

MÓDULO 1 | AULA 1



FORMAÇÃO AVANÇADA
Terapia Comportamental
NO AUTISMO para terapeutas

Os critérios diagnósticos,
as principais características
do autismo e as últimas
mudanças em torno dos
manuais CID e DSM.



BREVE HISTÓRICO SOBRE O AUTISMO

Em sua revisão histórica sobre o Transtorno do Espectro Autista, Brito (2014) explica que a maior parte de relatos de autismo se inicia nos anos 40 do século XX com o trabalho do psiquiatra infantil Leo Kanner - que em 1943 publicou um estudo no qual descrevia um novo transtorno: o autismo infantil - e com o pediatra Hans Asperger descrevendo um transtorno semelhante que leva seu nome: Síndrome de Asperger. Até então, os indivíduos com autismo eram incluídos no conceito de psicose infantil, doença mental e retardo mental, ou os indivíduos eram vistos simplesmente como pessoas estranhas e peculiares.

Segundo Villa ET AL (2009), ao descrever o transtorno, Kanner o definiu pelas características de incapacidade de relacionamento pessoal, falha no uso da linguagem para fins de comunicação e interação social, resistência à mudança de rotinas, orientação para objetos em vez de pessoas, boas capacidades cognitivas, ausência de respostas ao ambiente, rígida adesão às rotinas, tumulto emocional quando os rituais eram perturbados, linguagem incomum e utilização de pronomes inapropriadamente. Ele caracterizava autistas em termos dos três aspectos: senso de solidão, preocupação excessiva em manter a rotina e início da condição nos dois primeiros anos de vida. Logo após a publicação de Kanner, Hans Asperger descreve uma síndrome semelhante, também caracterizada por limitações sociais e interesses obsessivos, porém com a diferença que estes indivíduos mostravam – se mais típicos em seu desenvolvimento da linguagem. Asperger apontou que a fala deste grupo de indivíduos era incomum e estereotipada e que os aspectos não verbais da comunicação eram estranhos envolvendo expressões faciais apáticas e gestos inapropriados.

Já para Brito (2014), dois outros grandes nomes na história inicial do autismo são Bruno Bettelheim e Bernard Rimland. Assim como Kanner, e talvez influenciado por sua história pessoal como prisioneiro de um campo de concentração nazista, Bettelheim associa as crianças com autismo como vítimas de trauma ambiental, mais especificamente negligência materna. Em sua opinião sintomas de autismo, sobretudo a apatia e retraimento social, são ocasionados devido ao distanciamento emocional de mães “frias”. Um dado importante a observar é que ambos Kanner e Bettelheim viviam uma época em que as perspectivas analíticas que dominavam o pensamento sobre doenças mentais salientaram a importância do ambiente social inicial sobre o desenvolvimento sócio-emocional de um indivíduo. A autora explica que esta postura dos dois estudiosos fora refutada por vários médicos e psicólogos, entre eles Bernard Rimland, que em 1964, citou pesquisas que apontavam que os padrões da maioria dos pais não se enquadravam na caracterização que Kanner e Bettelheim citavam: frios e distantes. Além disso, a maioria das crianças que tinham irmãos com autismo, não eram autistas e a proporção de meninos autistas para meninas autistas era de três ou quatro para cada caso. Havia comorbidade de autismo em gêmeos idênticos e os sintomas típicos de autismo estavam associados com uma disfunção cerebral orgânica.



Ainda segundo Brito (2014), em termos gerais as pesquisas na área do autismo foram profundamente influenciadas por movimentos sociais e ativismo político durante as décadas de 50, 60 e 70. A década de 60 foi um tempo de indignação moral nos Estados Unidos, quando práticas desumanas de tratamento em instituições foram destinadas ao tratamento de crianças com transtornos Mentais. Bengte Nirji em 1969 caracterizou assim instituições para mentalmente retardados como campos de concentração nazistas e introduziu o princípio de normalização na cultura americana, que significava oferecer as pessoas com deficiências condições de vida cotidiana tão próxima quanto possível das normas de padrões da sociedade em geral. Nos anos 70 direitos ao tratamento ativo, a educação, estabeleceram a luta de cidadãos e pela legislação para indivíduos com deficiências. Além desses eventos, a emergência da modificação comportamental, uma abordagem didática e terapêutica teve um impacto nos serviços oferecidos em instituições de tratamento. Inicialmente os programas de modificação de tratamento foram limitados aos indivíduos “difíceis” de tratar, como indivíduos com níveis mais graves e profundos de retardo mental. Porém devido ao sucesso deste tratamento, técnicas comportamentais foram empregadas no trabalho de populações clínicas, além do ensino de crianças autistas matriculadas na rede de escolas regulares.

Conforme a autora supracitada, o termo TEA veio para homogeneizar os dois transtornos estudados por Kanner e Asperger. A partir de então, autismo e síndrome de Asperger fazem parte do mesmo diagnóstico. Esta nomenclatura entrou em vigência no DSM-V (Manual dos Transtornos Mentais), lançado em maio de 2013. O Transtorno do Espectro Autista (TEA) engloba diferentes síndromes marcadas por perturbações do desenvolvimento neurológico com três características fundamentais, que podem manifestar-se em conjunto ou isoladamente. São elas: dificuldade de comunicação por deficiência no domínio da linguagem e no uso da imaginação para lidar com jogos simbólicos, dificuldade de socialização e padrão de comportamento restritivo e repetitivo.

Ainda sobre a temática, Paula Et. Al. (2011), explica que o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) engloba um conjunto muito heterogêneo de distúrbios da socialização, com início precoce e curso crônico, que possuem um impacto variável em áreas múltiplas e nucleares do desenvolvimento. De acordo com estudos dos autores, o autismo afeta uma em cada 370 crianças ou 0,3%, devendo existir aproximadamente 40 mil crianças e adolescentes com TEA apenas no Estado de São Paulo.

Por sua vez, Tamanah, Perissonoto e Chiari (2008) descrevem o espectro autístico como um quadro com impedimentos graves e crônicos na interação social, comunicação verbal e não verbal e interesses. Os autores enfatizam que o autismo se manifesta antes dos três anos de idade, permanecendo na idade adulta, mas suas manifestações podem ser atenuadas através de intervenções terapêuticas e psicoeducativas. Dados mais atuais contribuem para mudar a imagem comum do autismo, que até vinte anos atrás era considerado um distúrbio raro. Hoje ocupa páginas de revistas científicas, jornais e programas de TV. Saber o que é autismo não é somente necessidade dos pais e dos profissionais, a ajuda para pessoas autistas pode vir do maior conhecimento da população em relação às suas causas, características e estratégias de intervenção psicoeducacionais.

De acordo com a nova proposta publicada no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), fazem parte desse grupo o Transtorno Autista (TA), a Síndrome de Asperger (SA) e o Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (TGDSOE), antes descritos no DSM IV-R. Enquanto no DSM-IV-R (2002) os critérios diagnósticos incluíam prejuízos na interação social, comportamento e comunicação, na proposta atual são enfatizadas duas dessas características, ou seja, as desordens da interação e do comportamento. No que se refere ao comprometimento da interação, enfatizam-se os prejuízos persistentes na comunicação e na interação social em vários contextos, e no que tange ao comportamento, citam-se padrões repetitivos e restritos dos comportamentos, interesses ou atividades. Como mencionado acima, há referências à hipo ou hiper-reatividades a estímulos sensoriais ou a intenso interesse nos aspectos sensoriais do ambiente.

No DSM-5 (2013), a justificativa para não terem sido incluídos os prejuízos na comunicação oral seria a de que atrasos nessa área não estariam presentes em todos os casos. Porém, chama-se a atenção para a presença de comprometimentos na comunicação não verbal. O TEA pode se manifestar já nos primeiros meses de vida ou se apresentar após período inicial de desenvolvimento aparentemente normal seguido por regressão do desenvolvimento (autismo regressivo), o que ocorre em cerca de 30% dos casos diagnosticados.

Também apresentam dificuldades sociais para compartilhar interesses, iniciar ou manter interações sociais; possuem dificuldades em compreender expressões faciais de sentimentos e afetos. Comportamentos estereotipados são observados (como bater palmas ou flapping – movimentar os braços como que batendo asas), os interesses são limitados, e há dificuldade em mudar rotinas, dentre outras alterações.

Em sua obra, Cunha (2009) esclarece que o autismo não tem caráter progressivo, mas o desenvolvimento do quadro associado a fatores de idade e crescimento varia bastante. Alguns autistas apresentam um aumento nos problemas de comportamento principalmente ao entrar na adolescência e a maioria dos estudiosos acredita que ao atingir a idade adulta, o autista tende a apresentar melhora no quadro geral de comportamento e todos têm algum tipo de comprometimento da linguagem, o que é muito variável. Apesar da grande maioria dos estudos afirmarem que não há cura para o autismo, sabe-se hoje que algumas técnicas comportamentais e educacionais trazem benefícios, uns grandes números de casos apresentaram níveis de recuperação satisfatório, ressaltando mais uma vez a necessidade de um diagnóstico precoce e o papel da escola, que é fundamental para a sociabilidade dessas crianças.

É importante que haja um diagnóstico precoce, para isso é necessário que se tenha um trabalho em conjunto com diversas áreas, principalmente a saúde, educação, ou seja, é necessário que se reconheça e se atenha as características do autismo o mais cedo possível, mas o mais importante do que o diagnóstico precoce é a intervenção precoce. Sobre o assunto, Mello et al (2013, p. 83) explica que “a intervenção para pessoas com para pessoas com autismo, deve ser guiada por objetivos mensuráveis que permita avaliar os resultados.” Para o autor, o trabalho multidisciplinar no tratamento de pessoas com autismo envolve profissionais de diversas áreas como fonoaudiologia, psicologia,

fisioterapia, pedagogia, psiquiatria, terapia ocupacional e entre outros. Esse trabalho não é realizado às cegas, são determinados objetivos que uma vez selecionados são trabalhados e cada passo é definido, de modo descritivo, o que se espera do indivíduo dentro de cada área de desempenho.

Ainda segundo o autor, apesar de existirem leis que fundamentem a inclusão dessas pessoas ainda há muitas instituições que apenas inserem esses alunos não se preocupando com o seu desenvolvimento. Como o autismo é um espectro, ou seja, não existem dois autistas iguais, pois cada um possui a sua especificidade, cada uma precisa de condições individualizadas de ensino, com diferentes graus de adaptação e apoio.

Conforme um estudo de Oliveira (2016) estima-se que existem cerca de dois milhões de autistas no Brasil. O estudo sugere que esses milhões de brasileiros com TEA ainda não encontram tratamento adequado ou até mesmo nem recebem o diagnóstico específico

A Organização Mundial de Saúde acaba de lançar (18 de junho de 2018) a nova versão do Manual Internacional de Doenças (CID-11) e, pela primeira vez, o conceito de Transtorno do Espectro Autista (TEA) apareceu no manual.

Seguindo uma tendência atual, já que a Associação de Psiquiatria Americana passou a conceituar o diagnóstico de autismo como espectro desde 2013 (DSM-V), a OMS passou a enquadrar o Transtorno do Espectro Autista como um diagnóstico único, substituindo outras nomenclaturas como o atual F.84 Autismo Infantil, presente no CID-10. Até então, havia várias categorias usadas para pessoas dentro do espectro autista. Levando em consideração que o CID-10 é o manual oficial no Brasil, estas diferentes categorias representavam barreiras para o acesso a serviços de apoio e a oferta de suporte com base em subgrupos. Isto significava na prática que alguém com autismo de “alto funcionamento” poderia ver negado um necessário apoio na residência devido ao seu rótulo, ou alguém com autismo de “baixo funcionamento” pode ser considerado inapto para atividades de que é perfeitamente capaz.

Essencialmente, todas as pessoas nos grupos acima fazem parte do espectro autista e a generalização de grupos específicos dentro do espectro é contraproducente. A avaliação da personalidade e das necessidades de uma pessoa no espectro deve ser olhada de forma individual, em vez de basear-se em um rótulo como as subcategoria.

Agora, no CID-11, o TEA estará dentro dos distúrbios do neurodesenvolvimento, que são conceituados como:

“distúrbios comportamentais e cognitivos que surgem durante o período de desenvolvimento que envolvem dificuldades significativas na aquisição e execução de funções intelectuais, motoras ou sociais específicas. Embora déficits comportamentais e cognitivos estejam presentes em muitos transtornos mentais e comportamentais que podem surgir durante o período de desenvolvimento (por exemplo, esquizofrenia, transtorno bipolar), apenas os transtornos cujas características centrais são o neurodesenvolvimento estão incluídos nesse grupo. A etiologia presuntiva de distúrbios do neurodesenvolvimento é complexa e, em muitos casos individuais, é desconhecida.”

Por sua vez o “Transtorno do Espectro do Autismo” será conceituado como sendo:

” caracterizado por déficits persistentes na capacidade de iniciar e sustentar a interação social recíproca e a comunicação social, e por uma série de padrões de comportamento e interesses restritos, repetitivos e inflexíveis. O início do distúrbio ocorre durante o período de desenvolvimento, tipicamente na primeira infância, mas os sintomas podem não se manifestar totalmente até mais tarde, quando as demandas sociais excedem as capacidades limitadas. Os déficits são suficientemente severos para causar prejuízo nas áreas pessoais, familiares, sociais, educacionais, ocupacionais ou outras áreas importantes de funcionamento e são geralmente uma característica penetrante do funcionamento do indivíduo observável em todos os contextos, embora possam variar de acordo com aspectos sociais, educacionais ou outros. contexto. Indivíduos ao longo do espectro exibem uma gama completa de habilidades intelectuais e de linguagem.”

Outro transtorno que aparecerá pela primeira vez no manual é o Transtorno do déficit de Atenção e Hiperatividade, que até então era conceituado como Transtorno Hipercinético. Cabe agora, aguardar a versão em português!

Leia a nova versão em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

DIVISÃO DO ESPECTRO NO CID-11



6 A 02	Transtorno do Espectro do Autismo
6 A 02.0	Transtorno do espectro do autismo sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional
6 A 02.1	Transtorno do espectro do autismo com transtorno do desenvolvimento intelectual e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional
6 A 02.2	Transtorno do espectro do autismo sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com linguagem funcional prejudicada
6 A 02.3	Transtorno do espectro do autismo com transtorno do desenvolvimento intelectual e com linguagem funcional prejudicada
6 A 02.4	Transtorno do espectro do autismo sem desordem do desenvolvimento intelectual e com ausência de linguagem funcional
6 A 02.5	Transtorno do espectro do autismo com desordem do desenvolvimento intelectual e com ausência de linguagem funcional
6 A 02.Y	Outro transtorno do espectro do autismo especificado
6 A 02.Z	Transtorno do espectro do autismo, não especificado

DSM-V: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DOS TRANSTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA

A - Deficiências persistentes na comunicação e interação social:

1. Limitação na reciprocidade social e emocional;
2. Limitação nos comportamentos de comunicação não verbal utilizados para interação social;
3. Limitação em iniciar, manter e entender relacionamentos, variando de dificuldades com adaptação de comportamento para se ajustar as diversas situações sociais.



B - Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestadas pelo menos por dois dos seguintes aspectos observados ou pela história clínica:

1. Movimentos repetitivos e estereotipados no uso de objetos ou fala;
2. Insistência nas mesmas coisas, aderência inflexível às rotinas ou padrões ritualísticos de comportamentos verbais e não verbais;
3. Interesses restritos que são anormais na intensidade e foco;
4. Hiper ou hiporreativo a estímulos sensoriais do ambiente.

C - Os sintomas devem estar presentes nas primeiras etapas do desenvolvimento. Eles podem não estar totalmente manifestos até que a demanda social exceder suas capacidades ou podem ficar mascarados por algumas estratégias de aprendizado ao longo da vida

D - Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento atual do paciente.

E - Esses distúrbios não são melhores explicados por deficiência cognitiva ou atraso global do desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistic manual of mental disorders**. 5th ed. Revised. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV. Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: ARTMED, 4 a. ed., 2002.

ARAÚJO, Ana Paula Valentim de. [Inclusão de alunos com autismo na rede regular de ensino](#). **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 20, n.

[4463](http://jus.com.br/artigos/42693), [20 set. 2015](#). Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/42693>>. Acesso em: 3 dez. 2016.

AFONSO, Salete Regiane Monteiro; OLIVEIRA, Anna Augusta Sampaio de. **Inclusão Escolar de Crianças com Autismo: notas Preliminares sobre o Pensar do Professor**. Mimesis, Bauru, v. 33, n. 2, p. 245-256, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Decreto nº 6.571- Atendimento Educacional Especializado, 2008

BRITO, Anita. **TEA e inclusão escolar: Um sonho mais que possível**. São Paulo: Edição do autor, 2014.

CORRÊA, Maria Ângela Monteiro. **Educação Especial**. Rio de Janeiro: Fundação Cecierj, 2010.

CUNHA, Eugênio. **Autismo e Inclusão: Psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família**. Rio de Janeiro; Wak Editora, 2009, p 19-119.

FRANZOI, M.A. H; SANTOS, J.L. G; BACKES, V.M. S; RAMOS, F.R.S. **Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do espectro do autismo em um centro de atenção psicossocial**. Texto contexto-enferm. vol.25no.1Florianópolis2016 EpubMar22, 2016

FOMBONNE E. **Epidemiology of pervasive developmental disorders**. *Pediatr Res*. 65(6): p.591–598, 2009

GIADERNETTO, Andréa Rizzo dos Santos Boettger. G435e **Educação do aluno com autismo: um estudo circunstanciado da experiência escolar inclusiva e as contribuições do currículo funcional natural** / Andréa Rizzo dos Santos Boettger Giardinetto – Marília, 2009.

LAKATOS, MARCONI, Marina de Andrade. , Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**, São Paulo, Atlas, 2010.

LEBLANC, J. M. **El Currículum Funcional en la educación de la persona con retardo mental**. Trabalho apresentado na ASPANDEM, Mallagra, España, 1992.



MACHADO, Ana Maria Netto; BIANCHETTI, Lucídio. **(Des) fetichização do produtivismo acadêmico: desafios para o trabalhador-pesquisador.** Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 51, n. 3, maio/jun., 2011.

MANJÓN, **Parâmetros curriculares nacionais: Adaptações Curriculares /** Secretaria de Educação Fundamental. Secretaria de Educação Especial. – Brasília: MEC, 1998

MIRANDA, Arlete Aparecida Bertoldo: **História, Deficiência e Educação Especial, Reflexões desenvolvidas na tese de doutorado: A Prática Pedagógica do Professor de Alunos com Deficiência Mental,** Unimep, 2003.

PAULA CS, RIBEIRO SH, FOMBONNE E, MERCADANTE MT. Brief report: **Prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: A pilot study.** J Autism Dev Disord. 41(12): p. 1738–42, 2011.

PRAÇA, Élide Tamara Prata de Oliveira. **Uma reflexão acerca da inclusão de aluno autista no Ensino Regular.** UFJF, Juiz de Fora, p. 1-140, abr. 2011. <http://www.ufjf.br/mestradoedumat/files/2011/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-E-lida.pdf> Acesso em: 24 de novembro de 2016.

SANTOS, Jose Ivanildo F. dos. **Educação Especial: Inclusão escolar da criança autista.** São Paulo, All Print, 2011.

SENNA, L. A. G. **A heterogeneidade de fatores envolvidos na aprendizagem: uma visão multidisciplinar.** Artigo, 2003.

SILVA, M. O. E. (2009). **Da Exclusão à Inclusão: Concepções e Práticas.** Revista Lusófona de Educação, 13, 135-153.

SUPLINO, Maryse. **Currículo Funcional Natural- Guia prático na área de educação de pessoas com autismo e deficiência intelectual.** Rio de Janeiro: Diferenças Editora, 2009.

TAMANAHA, A.C.; PERISSINOTO, J; CHIARI, B.M. **Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger.** Rev. soc. bras. fonoaudiologia. vol.13no.3São



FORMAÇÃO AVANÇADA
Terapia Comportamental
NO AUTISMO para terapeutas

Paulo2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342008000300015>. Acesso: 2 de novembro de 2016

VILA, Carlos; DIOGO, Sandra; SEQUEIRA, Sara. **Autismo e Síndrome de Asperger**.2009.Disponível em: <
<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0140.pdf>> Acesso em: 07 de novembro de 2016.

TCHUMAN, Roberto, RAPIN, Isabelle. **Autismo abordagem neurobiológica**. Porto Alegre Editora Artmed, 2009.