your child look you in the eye for more than a second or two?	O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?
Does your child ever seem oversensitive to noise? (e.g., plugging ears)	O seu filho já se mostrou hipersensível ao barulho (ex. tapando os ouvidos)?
Does your child smile in response to your face or your smile?	O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?
Does your child imitate you? (e.g., you make a face-will your child imitate it?)	O seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?).
Does your child respond to his/her name when you call?	O seu filho responde quando você o chama pelo nome?
If you point at a toy across the room, does your child look at it?	Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?
Does your child walk?	Seu filho anda?

Does your child look at things you are looking at?	O seu filho olha para coisas que você está olhando?
Does your child make unusual finger movements near his/her face?	O seu filho faz movimentos incomuns com os dedos perto da face dele?
Does your child try to attract your attention to his/her own activity?	O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?
Have you ever wondered if your child is deaf?	Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?
Does your child understand what people say?	O seu filho entende o que as pessoas dizem?
Does your child sometimes stare at nothing or wander with no purpose?	O seu filho às vezes fica encarando o nada ou vagando sem direção?
Does your child look at your face to check your reaction when faced with something unfamiliar?	O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando está diante de algo que não lhe é familiar?

Na maior parte dos casos (75%) existe um diagnóstico associado de Retardo Mental que pode variar de leve a profundo. Pode existir um comprometimento no desenvolvimento das habilidades cognitivas sendo as habilidades verbais frequentemente mais deficientes do que as não verbais.^{14,15}

O indivíduo Autista pode apresentar uma cadeia de sintomas comportamentais abrangendo hiperatividade, impulsividade, agressividade, acessos de raiva, desatenção e comportamentos autodestrutivos (por ex. bater a cabeça, morder os dedos ou as mãos). Respostas incomuns a diferentes estímulos sensoriais (por ex. hipersensibilidade a sons ou toque, reações dramáticas a luz ou odores) podem existir. Ausência de medo em resposta a perigos reais e em contrapartida temor excessivo em resposta a objetos inofensivos.^{14,15}

Quadro 1 - Critérios diagnósticos para Transtorno Autista.^{2,14,15}

A. Pelo menos seis dos 12 critérios abaixo, sendo dois de (1) e pelo menos um de (2) e (3):

1. Déficits qualitativos na interação social, manifestados por:

- a. dificuldades marcadas no uso de comunicação não-verbal;
- b. falhas do desenvolvimento de relações interpessoais apropriadas no nível de desenvolvimento;
- c. falha em procurar, espontaneamente, compartilhar interesses ou atividades prazerosas com outros;
- d. falta de reciprocidade social ou emocional.

2. Déficits qualitativos de comunicação, manifestados por:

- a. falta ou atraso do desenvolvimento da linguagem, não compensada por outros meios (apontar, usar mímica);
- b. déficit marcado na habilidade de iniciar ou manter conversação em indivíduos com linguagem adequada;
- c. uso estereotipado, repetitivo ou idiossincrático de linguagem;
- d. inabilidade de participar de brincadeiras de faz-de-conta ou imaginativas de forma variada e espontânea para o seu nível de desenvolvimento.

3. Padrões de comportamento, atividades e interesses restritos e estereotipados:

- a. preocupação excessiva, em termos de intensidade ou de foco, com interesses restritos e estereotipados;
- b. aderência inflexível a rotinas ou rituais;
- c. maneirismos motores repetitivos e estereotipados;

d. preocupação persistente com partes de objetos.

B. Atrasos ou função anormal em pelo menos uma das áreas acima presente antes dos 3 anos de idade

C. Esse distúrbio não pode ser melhor explicado por um diagnóstico de síndrome de Rett ou transtorno desintegrativo da Infância.

O Transtorno de Rett

É uma condição relatada apenas no sexo feminino. A particularidade essencial do Transtorno de Rett traduz-se no desenvolvimento de numerosos défices específicos após uma fase de funcionamento normal no decorrer dos primeiros meses de vida. O desenvolvimento psicomotor desse indivíduo apresenta-se sem alterações durante os seus 5 meses de idade e após esse período começa a haver uma desaceleração do crescimento craniano e uma perda das habilidades manuais que haviam sido adquiridas anteriormente.^{14,15,16}

Subsequentemente ocorre um desenvolvimento de movimentos estereotipados característicos, que se afigura ao ato de torcer ou lavar as mãos. A afeição pelo ambiente social decresce nos primeiros anos após o início do transtorno, entretanto o convívio social pode frequentemente se desenvolver posteriormente.^{14,15}

A criança com Transtorno de Rett frequentemente apresenta um Retardo Mental grave ou profundo associado. Existe severo comprometimento no desenvolvimento da linguagem expressiva ou receptiva, com grave retardo psicomotor. A duração do Transtorno é vitalícia, sendo o desaparecimento das habilidades persistente e progressivo.^{14,15,16}

Quadro 2 – Critérios Diagnósticos para Transtorno de Rett.^{14,15}

A. Todos os quesitos abaixo:

- a. desenvolvimento pré-natal e perinatal aparentemente normal;
- b. desenvolvimento psicomotor aparentemente normal durante os primeiros cinco meses de vida;
- c. perímetro cefálico normal ao nascer.

B. Início de todas as seguintes características após o período de desenvolvimento normal:

- a. desaceleração do crescimento cefálico entre a idade de 5 e 48 meses;
- b. perda de habilidades manuais voluntárias anteriormente adquiridas entre a idade de 5 a 30 meses, com o desenvolvimento subsequente de movimentos estereotipados das mãos (p. ex. gestos como torcer ou lavar as mãos);
- c. perda do envolvimento social no início do transtorno (embora em geral a interação social se desenvolva posteriormente);
- d. incoordenação da marcha ou dos movimentos do tronco;
- e. desenvolvimento das linguagens expressiva ou receptiva severamente comprometido, com severo retardo psicomotor.

O Transtorno de Asperger

A característica fundamental do Transtorno de Asperger, também definido como Síndrome de Asperger, reside num comprometimento grave e persistente do convívio social e na aquisição de padrões restritos e repetitivos de comportamento, preferências e práticas.^{8,14,15,17} O transtorno deve acarretar disfunção clinicamente importante nas áreas social, ocupacional ou demais áreas. Com relação a uma característica de gênero, o transtorno é diagnosticado com uma frequência muito superior (pelo menos cinco vezes mais) no sexo masculino.^{14,15}

Opostamente ao que ocorre no Transtorno Autista Clássico, não existem atrasos ou desvios clinicamente relevantes no desenvolvimento da linguagem, embora noções mais sutis do diálogo social (por ex. alternância da conversa) possam ser comprometidos. Ademais, no decorrer dos 3 primeiros anos de idade, não processam-se atrasos clinicamente importantes no desenvolvimento cognitivo, o que se evidencia na manifestação de uma curiosidade normal frente ao ambiente. É um indivíduo que pode ter uma inteligência normal ou por vezes até acima da média.^{8,14,15,17}

Muitos dos indivíduos com Sd. de Asperger apresentam uma habilidade para expressar-se verbalmente de forma criativa, fazendo uso de linguagem aprimorada e construção gramatical corretas, ainda que exista uma complexidade em utilizar a linguagem afetiva no cotidiano.¹⁷ O déficit na interação social recíproca é extenso e permanente, podendo haver comprometimentos acentuados no uso de diversos comportamentos não-verbais (por ex. contato visual direto, linguagem corporal, expressões faciais).^{14,15,17}

Embora o comprometimento social na Sd. de Asperger seja importante, a carência de reciprocidade coletiva se apresenta mais tipicamente através de um comportamento social extravagante e unilateral (por ex. insistência em um assunto de diálogo independente do retorno do interlocutor) do que por meio do desinteresse social e emocional.^{14,15,17}

Os padrões restritos e repetitivos constantemente se evidenciam pela aquisição de preocupações insistentes sobre um determinado tópico ou interesse limitado, a respeito do qual o indivíduo é capaz de acumular uma vasta quantidade de fatos e informações. A devoção a estes interesses é muito acentuada, muitas vezes descartando por completo quaisquer outras atividades.^{14,15}

A criança com Asperger frequentemente é descrita pelos pais como uma criança que desenvolveu a habilidade de falar antes de caminhar e pode realmente fazer os pais acreditarem que a mesma seja uma criança precoce (por ex. com um vocabulário rico ou “adulto”). Ainda que comprometimentos sutis possam existir, os pais frequentemente não se preocupam com eles até que a criança comece a frequentar a pré-escola ou passe por outras circunstâncias onde ocorre a exposição ao convívio com outras crianças da mesma idade, evidenciando neste ponto suas dificuldades sociais com o grupo de iguais.^{14,15}

Sintomas de hiperatividade e desatenção são muito comuns nesses indivíduos, sendo que constantemente é realizado um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Desatenção/Hiperatividade antes de se diagnosticar o Transtorno de Asperger.^{14,15}

Quadro 3 - Critérios diagnósticos para Síndrome de Asperger.^{2,14,15}

- A. Déficits qualitativos na interação social, manifestados por, pelo menos, dois dos seguintes:
- a. déficit marcado no uso de comportamentos não-verbais, tais como contato visual, expressão facial, postura corporal e gestos para regular a interação social;
 - b. incapacidade de estabelecer relações com seus pares de acordo com o seu nível de desenvolvimento;
 - c. falta de um desejo espontâneo de compartilhar situações agradáveis ou interesses (como, por exemplo, mostrando ou apontando para objetos de interesse);
 - d. falta de reciprocidade emocional ou social.
- B. Padrões de comportamento, atividades e interesses restritos e estereotipados, manifestados por:
- a. preocupação excessiva, em termos de intensidade ou de foco, com interesses restritos e estereotipados;
 - b. aderência inflexível a rotinas ou rituais;
 - c. maneirismos motores repetitivos e estereotipados;
 - d. preocupação persistente com partes de objetos.

C. Esse transtorno causa distúrbios clinicamente significativos em termos sociais, ocupacionais ou em outras áreas importantes de funcionamento.

D. Não há atraso clinicamente significativo de linguagem (por exemplo, palavras isoladas aos 2 anos, frases aos 3 anos).

E. Não há atraso clinicamente significativo do desenvolvimento cognitivo, de habilidades de auto-ajuda, de comportamentos adaptativos (excetuando-se interação social) e de curiosidade em relação ao seu ambiente durante a infância.

F. Não há critérios suficientes para o diagnóstico de outro transtorno invasivo de desenvolvimento ou esquizofrenia

O Transtorno Desintegrativo da Infância

O aspecto essencial do Transtorno Desintegrativo da Infância, conhecido também como Síndrome de Heller ou Psicose Desintegrativa, constitui-se na regressão nítida de diversas áreas do funcionamento, posteriormente a um período de pelo menos 2 anos de evolução aparentemente modelar. O desenvolvimento teoricamente normal expressa-se pela presença de linguagem verbal e não-verbal, interações sociais e comportamento adequado para a idade.^{8,14,15,18-20}

Após os primeiros 2 anos de idade a criança experimenta um retrocesso clínico marcante de aptidões já desenvolvidas em ao menos duas das seguintes esferas: vocabulário expressivo ou receptivo, capacidades sociais ou reações adaptativas, controle esfinteriano, jogos ou capacidades motoras. O mais comum é que a criança perca as habilidades desenvolvidas em quase todos os campos.^{14,15,18-20}

O Transtorno Desintegrativo da Infância ocorre em 90% dos casos no sexo masculino. Existem escassos dados epidemiológicos mas é uma desordem presumivelmente rara, muito mais que o Transtorno Autista.¹⁹ Os indivíduos com esse diagnóstico exibem os comprometimentos sociais e de comunicação e as particularidades comportamentais tipicamente observados no Transtorno Autista . Há um déficit qualitativo na interação social e presença de padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades.^{14,15, 20}

Quadro 4 - Critérios diagnósticos para Transtorno Desintegrativo da Infância.^{2,14,15}

A. Desenvolvimento aparentemente normal até, pelo menos, os 2 primeiros anos de idade, manifestado pela presença de comunicação verbal e não-verbal, interação social, habilidade lúdica e comportamentos adaptativos apropriados.

B. Perda clinicamente significativa, antes dos 10 anos de idade, de habilidades previamente adquiridas em, pelo menos, duas das seguintes áreas:

- a. linguagem expressiva ou receptiva;
- b. habilidades adaptativas ou sociais;
- c. controles esfínterianos;
- d. habilidade lúdica;
- e. habilidades motoras.

C. Deficiências funcionais qualitativas em pelo menos duas das seguintes áreas:

- a. interação social (uso de comunicação não-verbal, desenvolvimento de relações interpessoais, reciprocidade social ou emocional);
- b. comunicação (desenvolvimento de linguagem, habilidade de iniciar ou manter conversação, uso estereotipado, repetitivo ou idiossincrático de linguagem, habilidade de brincar de forma

variada e espontânea);

c. padrões de comportamento, atividades e interesses restritos, repetitivos e estereotipados, incluindo maneirismos motores e estereotipias.

D. Não há critérios suficientes para o diagnóstico de outro transtorno invasivo de desenvolvimento ou esquizofrenia.

O Transtorno Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação (incluindo Autismo Atípico)

Esta classe é utilizada quando ocorre um déficit grave e completo do desenvolvimento da relação social recíproca ou de aptidões de interação verbal ou não-verbal, ou quando os interesses, comportamento e ocupações são repetitivos e estereotipados, mas não há critérios diagnósticos suficientes para enquadrar esse indivíduo em um Transtorno específico. Essa ordem inclui o Autismo Atípico que apresenta comportamentos que não satisfazem os parâmetros diagnósticos para o Transtorno Autista em consequência de uma idade tardia de seu início, comportamentos com manifestações atípicas ou uma sintomatologia subconsciente.^{14,15}

O atual Transtorno do Espectro Autista

Seguindo um projeto de promover um olhar extenso sobre o decurso dos Transtornos Mentais, o DSM-5 substituiu os “Transtornos Globais do Desenvolvimento”, que incluíam o Transtorno Autista, Transtorno Desintegrativo da Infância e as Síndromes de Rett e Asperger, por um diagnóstico único de “Transtorno do Espectro Autista” (TEA).²¹

A atualização refletiu a perspectiva científica de que esses transtornos são na realidade uma mesma conjunção com variantes em duas ordens de sintomas: Défice na interação social e comunicação; Padrão de interesses, atividades e comportamentos restritos e estereotipados.^{11,21}

Mesmo havendo críticas por parte dos clínicos que defendem que existem diferenças significativas entre os transtornos, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) manteve a nova classificação argumentando que não existem vantagens diagnósticas ou terapêuticas na separação e acrescentando que a complexidade em subclassificar o transtorno aumentaria o risco de causar confusão ao clínico, prejudicando um diagnóstico adequado.²¹

Os especificadores de gravidade podem ser utilizados para elucidar a sintomatologia atual do paciente de maneira breve, admitindo que o nível de gravidade pode ser alterado conforme o contexto ou ser modificado com o tempo. Os níveis descritos de gravidade não devem ser utilizados para determinar a escolha e o decreto de atividades, sendo isso estabelecido de maneira individual e conforme a discussão de prioridades e objetivos pessoais.¹¹

Quadro 5 - Critérios diagnósticos para Transtorno do Espectro Autista.¹¹

- A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):
- a. déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais;
 - b. déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal;
 - c. déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos (ver Tabela Níveis de Gravidade para TEA).

- B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):
- a. movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas);
 - b. insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente);

c. interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).

d. hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).

Especificar a gravidade atual:

A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões restritos ou repetitivos de comportamento (ver Tabela Níveis de Gravidade para o TEA).

C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).

D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.

E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento.

Nota: Indivíduos com um diagnóstico do DSM-IV bem estabelecido de transtorno autista, transtorno de Asperger ou transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação devem receber o diagnóstico de transtorno do espectro autista. Indivíduos com déficits acentuados na comunicação social, cujos sintomas, porém, não atendam, de outra forma, critérios de transtorno do espectro autista, devem ser avaliados em relação

a transtorno da comunicação social (pragmática).

Especificar se:

Com ou sem comprometimento intelectual concomitante
Com ou sem comprometimento da linguagem concomitante
Associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental

Tabela- Níveis de Gravidade para o Transtorno do Espectro Autista.^{11,13}

Nível de Gravidade	Comunicação Social	Comportamentos Repetitivos e Restritos
Nível 3 “Exigindo apoio muito substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, limitação em iniciar interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 2 “Exigindo apoio substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal, prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio, limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem dos outros.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 1 “Exigindo apoio”	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode aparentar pouco interesse por interações sociais.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

4. Conclusão

Através da revisão da literatura embasada em pesquisas bibliográficas, pode-se concluir que o Transtorno do Espectro Autista confere um quadro de importante complexidade que compromete especialmente sua capacidade de comunicação, interação social, iniciativa, atividades e interesses desse indivíduo. A maior parte dessas crianças nasce supostamente sem nenhuma disfunção, mas já nos meses iniciais de vida começam a surgir os primeiros sintomas configurando um cenário de difícil compreensão aos pais e familiares.

As alterações de classificação realizadas no DSM-5 foram baseadas na melhor evidência científica disponível, sendo cada parâmetro diagnóstico detalhadamente avaliado em pesquisas de campo procurando ratificar sua utilidade, validade e seriedade.

Ficou elucidado que para atingir uma compreensão adequada sobre o Autismo e suas inferências, visando despertar a atenção para um transtorno que se tornou um problema de saúde pública atual, é preciso ter conhecimento sobre o desenvolvimento habitual da criança para que ocorra distinção do que é de fato um comportamento autista. Diferenciar suas apresentações principais, suas limitações, suas preferências e necessidades, além de seus potenciais e capacidades é de extrema importância para que se torne possível proporcionar maior estabilização emocional atendendo as particularidades do indivíduo.

O nosso universo é muito complexo para o Autista, repleto de detalhes e diversidades, portanto é preciso compreender que antes de qualquer julgamento, é necessário conhecer a relevância do tema abrindo a possibilidade para que o Transtorno do Espectro Autista, que em outros tempos era considerado raro, seja visto atualmente com um maior interesse e responsabilidade pela população.

6. Referências

1. Dias S. Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. 2015;18:307-13.

2. Gardia CA, Tuchman R, Rotta NT. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*. 2004;80:83-94.
3. Caminha VL, Huguenin JY, Assis LM, Alves PP. *Autismo: Vivências e Caminhos*. 1ª ed. São Paulo: Blucher. 2016.
4. Alves MMC, Souza RCS, Neves CGB. A criança autista no mundo chamado escola. 9º Fórum Permanente de Inovação Educacional. 2015.
5. Machado FP, Lerner R, Novaes BCAC, Palladino RRR, CunhaMC. Questionário de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil: avaliação da sensibilidade para transtornos do espectro do autismo. *Audiol Commun Res*. 2014;19:345-51.
6. Locatelli PB, Santos MFR. AUTISMO: Propostas de Intervenção. *Rev Transform*. 2016;8:203-20.
7. Autismo e Realidade. Disponível em: <<http://autismoerealidade.org/informe-se/sobre-o-autismo/historia-do-autismo/>>.
8. Araújo MS. Inclusão de criança com Autismo em sala de aula regular: Percepção de professores [Trabalho de Conclusão de Curso]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, curso de Pedagogia. 2015.
9. Lima CB, Afonso C, Calado AC, Torgal F, Gouveia R, Nascimento C. O impacto do Programa Integrado para o Autismo (PIPA). *Rev Psicol Crian Adolesc*. 2014;1:231-44.
10. Oliveira DS, Moura ARS, Feijó LP. Interação vincular de pais com filhos Autistas. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*. 2014;2:103-13.

11. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais DSM-5. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre: Artmed; 2014.
12. Losapio MF, Pondé MP. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de Autismo. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. 2008;30:221-9.
13. Associação de Amigos do Autista. Disponível em <<http://www.ama.org.br/site/escalas.html>>.
14. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais DSM-IV. 4. ed. - Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
15. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais DSM-IV-TR. 4. ed. rev. – Porto Alegre: Artmed, 2002.
16. Murillio PC. O Processo Cognitivo nas Interfaces da Aprendizagem Motora da Criança com Síndrome de Rett. Rev Eletr Psicol Epistemol Genet. 2012;4:192-208.
17. Cota FVH, Botti NCL. Cinema como recurso no ensino do Transtorno de Asperger. Rev Enf C O M. 2016;1;2009-19.
18. Mercadante MT, Gaag RJV, Schwartzman JS. Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. Rev Bras Psiquiatr. 2006;28:512-20.