

AUTISMO E SÍNDROME DE ASPERGER: NOVAS CONCEPÇÕES

Adrieli de Souza¹

Dr^a Gizeli Aparecida Ribeiro de Alencar²

RESUMO

Dentre as inúmeras deficiências, quadros sindrômicos e transtornos do neurodesenvolvimento, encontramos o autismo e a síndrome de Asperger, as quais se configuram desafios para os estudiosos tanto do campo da medicina quanto da educação no que diz respeito aos diagnósticos. Acreditamos que conhecer as informações presentes no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM) DSM V sobre o Transtorno de Espectro Autista (TEA) se faz importante, pois enquanto educadores que somos poderemos a qualquer momento estar atuando com alunos de inclusão e dentre eles, os que se enquadram nos TEA. Assim sendo, para tratarmos do tema, realizamos uma pesquisa bibliográfica objetivando “Conceituar a Síndrome de Asperger no campo dos Transtornos do Espectro Autista (TEA)”; “descrever as principais características apresentadas pelas pessoas com autismo e síndrome de Asperger” e “caracterizar os Transtornos do Espectro do autismo de acordo com o DSM V”. Conhecer as informações presentes no DSM V sobre o Transtorno de Espectro Autista (TEA) foi de suma importância. Conclui-se que o DSM traz, desde sempre, impactos sobre os pais, sobre as crianças e sobre as formas de atendimento.

Palavras-chave: Autismo. Síndrome de Asperger. Transtorno do espectro autista.

ABSTRACT

Among the many deficiencies, syndromic conditions and neurodevelopmental disorders, we find autism and Asperger's syndrome, which pose challenges for both the medical and educational students regarding the diagnoses. We believe that knowing the information presented in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) DSM V on Autistic Spectrum Disorder (ASD) becomes important, since as educators we can be at any moment Working with inclusion students and among them, those that fit the TEA. Thus, in order to deal with this issue, we carried out a bibliographical research aiming to "Conceptualize Asperger Syndrome in the field of Autistic Spectrum Disorders (ASD)"; "Describe the key characteristics presented by people with autism and Asperger syndrome" and "characterize autism spectrum disorders according to DSM V". Knowing the information present in the DSM V on Autism Spectrum Disorder (ASD) was of paramount importance. It is concluded that the DSM has always had impacts on the parents, on the children and on the forms of care.

Keywords: Autism. Asperger's syndrome. Autism spectrum disorder

¹ Acadêmica do curso de pedagogia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM).

² Professora orientadora do trabalho de conclusão de curso (DTP-UEM).

NOTAS INTRODUTÓRIAS

A Constituição Federal de 1988 e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB; Lei nº 9394/96 BRASIL,1996) estabelecem que a educação seja direito de todos, garantindo atendimento educacional especializado as pessoas com deficiência. Nesta perspectiva inclusiva da educação e sabendo que cerca de dez por cento da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência, torna-se imprescindível que a escola esteja preparada para lidar, com as diferenças. De acordo com o Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL,2015), deficiente aquele que “tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental ou sensorial que, em interação com diversas barreiras, podem ter restringida sua participação plena e efetiva” (Art. 2º, Estatuto da Pessoa com Deficiência, BRASIL,2015).

A humanidade, ao longo de suas existências, tendeu a excluir as deficiências e anomalias. Definir o que é um passo para se reconhecer e respeitar. Deste modo, conceituar as diferenças é tratar com um novo olhar político, social e econômico o diferente. Considera-se que as pessoas são factíveis de mudanças, partindo de sua visão de mundo e interações sociais. Atualmente grandes são as lutas para a mudança de concepção das pessoas com necessidades especiais, em que devemos primar pelo respeito ao outro enquanto ser humano.

Dentre as inúmeras deficiências, quadros sindrômicos e transtornos do neurodesenvolvimento, encontramos o autismo e a síndrome de Asperger, as quais se configuram desafios para os estudiosos tanto do campo da medicina quanto da educação no que diz respeito aos diagnósticos.

De acordo com Araújo e Neto (2014) a formulação de um diagnóstico se efetiva por meio da compreensão de comportamentos que se apresentam inadequados, os quais precisam ser analisados de acordo com as suas contingências.

Na última década evidenciamos avanços e mudanças conceituais no que diz respeito ao diagnóstico e atendimento às pessoas que destoam do padrão da “normalidade”, estabelecidas por cada uma das culturas.

As pessoas com autismo e síndrome de Asperger, foco de nosso interesse, que compunham o grupo de transtornos globais do desenvolvimento

(TGD), a partir da publicação do DSM V (APA, 2013) passaram a compor o quadro de TEA.

Acreditamos que conhecer as informações presentes no DSM V sobre o TEA se faz importante, pois enquanto educadores que somos poderemos a qualquer momento estar atuando com alunos de inclusão e dentre eles, os que se enquadram nos Transtornos de espectro autista.

Assim sendo, para tratarmos do tema, realizamos uma pesquisa bibliográfica objetivando “Conceituar a Síndrome de Asperger no campo dos TEA”; “descrever as principais características apresentadas pelas pessoas com autismo e síndrome de Asperger” e “caracterizar os Transtornos do Espectro do autismo de acordo com o DSM V”.

AUTISMO: BREVES APONTAMENTOS

A palavra autismo é de origem grega (autós), que significa de si mesmo. De acordo com Orrú (2009) é um termo usado pela psiquiatria para se referir a comportamentos que se centralizam em si mesmo, ou seja, voltados para o próprio indivíduo. O termo foi empregado pela primeira vez pelo psiquiatra suíço Bleuler, no ano de 1911, em que descrevia a fuga da realidade e o retraimento para um mundo interior de pacientes adultos com esquizofrenia.

As primeiras publicações sobre o autismo foram feitas por Léo Kanner, um psiquiatra austríaco residente nos Estados Unidos, na década de 1930. Naquele período, de acordo com Bosa (2002) Léo Kanner delatava o monopólio de alguns grupos que requeriam para si a propriedade sobre qualquer conhecimento relacionado ao autismo. Kanner chamava a atenção sobre o quanto era limitado a etiologia e o tratamento do autismo, o qual ainda era predominantemente respaldado em especulações teóricas.

A aceção mais precisa sobre autismo foi feita por Kanner em 1943, em plena segunda Guerra Mundial, na qual propôs uma nova síndrome na psiquiatria infantil denominada a princípio como “ Distúrbio autístico do contato afetivo” e depois de “Autismo” (CALVACANTI, ROCHA, 2001 p. 23). Descrito então, como uma inabilidade no relacionamento interpessoal que as distinguia de outras patologias como a esquizofrenia: “o distúrbio fundamental mais surpreendente, ‘patognômicos’, é a incapacidade dessas crianças de estabelecer relações de maneira normal com as pessoas e situações desde o

princípio de suas vidas” (KANNER, 1943, p.242 *apud* BOSA, 2002, p.23).

Kanner afirmava haver uma dificuldade nessas crianças em adotar uma atitude antecipatória que demonstrasse para um adulto a vontade, por exemplo, de ser pego no colo (inclinar o rosto, estender os braços e acomodar-se ao colo, etc.) havia um fechamento autístico extremo que fazia com que a criança se negligenciasse, ignorasse ou recusasse tudo o que vinha do exterior.

O alheamento em que viviam essas crianças era extremo, desde os primeiros anos de vida, como se não estivessem no mundo, sem responder a nenhum estímulo externo, mantendo-se em um isolamento rígido e peculiar.

Outro aspecto por ele evidenciado foi o atraso na aquisição da fala e do uso não comunicativo da mesma. Sinalizava que a linguagem não era utilizada como instrumento para receber ou transmitir mensagem aos outros, quando presente, era ecológica, e irrelevante e sem sentido.

Kanner descreveu, assim, a partir de suas pesquisas, seis características de evolução do autismo, independentemente das diferenças individuais da história clínica de cada paciente, conforme especificado no quadro I:

QUADRO I- PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS DISTÚRBIOS AUTÍSTICOS DO CONTATO AFETIVO DE LÉO KANNER

1. Retraimento Autístico
2. Necessidade de Imutabilidade
3. Estereotípias
4. Distúrbios da linguagem
5. Inteligência
6. Desenvolvimento Físico

FONTE: elaborado pela autora

- O “*retraimento autístico*” refere-se a incapacidade do indivíduo em estabelecer relações com as pessoas, tem-se a impressão que a criança não vê objetos nem pessoas, se comporta como se o outro não existisse. Apresenta, com frequência, temor e recusa de contato corporal e qualquer tentativa nesse sentido resulta em manifestação de angústia ou agressividade. Outro aspecto evidenciado é o uso do corpo de outra

pessoa como objeto ou prolongamento do próprio corpo.

- Em relação à “*necessidade de Imutabilidade*” a criança apresenta uma necessidade de manter inalterável seu ambiente habitual, tem medo de mudança. Se algo é mudado, mesmo que o mínimo detalhe, a situação deixa de ser idêntica, não sendo então aceita pela criança.
- As “*estereotípias*”, por sua vez, refere-se a gestos executados pela criança de modo rítmico e repetidamente ao longo do dia. Trata-se, na maioria das vezes, de movimentos de balanço do tronco, gestos estereotipados constituídos de palmadas e esfregaduras de agitação dos dedos diante dos olhos, ou das mãos, movimentos de giro ao redor do próprio corpo, etc.
- No que diz respeito aos “*distúrbios da linguagem*” quando adquirida é muito particular, marcada por certo número de anomalias características tais como: *inversão pronominal*; *repetição ecológica* e *acesso ao sim*.
 - ✓ Na *inversão pronominal* a criança fala de si mesma na segunda ou terceira pessoa e, geralmente não é capaz de empregar o pronome eu.
 - ✓ A *repetição ecológica*, por sua vez, refere-se à repetição, de modo quase literal e muitas vezes com a mesma entonação de certas frases ou seguimentos de frases ouvidos.
 - ✓ O *acesso ao sim* é muitas vezes difícil pois, a aceitação é quase sempre indicada pela repetição da pergunta feita, por exemplo: que ele exprima seu desejo de doces dizendo:” você que doce”.

Os distúrbios da linguagem são por tanto, marcados por duas dificuldades: a de emprega-la num registro de significados compartilhado com outras pessoas e na dificuldade de situar-se como sujeito do seu próprio discurso.

- A noção de “*inteligência*” conservada permitiu a individualização da síndrome autística em relação as deficiências intelectuais, com as quais eram anteriormente confundidas. Kanner insistiu, em suas primeiras descrições, na impressão subjetiva das crianças pesquisadas quanto à “ter um ar inteligente”. No que diz respeito ao Quociente Intelectual na investigação de E. R. Ritvo

o QI apreciado globalmente nas crianças estudadas situava-se em zonas de deficiência intelectual moderada ou profunda e que apenas um número restrito de crianças autistas podia ser considerado como tendo conservado um QI normal (ao redor de 1/4 ou 1/5. [...] algumas crianças autistas, apesar do retardo mental global, se mostram capazes de desempenhos excepcionais em alguns campos muito específicos, isso acarretou o conhecido fenômeno dos “ idiotas sábios” e contribuiu acentuadamente para sustentar a ideias de uma inteligência extraordinária, mas intimamente oculta, em todas as crianças autistas. (FERRARI, 2007 p. 44,45).

- Já o “*desenvolvimento físico*” ocorre nas formas puras de autismo normalmente. Com tudo, entre 15 a 20% dos autistas apresentam crise de epilepsia. (FERRARI, 2007).

Dito isso, cumpre frisar que os estudos da personalidade dos pais das crianças autistas ou psicóticas foram estudados. Kanner, de acordo com Ferrari (2007) descreveu certo número de traços aos quais ele atribuía, na época, um papel incontestável na origem do autismo dos seus filhos. Salientava a frieza afetiva, o caráter obsessivo e o alto nível intelectual e sociocultural. Os comportamentos obsessivos na família das crianças com autismo evidenciavam-se por meio de preocupação com detalhes e sistematizações em suas atividades. No que diz respeito às dificuldades nos casamentos e nas relações interpessoais no geral, afirma que eram pouco calorosos. Afirmava que os pais tinham muitas dificuldades para cuidar dos filhos, e traçou para eles um perfil de “Mães emocionalmente frias” e de “pais intelectuais” que investiam mais na observação de seu bebê do que no contato com ele. Mediante o exposto observa-se que a noção de autismo esteve por muito tempo fortemente associada as “ideias de déficits, deficiência e impossibilidade quer na perspectiva das crianças, metaforicamente chamadas por diferentes autores de “Fortalezas vazias”, “Tomadas desligadas”, “Conchas” e “Carapaças”, cujo o mundo psíquico é apresentado como desvitalizado e despovoado, quer na perspectiva dos pais, em geral considerados incapazes de investir em seu filhos e descritos por metáforas não menos contundentes, como a das “mães geladeiras” de Kanner (CAVALCANTI, ROCHA, 2001, p.26).

Em estudos posteriores de acordo com Ferrari (2007) Kanner não mais atribuiu um papel essencial a influência parental na origem do autismo.

Atualmente o autismo é considerado uma “Síndrome Comportamental com etiologias múltiplas e curto de um distúrbio de desenvolvimento” (GILLBERG, 1990, *apud* ORRÙ, 2009, p 23). Estatisticamente, até o ano de 1989 afirmava-se que a síndrome afetava crianças com idade inferior a três anos, com predominância de quatro crianças a cada dez mil nascimentos, afetando predominantemente indivíduos do sexo masculino, sendo a cada quatro casos confirmados três do sexo masculino e um do sexo feminino.

De acordo com Gaspar (1998) o autismo tem sido constatado em vinte crianças a cada dez mil nascidos, número que vem crescendo nos últimos anos, não se restringindo à raça, etnia ou grupo social.

De causa ainda não especificamente determinada, o aumento pode ser em virtude, também, de um maior e melhor diagnóstico e de informações resultantes de estudos e divulgações sobre a síndrome que atinge indivíduos de todos os países do mundo.

PARA ALÉM DO AUTISMO: A SÍNDROME DE ASPERGER

A síndrome de Asperger foi descrita pelo psiquiatra de Viena Hans Asperger em 1944, na época ele descreveu uma nova patologia infantil que chamou de “psicopatia autística”, a qual foi relacionada por ele ao autismo infantil de Kanner do qual, porém, se diferencia. Contudo, as descrições de Asperger eram mais amplas

Ressaltou a questão da dificuldade das crianças que observava em fixar o olhar durante situações sociais, mas também fez ressalvas quanto à presença de olhar periférico e breve; chamou a atenção para as peculiaridades dos gestos - carentes de significado caracterizados por estereotípias - e da fala, a qual se podia apresentar sem problemas de gramática e com vocabulário variado, porém monótona. Salientou não tanto o extremo retraimento social, tal qual Kanner fizera, mas a forma ingênua e inapropriada de aproximar-se das pessoas. Notou, ainda, a dificuldade dos pais em constatar comprometimentos nos três primeiros anos de vida das crianças. (BOSA, 2002, p.25).

Asperger acreditava que a síndrome por ele descrita era diferente da de Kanner, embora reconhecesse similaridades, pois ambos identificaram as dificuldades no relacionamento interpessoal e na comunicação como características mais intrigantes do quadro.

Não há diferenças nos fatores neurobiológicos implicados na etiologia da Síndrome de Asperger e no autismo, sendo que a primeira poderia ser uma variante “menos grave” da segunda e que, independente dos critérios diagnósticos empregados, a utilização do termo “Síndrome de Asperger” parece ser mais adequada para alguns pacientes, enquanto “Autismo Infantil” parece mais apropriado para outros e o uso de um ou de outro “rotulo” não significa que a síndrome de Asperger exista como entidade distante do autismo, ou que o seu diagnóstico invalide o de autismo (STEINER, 2000, p. 34 *apud* ORRÚ 2010 p.2).

Por ter sido publicado em língua alemã, no final da segunda guerra mundial, o trabalho de Asperger não foi difundido, o que somente ocorreu nos últimos anos com a publicação de suas pesquisas em inglês.

Foi somente na década de (1980), do século passado, que a Síndrome Asperger ganha destaque quando Lorna Wing publicou uma revisão de 34 casos de crianças e adultos com sintomas similares ao descrito por Hans Asperger. Wing utilizou pela primeira vez o termo “síndrome de Asperger” referindo-se à indivíduos com quadro autista com desenvolvimento intelectual adequado; ressaltou que o S.A. pode ser considerada como uma categoria independente e distinta da descrita por Kanner e propôs a inclusão da S.A. dentro do espectro ou contínuo do autismo infantil e apontou um modelo dimensional (Klin 2006).

Wing, de acordo com Klin (2006) descreve as seguintes características da Síndrome de Asperger:

- Algumas das anomalias comportamentais começam a se manifestar no primeiro ano de vida da criança;
- O desenvolvimento da linguagem é adequada, embora em alguns indivíduos possa existir um atraso inicial moderado;
- O estilo de comunicação da criança tende a ser pedante, literal e estereotipado, a criança apresenta um distúrbio de comunicação não verbal;
- A criança tem um distúrbio grave de interação social recíproca com uma capacidade reduzida para expressão de empatia;
- Os padrões de comportamentos são repetitivos e existe uma resistência à mudança;
- O jogo da criança pode atingir o estágio simbólico, mas é repetitivo e pouco social;

- Observa-se um desenvolvimento intenso de interesse restrito;
- O desenvolvimento motor “grosso e fino” pode manifestar-se atrasado e existem dificuldades na área da coordenação motora;
- O diagnóstico de autismo não exclui o diagnóstico de S.A.

Mediante essas características descritas, observa-se, portanto, um desenvolvimento normal da fala com conteúdo anormal, tons monótonos e recorrências a assuntos preferidos se fazem presentes constantemente. Há pelo menos três aspectos nos padrões de comunicação: prosódia pobre, falta de ajustamento ao ambiente social e verbosidade.

No que diz respeito à linguagem, está pode ser marcada pela prosódia pobre, ainda que a inflexão e a entonação possam não ser tão rígidas e monotônicas como no autismo. Os padrões de entonação utilizados tem pouca relação no funcionamento comunicativo da declaração feita. A velocidade da fala geralmente é incomum (fala muito rápido) ou pode haver falta de fluência (fala entrecortada) e há modulação pobre do volume (a voz é muito alta mesmo estando próximo fisicamente do interlocutor). Existe uma falta de ajustamento ao ambiente social em questão, por exemplo, em uma biblioteca, em uma multidão barulhenta.

O segundo aspecto observado é uma fala tangencial e circunstancial, transmitindo um sentimento de frouxidão, associação e incoerência. A falta de contingência na fala é um resultado no estilo de conversação evidenciada, por exemplo, em monólogo egocêntrico sobre nomes, códigos e atributos de inúmeras estações de TV no país, etc., incapacidade de fornecer a origem dos comentários e de marcar claramente as mudanças de tópico.

Por fim, evidencia-se a notável verbosidade. A criança ou adulto pode falar incessantemente de um assunto favorito, geralmente sem qualquer relação com o fato de seu interlocutor estar interessado, envolvido ou tentar interpor um comentário ou alterar o tema da conversação. As tentativas do interlocutor de elaborar sobre questão de conteúdo ou de lógica ou de mudar a conversação para tópicos relacionados são frequentemente frustradas.

As pessoas com S.A. encontram-se socialmente isoladas, mas nem sempre ficam inibidas na presença dos demais. Por vezes, abordam as pessoas, mas de maneira inapropriada e excêntrica. Por exemplo, podem estabelecer com um interlocutor uma conversação e monólogo, caracterizado por uma linguagem

prolixa, pedante, sobre um assunto favorito geralmente não usual. Podem expressar interesse em fazer amizades, porém seus desejos são invariavelmente frustrados por suas abordagens desajeitadas e insensibilidade no que diz respeito aos sentimentos e intenções das outras pessoas e pelas formas de comunicação não literais e implícitas que elas emitem (sinais de tédio, etc.). Assim, a inter-relação e interação social com o outro, tanto pode ser enfrentada pela criança como pode ser fonte de descontentamento e piora progressiva do relacionamento com os outros.

Os comportamentos antissociais evidenciados e associados a supostas habilidades especiais dão a impressão de que a criança com S.A. é um “protótipo de professor”, excêntrico, comportamento esse que pode ser aceito pelos colegas ou ser entendido como uma atitude passível de repreensão, o que conduz a comportamentos de *bullying* e subsequente aumento da ansiedade pela criança.

As crianças com S.A. apresentam repetições de atividades e resistências à mudanças associadas ao apego a posses específicas e descontentamento quando afastados das mesmas. O prejuízo na coordenação motora se torna mais evidente em atividades provocativas, como jogos motores. Por fim, a falta de expressões faciais é recorrente, exceto em situações extremas.

Assim como no autismo, a síndrome de Asperger é mais frequente em homens que mulheres e sua causa também não é determinada.

EM BUSCA DE OUTRO LUGAR: OS DSMs

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM), da Associação Psiquiátrica Americana (APA), se propõe a oferecer uma base empírica para a prática clínica, pesquisa e ensino da psicopatologia, bem como servir de instrumento para a coleta e a comunicação de dados estatísticos referentes à saúde pública (APA, 2002).

Como referência internacional, é utilizado pelos sistemas de saúde pública, convênios médicos e centros de pesquisa psiquiátrica e farmacêutica (MAYES e HORWITZ, 2005). Sua evolução pode ser visualizada no quadro 2:

QUADRO 2: EVOLUÇÃO DOS DSMs

ANO	DSM	DEFINIÇÃO
1952	DSM-I	A Associação Americana de Psiquiatria publica a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais. Esse manual fornece uma nomenclatura e critérios padrão para o diagnóstico de transtorno mental. Nesta primeira edição, sintomas autísticos semelhantes eram classificados como um subgrupo da esquizofrenia infantil. Autismo não era considerado como um diagnóstico separado.
1968	DSM-II	É publicada a segunda edição do Manual Doenças Mentais, que refletia a predominância da psicodinâmica psiquiátrica. Sintomas não eram especificados com detalhes em determinadas desordens. Eram vistos como reflexos de grandes conflitos subjacentes ou reações de má adaptação aos problemas da vida, enraizados em uma distinção entre neurose e psicose.
1980 –	DSM-III	A definição de Rutter e a crescente produção de trabalhos sobre o autismo influenciaram a definição desta condição no DSM-III, quando o autismo, pela primeira vez foi reconhecido e colocado em uma nova classe de transtornos: os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento – TIDs. Esse termo foi escolhido para refletir o fato de que múltiplas áreas de funcionamento do cérebro eram afetadas no autismo e nas condições a ele relacionadas. – CID-10 – na época do DSM-III-R, o termo TID foi instaurado e utilizado também na décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10.
1994 –	DSM-IV	Novos critérios potenciais para o autismo, bem como as várias condições candidatas a serem incluídas na categoria TID, foram avaliados em um estudo internacional, multicêntrico, que incluiu mais de mil casos avaliados por mais de 100 avaliadores clínicos. Os sistemas de avaliação do DSM-IV e da CID-10 tornaram-se equivalentes para evitar uma possível confusão entre pesquisadores e clínicos, que trabalhavam em diferentes partes do mundo guiados por um ou por outro sistema nosológico. A definição dos critérios foi decidida com base em dados empíricos revelados em trabalhos de campo. A Síndrome de Asperger é adicionada ao DSM, ampliando o espectro do autismo, que passa a incluir casos mais leves, em que os indivíduos tendem a ser mais funcionais. O DSM-IV-TR foi acompanhado de textos atualizados sobre autismo, síndrome de Asperger e outros TIDs. Os critérios diagnósticos permaneceram os mesmos que os do DSM-IV.
2013 –	DSM-V	Com o lançamento da 5ª edição do DSM, os subtipos dos transtornos do espectro do autismo são eliminados. Os indivíduos são agora diagnosticados em um único espectro com diferentes níveis de gravidade. O DSM-V passa a abrigar todas as subcategorias da condição em um único diagnóstico guarda-chuva denominado Transtorno do Espectro Autista –

		TEA. A Síndrome de Asperger não é mais considerada uma condição separada e o diagnóstico para autismo passam a ser definido em duas categorias: alteração da comunicação social e presença de comportamentos repetitivos e estereotipados.
--	--	--

Fonte: Leitura de vários autores.

Os organizadores do DSM afirmam que durante a história da medicina se sentia a necessidade de uma classificação dos transtornos mentais. Havia muitas nomenclaturas, assentadas em critérios distintos: sobre a fenomenologia, sobre a etiologia ou sobre o curso do transtorno. Os idealizadores do DSM reconhecem que, nos Estados Unidos, o impulso inicial para a criação do DSM foi a necessidade de coletar informações estatísticas, pois,

[...] versões anteriores do DSM eram constituídas por instrumentos que não eram diagnósticos, mas instrumentos epidemiológicos. Isso permitia justamente trabalhar sobre dossiês, e inicialmente se tratava de encontrar causas da morte, da mortalidade. Se tentarmos entender a que tipo de paciente o primeiro DSM se endereça, é um paciente morto. (APA, 2002, p.22)

Até o surgimento do DSM, diversas tentativas de se normatizar uma classificação em âmbito nacional foram realizadas nos Estados Unidos da América do Norte. Um sistema classificatório surgiu em 1918, listando 22 classes de distúrbios, com o nome de Manual Estatístico para o Uso de Instituições de Insanos (DSM). Uma nova versão desse primeiro sistema classificatório apareceu em 1952: o DSM-I, que constituía uma variante da CID-6 (Classificação Internacional de Doenças, 1949), da Organização Mundial da Saúde (OMS), que pela primeira vez incluiu em suas descrições clínicas uma seção dedicada aos transtornos mentais. Para a APA (2002), o DSM-I foi o primeiro manual oficial de transtornos mentais a concentrar-se na utilidade clínica. O autismo aparece no DSM-I como um sintoma da “Reação Esquizofrênica, tipo infantil”, categoria na qual são classificadas as reações psicóticas em crianças com manifestações autísticas (APA, 1952). Portanto, na primeira edição do DSM o autismo não é apresentado como uma entidade nosográfica.

Em 1968, e considerando 182 classes de distúrbios, foi editado o DSM-II, o qual eliminou o termo “reação” (APA, 2002, p. 23). A classificação passa a ser “Esquizofrenia tipo infantil”, categoria equivalente a “Reação Esquizofrênica” do DSM-I. O comportamento autístico, uma das manifestações de esquizofrenia na

infância, permanece sendo um sintoma (APA, 2000). Termos psicanalíticos são utilizados ainda mais.

Antes do DSM-III (APA,1980), psiquiatria e psicanálise partilhavam o objetivo de compreender o problema fundamental da origem do sintoma. O intuito era então tratar o problema, e não o sintoma. As classificações diagnósticas das edições anteriores (DSM-I e II) adotavam as categorias psicanalíticas de neurose e psicose.

A publicação do DSM-III provocou uma mudança repentina na imagem da psiquiatria. Afastando-se da psicanálise, que não deixava de reconhecer a importância das considerações de ordem teórico-etiológica, a psiquiatria pôde justificar o seu sistema classificatório, ou seja, a focalização do sintoma nele mesmo, na medida em que a pura observação empírica das manifestações de comportamento (sua presença, constância e intensidade) passa a ser o critério utilizado no diagnóstico.

O DSM-III (APA,1980) foi publicado listando assim 265 categorias diagnósticas. Admitindo inconsistências e ausência de clareza de critérios nessa versão, a APA desenvolveu revisões e correções que culminaram em 1987 no DSM-III-R, no qual foi reinserido o termo neurose, retirado da terceira edição. O DSM-III-R continha 292 diagnósticos e o Manual ainda contava com a visão da psicanálise.É criada a classe diagnóstica “Transtornos Globais do Desenvolvimento – TGD” (Pervasive Developmental Disorders – PDD), na qual o “Autismo Infantil” figura como uma das subcategorias e autismo aparece pela primeira vez como entidade nosográfica.

Revista a terceira edição, o autismo passa a ser nomeado “Transtorno Autístico”. O diagnóstico de “Esquizofrenia tipo infantil” desaparece, sob a alegação de que é extremamente raro na infância. A partir de então, “o autismo se transforma num diagnóstico convencional na prática psiquiátrica, tornando-se mais comum ainda nos anos seguintes.” (GRINKER, 2010, p.120).

A terceira edição do Manual (APA,1980) e sua revisão (DSM-III-TR, 1987) trouxeram notáveis inovações. Critérios específicos de diagnóstico foram implementados como o sistema axial e o enfoque descritivo, “que tentava ser neutro em relação às teorias etiológicas” a partir de um “trabalho empírico” (APA, 2002, p. 23).

Na quarta edição do Manual (1994) e sua revisão o autismo se mantém

como referência para as novas classificações e os TGDs recebem outros subtipos: o “Transtorno de Rett”, o “Transtorno Desintegrativo da Infância” e o “Transtorno de Asperger” (APA, 2002).

O DSM-IV repete os princípios da edição anterior: descrição objetiva dos sintomas com exclusão da etiologia. A “popularização do autismo” é consequência, dentre outros fatores, do declínio da psicanálise e da absoluta recusa da ideia de que o transtorno poderia ser consequência das “maldades das mães”, ou “mães geladeiras” como difundido desde as pesquisas de Kanner (GRINKER, 2010). No ano de 2000 em edição revisada, o DSM-IV-R, passa a considerar 297 categorias de transtornos mentais.

O DSM 5 foi publicado em 18 de maio de 2013, sendo a mais recente edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana. As principais alterações nos capítulos podem ser visualizadas no quadro que se segue.

Capítulos do DSM-IV-TR	Capítulos do DSM-5
<ul style="list-style-type: none"> • Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência • Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos • Transtornos Mentais Causados por uma Condição Médica Geral Não Classificados Outro Local • Transtornos Relacionados a Substâncias • Esquizofrenias e Outros Transtornos Psicóticos • Transtornos do Humor • Transtornos de Ansiedade • Transtornos Somatoformes • Transtornos Factícios • Transtornos Dissociativos • Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero • Transtornos da Alimentação • Transtornos do Sono • Transtorno do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local • Transtorno da Adaptação • Transtorno da Personalidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Transtornos do Neurodesenvolvimento • Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos • Transtornos Bipolar e Outros Transtornos Relacionados • Transtornos Depressivos • Transtornos de Ansiedade • Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Outros Transtornos Relacionados • Traumas e Transtornos Relacionados ao Estresse • Transtornos Dissociativos • Sintomas Somáticos e Outros Transtornos Relacionados • Alimentação e Transtornos alimentares • Transtornos da Excreção • Transtornos do Sono-Vigília • Disfunções Sexuais • Disporia de Gênero • Transtornos Disruptivo, Controle dos Impulsos e Conduta • Transtornos Relacionados a Substâncias e Adição • Transtorno Neurocognitivos • Transtornos de Personalidade

<ul style="list-style-type: none"> • Outras Condições que Podem Ser Foco de Atenção Clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • Transtornos Parafínicos • Outros Transtornos Mentais • Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos • Outros Efeitos Adversos de Medicamentos • Outras Condições que Podem Ser Foco de Atenção Clínica
--	---

O DSM-5 introduz outras mudanças: a extinção dos TGDs e a criação de uma única categoria diagnóstica para os casos de autismo (“Transtorno do Espectro do Autismo”), independentemente de suas diversas formas de manifestação. Como o diagnóstico é efetuado exclusivamente com base no comportamento observável, o Manual radicaliza o alcance da noção de contínuo autista, adotando mais do que antes a ideia de “espectro”.

O autismo, de acordo com a APA (2013) se transforma num transtorno do neurodesenvolvimento, o que implica necessariamente a tomada de uma posição de ordem teórica, apesar do “ateorismo” apregoado na edição anterior, revelando-se então o forte compromisso dos organizadores do Manual “com os autores e teorias das chamadas neurociências” (LAIA, 2011, p. 12).

Passa a considerar aproximadamente 300 categorias. Como nas edições anteriores, o Manual permanecerá dispensando os fatores da individualidade em prol de uma massificação que considera apenas o sintoma mesmo assim sem nenhuma precisão, até porque a produção subjetiva do sujeito não é mensurável nem quantificável (CHACÓN, 2012). Os Transtornos Globais do Desenvolvimento, que incluíam o Autismo, Transtorno Desintegrativo da Infância e as Síndromes de Asperger e Rett foram absorvidos por um único diagnóstico, Transtornos do Espectro Autista.

O DSM- IV tinha três critérios principais para diagnóstico: Desafios de Linguagem; Déficits sociais; Comportamentos estereotipados ou repetitivos. O DSM-V apresenta os dois critérios para diagnóstico com gradações: um composto por um domínio relativo a déficit de comunicação social e interação social e; um segundo relativo a um padrão de comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos.

Assim, o que era uma tríade de sintomas, se transformou em uma díade de sintomas os quais devem estar presentes no início da infância, mas podem

não se manifestar completamente até que as demandas sociais excedam o limite de suas capacidades.

No que diz respeito aos déficits sociais e de comunicação, para receber o diagnóstico de TEA, uma pessoa deve ter os três seguintes déficits, dentro da comunicação e da comunicação social:

- ✓ Problemas de interação social ou emocional alternativo – Isso pode incluir a dificuldade de estabelecer conversas e interações, a incapacidade de iniciar uma interação e problemas com a atenção compartilhada ou partilha de emoções e interesses com os outros.
- ✓ Problemas para relações – Isso pode envolver uma completa falta de interesse em outras pessoas, a dificuldade de se engajar em atividades sociais apropriadas à idade e problemas de adaptação a diferentes expectativas sociais.
- ✓ Problemas de comunicação não verbal – o que pode incluir dificuldade no contato visual, postura, expressões faciais, tom de voz e gestos, bem como a dificuldade de entender esses sinais não verbais de outras pessoas.

Em relação ao segundo critério – comportamentos repetitivos e restritivos a pessoa deve apresentar pelo menos dois destes comportamentos dos comportamentos abaixo:

- ✓ Apego extremo a rotinas e padrões e resistência a mudanças nas rotinas, sinais ritualísticos.
- ✓ Fala ou movimentos repetitivos ou estereotipados.
- ✓ Interesses intensos e restritivos.
- ✓ Dificuldade em integrar informação sensorial ou forte procura ou evitar comportamentos de estímulos sensoriais, caracterizando problemas de transtornos sensoriais.

Para esses novos critérios foram incorporados níveis de gravidade. Sendo assim, o indivíduo com TEA, passa a ter três níveis classificatórios: leve, moderado e grave. Essas classificações dependem de como os critérios referentes aos “déficits sociais e de comunicação” e “comportamentos repetitivos e restritivos”, trabalham entre eles e impactam o indivíduo.

PARA NÃO CONCLUIR

Os sinais e sintomas categorizando o autismo mudaram constantemente até receberem a noção de “espectro autista”. Vimos que coube a Lorna Wing a disseminação e definição de autismo como um espectro, envolvendo uma gama de comportamentos determinados em vários graus e maneiras (KLIN, 2006). Apoiada na descrição da Síndrome de Asperger e em suas próprias pesquisas sublinhou que, dependendo da severidade e da variedade dos sintomas a criança pode receber o diagnóstico de autismo de alto funcionamento, com atraso severo no desenvolvimento, ou ainda se situar em qualquer outra faixa do espectro. Vemos surgir então a expressão Transtorno do Espectro Autista (TEA), que passou a ser usada como sinônimo da classe diagnóstica “Transtornos Globais do Desenvolvimento”.

De acordo com a literatura aqui estudada observa-se que desaparecendo do Manual as psicoses infantis e categorias como a Síndrome de Asperger e outras, o médico ou outro profissional será levado a utilizar o diagnóstico “Transtorno do Espectro do Autismo”, ou mais simplesmente, “espectro autista”. Contudo, há que se ter clareza de que o desaparecimento de categorias diagnósticas não faz desaparecer a patologia e o erro diagnóstico é a consequência mais imediatamente vislumbrada.

A adoção da nomenclatura do DSM traz, desde sempre, impactos sobre os pais, sobre as crianças e sobre as formas de atendimento. Um diagnóstico referenciado pelo DSM constitui-se numa nomeação que ao mesmo tempo nos convoca a um diálogo interdisciplinar, mas também traz consigo todas as significações que essa nomeação engendra.

Há que se considerar que geralmente essas classificações se organizam em torno de categorias dicotômicas e nesses sistemas, chamados de categoriais, uma pessoa ou “tem” ou “não tem” um transtorno qualquer. No entanto, as classificações também podem ser dimensionais. Nesse caso, uma pessoa pode apresentar um problema, uma disfunção ou um grupo de sintomas em “grau” maior ou menor.

Esse conceito, onde o indivíduo não é autista e sim um indivíduo que sofre as consequências desse transtorno, é um marco no desenvolvimento social e de tratamento às pessoas que têm o diagnóstico de TEA. Contudo, acreditamos que alguns riscos podem se fazer presentes, pois esse modo preferencial de lidar

com o diagnóstico permite ao médico reduzir o tempo de consulta, e ainda que a indicação de tratamento seja a mesma para todos os casos (tratamento medicamentoso e cognitivo-comportamental), por outro lado, pode levar também a um aumento do número de diagnósticos de autismo, na medida em que não há lugar para outras subcategorias como o Transtorno de Asperger, de Rett e Transtorno Desintegrativo da Infância.

Para não concluir, pois ainda há muito que ser estudo e elaborado sobre esta temática acreditamos que futuras pesquisas são extremamente necessárias, com temas que variem da inclusão de indivíduos com S.A. e autismo nos ambiente escolar, legislações, investigações neurobiológicas e possíveis métodos e abordagens de ensino específicas para a síndrome para assim melhor direcionarmos nosso olhar e práticas pedagógicas.

REFERÊNCIAS

APA, 1952. **Diagnostic and Statistical Manual – Mental Disorders. DSM-I.** Disponível em <http://dsm.psychiatryonline.org/data/PDFS/dsm-i-pdf>. Acesso em 11 out 2016.

APA, 1987. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.3ª ed. rev. DSM-III-R.** Disponível em <http://dsm.psychiatryonline.org/data/PDFS/dsm-iii-r.pdf>. Acesso em 22 nov. 16.

APA, 2002. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 4ª ed. Texto Revisado. DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed.

APA, 2013. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder.** Disponível em <http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/proposed-dsm5-organizational-structure-and-disorder-names.aspx>. Acesso em 15 nov 2016..

BRASIL; Governo Federal. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília: 1996.

BOSA, Cleonice . (2002). Autismo: atuais interpretações para antigas observações. In: C. R. Baptista & C. A. Bosa (Orgs.), **Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção** . Porto Alegre: Artmed

BRASIL, Governo Federal. **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>. Acesso em 23 nov. 2016.

CAVALCANTI, Ana Elizabeth; ROCHA, Paulina Schmidtbauer. (2001). **Autismo: construções e desconstruções.** São Paulo: Casa do Psicólogo.

CHACÓN, P. **DSM-5 e o universo psi: diagnósticos à medida do mercado?** Disponível em <http://kanzlermelo.wordpress.com/2012/04/02/clarin-com-dsm-5-e-o-universo-psi-diagnosticos-a-medida-do-mercado/>. Acesso em 12 ago. 2016

LAIA, S. **A Classificação dos Transtornos Mentais pelo DSM-V e a Orientação Lacaniana.** CliniCAPS, vol. 5, nº 15 (2011) – Artigos.

FERRARI, Pierre. **Autismo infantil: o que é como tratar.** São Paulo: Paulinas, 2007.

GASPAR, Maria de Lourdes Ribeiro. **Autismo: procurando vencer as barreiras impostas pelo isolamento.** Mensagem da APAE. Brasília, XXXV, n.º 83, p. 13, outubro, 1998.

GRINKER, R.R. **Autismo – Um mundo obscuro e conturbado.** São Paulo: Larousse do Brasil, 2010.

MAYES, R. e H ORWITZ, A.V. (2005) **DSM-III and the revolution in the classification of mental illness.** J. Hist. Behav. Sci., n. 41, v. 3, p. 249-67, 2005. Disponível em http://www.worldcat.org/title/dsm-iii-and-the-revolution-in-the-classification-of-mental-illness.oclc/110617347&referer=brief_results. Acesso em 14.03.16.

KLIN, A. **Autismo e Síndrome de Asperger: uma visão geral.** Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol.28 (supl I); pS3-S11, 2006

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10 : Classificação Internacional de Doenças.** São Paulo: EDUSP, 1994, 1ª ed.

ORRÚ, Silvia Ester. **Autismo, linguagem e educação: interação no cotidiano escolar.** Rio de Janeiro, Wak Ed, 2009.

PEREIRA, Márcia Cristina Lima. **Pais de alunos autistas: relatos de expectativas, experiências e concepções em inclusão escolar.** Brasília: UCB, 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Católica de Brasília, 2009.

WING, Lorna. **The Autistic Spectrum: a Parents guide to understanding and helping your child.** Berkley: Ulysses Press, 2001.