



**UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – UNIPAC
FACULDADE REGIONAL DE CIÊNCIAS EXATAS E SOCIAIS DE
BARBACENA – FACEC
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**DANIELE CHRISTINA DA SILVA
JULIANA CARDOSO ALIANI**

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: A DEFINIÇÃO
HISTÓRICO-EVOLUTIVA E A DIREÇÃO DO TRATAMENTO NA
ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA**

**BARBACENA
2015**

**DANIELE CHRISTINA DA SILVA
JULIANA CARDOSO ALIANI**

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: A DEFINIÇÃO
HISTÓRICO-EVOLUTIVA E A DIREÇÃO DO TRATAMENTO NA
ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Psicologia da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Esp. Karina Aparecida Coelho Otoni.

**BARBACENA
2015**

**DANIELE CHRISTINA DA SILVA
JULIANA CARDOSO ALIANI**

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: A DEFINIÇÃO HISTÓRICO-
EVOLUTIVA E A DIREÇÃO DO TRATAMENTO NA ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO APLICADA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Psicologia da Universidade Presidente
Antônio Carlos – UNIPAC, como
requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Orientadora Esp. Karina Aparecida Coelho Otoni
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Prof.^a Me. Kellen Carvalho
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Esp. Viviane Elen Silva Ferreira
APAE – Dores de Campos

Dedicatória

“Dedicamos à Deus, nosso guia e protetor, que nos iluminou em todo momento dessa jornada. Aos nossos pais, que têm sido o nosso porto seguro e aos nossos compreensivos companheiros”

Daniele e Juliana.

“Somos diferentes, mas não queremos ser transformados em desiguais. As nossas vidas só precisam ser acrescidas de recursos especiais.”

“Vozes da Consciência”, BH.

Resumo

O presente trabalho apresenta o autismo sob uma perspectiva histórico-evolutiva desde as primeiras menções do termo autismo até sua elevação à uma nova categoria de transtorno conhecida como Transtorno do Espectro Autista (TEA). Além disso, apresenta, também, os critérios diagnósticos e diagnóstico diferencial bem como sua etiologia, incidência e prevalência de acordo com a mais nova versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-V. Ao final, o trabalho traz as implicações do autismo, mais especificamente acerca da educação e das direções possíveis a serem dadas ao tratamento de indivíduos autistas, privilegiando as questões familiares e sociais envolvidas nesse processo.

Palavras-Chave: autismo; Transtorno do Espectro Autista; TEA; DSM-V; educação; tratamento, questões familiares e sociais.

Abstract

This work presents autism under a historical and evolutionary perspective which includes from the first mention of the term autism until his elevation to a new disorder category called Autistic Spectrum Disorder (ASD). Besides, it also presents diagnostic criteria and differential diagnosis and etiology, incidence and prevalence according to the newest version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V. Finally, this work brings the implications of autism, specifically about education and possible directions to be given to the treatment of autistic individuals, focusing on family and social issues involved in this process.

Key-words: autism; Autism Spectrum Disorder; ASD; DSM-V; education; treatment, family and social issues.

Abreviaturas e siglas

ABA – Análise do Comportamento Aplicada

AMA – Associação de Amigos do Autista

APA – Associação Americana de Psiquiatria

CID – Classificação Internacional de Doenças

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

TEA – Transtorno do Espectro Autista

TGD – Transtornos Globais do Desenvolvimento

TID – Transtornos Invasivos do Desenvolvimento

SUMÁRIO

1	Introdução	9
2	Compreendendo o autismo: histórico, definição e evolução	11
2.1	Autismo: um breve histórico	11
2.2	Autismo: definição e evolução do conceito.....	12
3	O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA)	17
3.1	Uma nova categoria de transtorno: características e critérios diagnósticos	17
3.1.1	Características Diagnósticas	18
3.1.2	Critérios diagnósticos para TEA segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V).....	21
3.1.3	Diagnóstico diferencial	22
3.2	Etiologia, incidência e prevalência.....	23
4	Famílias com membros autistas: do diagnóstico ao tratamento	26
4.1	O impacto do diagnóstico de TEA em famílias com membros autistas.....	26
4.2	Tratamento, direções e possibilidades: a Análise do Comportamento Aplicada (ABA).....	28
4.2.1	A Análise do Comportamento Aplicada	28
5	Considerações Finais	31
6	Referências bibliográficas	32

1 Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem se tornado objeto de estudos e pesquisas de diversos profissionais da psicologia, sobretudo, na área referente à educação especial e psicopedagogia. Atualmente, as diretrizes que determinam as características, etiologia, e diagnóstico do TEA são estabelecidas pela 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-V, elaborada pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Muitas mudanças e descobertas foram necessárias para que o autismo se configurasse assim como é caracterizado hoje pelo DSM-V: na mais recente edição, os transtornos globais do desenvolvimento foram absorvidos por um único diagnóstico e passaram a ser classificados como Transtorno do Espectro Autista, incluso na categoria dos Transtornos do Neurodesenvolvimento, fato mais relevante dentre as mudanças apresentadas desta em relação à 4ª edição do manual. No que diz respeito à caracterização do transtorno, a atual versão apresenta cinco critérios diagnósticos principais divididos em duas áreas de comprometimento centrais: a comunicação social e os déficits e comportamentos fixos ou repetitivos e, sob a proposta de lançar um olhar longitudinal e mais amplo sob os transtornos mentais, essa versão propõe, ainda, um olhar mais abrangente de modo que o diagnóstico do autismo deve demandar uma avaliação clínica minuciosa o que implica que aspectos específicos, os quais serão expostos posteriormente, devem ser levados em consideração ao diagnosticar o TEA. Além disso, para o diagnóstico e tratamento, é imprescindível o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar de forma que os profissionais tenham a oportunidade de analisar de forma conjunta os casos para traçar o perfil médico, cognitivo e adaptativo da criança e não somente o diagnóstico, oferecendo assim, informações mais detalhadas acerca do indivíduo autista.

Esse crescente número de estudos e pesquisas acerca do autismo além dos avanços conquistados com essa nova edição do DSM, o TEA ganhou ainda maiores proporções com a instituição, pela Organização das Nações Unidas – ONU, do dia 2 de abril como sendo “o Dia Mundial da Conscientização do Autismo”. Esse fato possibilitou o despertar do interesse da sociedade em relação ao tema do autismo, o que pode ser considerado um grande avanço. De uma forma ampla, muito se debate acerca do TEA e suas implicações, sobretudo acerca das direções possíveis a serem dadas ao tratamento de indivíduos autistas, inclusive em relação às questões familiares e sociais envolvidas nesse processo. Apesar da existência de diversas abordagens, tanto práticas

quanto teóricas, é de fundamental importância reconhecer a pertinência e relevância de todas, visto que agregam características, informações e conteúdo para o melhor entendimento acerca de um quadro tão complexo e multideterminado quanto o TEA. Contudo, para fins desse estudo, interessa a perspectiva apresentada pela análise do comportamento frente a essa questão.

2 Compreendendo o autismo: histórico, definição e evolução

2.1 Autismo: um breve histórico

O termo autismo teve origem na palavra grega “autós” que significa “de si mesmo” e foi difundido, à princípio, pela literatura psiquiátrica. Embora a maioria dos autores aponte o psiquiatra austríaco Leo Kanner como o precursor na utilização desse termo, para Da Silva *et al* (2012, p. 579), foi o psiquiatra Plouller, no início do século vinte, quem “introduziu o adjetivo autista na literatura psiquiátrica, ao estudar pacientes que tinham diagnóstico de demência precoce”. Segundo Gadia *et al* (2004, p. 83), apesar de ter sido introduzido por Plouller, o uso deste termo só foi difundido pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler, no ano de 1911 e utilizado para significar “a perda do contacto com a realidade” (GADIA *et al* 2004, p. 83). Contudo, segundo Goldberg (2005), mesmo antes de Plouller e Bleuler, existiram registros de “descrições de casos isolados do que hoje se reconhece como autismo” (GADIA *et al* 2004, p. 83), porém sem o uso do vocábulo, mas com a descrição da condição semelhante ao que viria a ser conhecido, posteriormente, como autismo. Foi somente mais tarde, por volta de 1943, que surgiu “o primeiro trabalho científico publicado e reconhecido internacionalmente, descrevendo um conjunto de sintomas sob o nome de ‘Distúrbio Autístico do Contato Afetivo’” (GOLDBERG, 2005). Publicado por Kanner, esse artigo utilizou o termo autismo, já empregado anteriormente por Plouller e Bleuler, para descrever o comportamento de algumas crianças, mais precisamente onze¹, que apresentavam certas características comuns, sendo a mais evidente a incapacidade desenvolver relacionamento interpessoal. Além dessa, outras características como “extremo isolamento, atraso no desenvolvimento da linguagem e uso não comunicativo desta, repetições de simples padrões de atividade de brinquedo e presença de habilidades isoladas” (GOLDBERG, 2005) também estavam presentes nesse grupo de crianças. Apesar disso, Kanner (*apud* GADIA *et al*, 2004) “reconheceu também que existiam diferenças individuais nos casos descritos” (p. 83) ainda que o isolamento e a repetição, mesmo que de formas distintas, fossem os traços mais apresentados (GADIA *et al*, 2004). Diante de tal observação, Kanner (*apud* GADIA *et al*, 2004, p. 83) definiu o termo autismo, pela primeira vez, como uma “inabilidade inata para estabelecer

¹ 1. Caso Donald - 5 anos. 2. Caso Frederick - 6 anos. 3. Caso Richard - 3 anos. 4. Caso Paul - 5 anos. 5. Caso Barbara - 8 anos. 6. Caso Virginia. 7. Caso Herbert - 3 anos. 8. Caso Alfred - 3 anos. 9. Caso Charles - 4 anos. 10. Caso John - 2 anos. 11. Caso Elaine - 7 anos.

contacto afetivo e interpessoal” (GADIA *et al*, 2004, p. 83). Posteriormente, em 1944, o psiquiatra e pediatra austríaco Hans Asperger, à exemplo de Kanner, descreveu em seu artigo “Psicopatologia Autística da Infância”, o comportamento de crianças muito semelhantes, sobretudo na principal característica de inabilidade de estabelecer relacionamento interpessoal, às descritas anteriormente no artigo de Kanner, e que se encaixavam no conceito de autismo apresentado por ele. Desse modo, “atribui-se tanto a Kanner como a Asperger a identificação do autismo” (MELLO, 2007, p.16) e “ambos os trabalhos tiveram impacto na literatura mundial” (TAMANAHA *et al* 2008, p. 296). Entretanto, a abordagem etiológica de Kanner foi mais difundida, e seus “referenciais para a hipótese etiológica foram, de certo modo, precursores de duas abordagens teóricas distintas para o estudo do Autismo Infantil, ainda hoje motivo de controvérsias” (TAMANAHA *et al* 2008, p. 297): a teoria afetiva, que considera o autismo “mais um sintoma do quadro clínico de Psicose Infantil e menos uma entidade nosológica em si” (*Ibid.*, p. 297), ideia amplamente preconizada e difundida na literatura psicanalítica e as teorias neurofisiológicas e cognitivas que “buscam uma etiologia orgânica para o quadro e o caracterizam, prioritariamente, por falhas cognitivas e sociais” (TAMANAHA *et al* 2008, p. 297). Diante disso, a questão da definição do autismo, bem como sua etiologia, passou a ser discutida sob os diferentes pontos de vista teóricos.

2.2 Autismo: definição e evolução do conceito

O termo autismo, desde que definido pela primeira vez por Kanner, passou por algumas evoluções e apresentou algumas modificações tendo em vista o crescente número de descobertas e avanços acerca desse assunto (DA SILVA *et al*, 2012). Apesar de algumas diferenças existentes entre as diversas abordagens e comunidades científicas, é consenso entre elas que “o autismo não é uma doença única, mas sim um distúrbio de desenvolvimento complexo, definido de um ponto de vista comportamental, com etiologias múltiplas e graus variados de severidade” (GADIA *et al*, 2004, p. 83) e que se caracteriza, sobretudo, por déficit nas capacidades de comunicação e interação sociais bem como comportamentos repetitivos e interesses limitados. Além disso, pesquisas científicas “identificaram diferentes etiologias, graus de severidade e características específicas ou não usuais” (DA SILVA *et al*, 2012, p. 580), fazendo com que o autismo deixasse de ser “considerado um quadro único,

passando a ser visto como uma síndrome²” (DA SILVA *et al*, 2012,, p. 580). Desse modo e, tendo em vista a necessidade da existência de um conjunto de sintomas para que seja diagnosticado o autismo, sintomas esses que serão expostos com mais clareza posteriormente, “a tendência nas definições atuais de autismo é a de conceituá-lo como uma síndrome comportamental, de etiologias múltiplas, que compromete o processo do desenvolvimento infantil” (DA SILVA *et al*, 2012, p. 580). Diante de tal variabilidade, tanto no grau de habilidades sociais, quanto nos graus de severidade, comunicação e padrões de comportamento, “tornou mais apropriado o uso do termo transtornos invasivos do desenvolvimento” (GADIA *et al*, 2004, p. 83) (TID) ou ”transtornos globais do desenvolvimento³ (TGD)” (CALAZANS & MARINHO, 2007, p. 148).

Como supracitado, desde que utilizado pela primeira vez, o conceito de autismo foi modificando-se com base em pesquisas científicas e, até os dias atuais, apresentou diferentes definições. Para entender melhor a questão acerca do autismo, é de extrema importância conhecer algumas dessas definições.

Segundo Mello (2007), o autismo pode ser definido como “um distúrbio do desenvolvimento que se caracteriza por alterações presentes desde idade muito precoce, tipicamente antes dos três anos de idade, com impacto múltiplo e variável em áreas nobres do desenvolvimento humano como as áreas de comunicação, interação social, aprendizado e capacidade de adaptação” (p. 17). Para Wing (1997 *apud* GOLDBERG, 2005), o autismo é caracterizado pelo “comprometimento nas principais áreas do desenvolvimento – a tríade de transtornos da interação social - as quais podem ser sumarizadas da seguinte forma: a) transtornos no reconhecimento social, b) na comunicação social e c) na imaginação e compreensão social”, definição essa muito semelhante à adotada oficialmente pela AMA – Associação de Amigos do Autista⁴ que, segundo Mello (2007, p. 20-21) concebe o autismo, para efeito de intervenção, como:

distúrbio do comportamento que consiste em uma tríade de dificuldades:

² Síndrome – s. f. (gr. Syndrome) Conjunto dos sintomas que caracterizam uma doença (*)
Doença – s. f. (lat. Dolentia, dor). Alteração da saúde que comporta um conjunto de caracteres definidos como causa, sinais, sintomas e evolução; mal, moléstia, enfermidade.
Fonte: Dicionário da Língua Portuguesa – Larousse Cultural

³ Termo utilizado pelo DSM - O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

⁴ A Associação de Amigos do Autista ou AMA é a primeira associação de no Brasil e tem como objetivo proporcionar aos autistas uma vida digna: ter saúde, trabalho, lazer e integração à sociedade, tendo conquistado o reconhecimento como instituição de utilidade pública (Utilidades Públicas: Municipal - Decreto n°. 23.103 - 20/11/86, Estadual - Decreto n°. 26.189 - 06/11/86 e Federal - D.O.U.24/06/91).Fonte: <http://www.ama.org.br/site/>

1. Dificuldade de comunicação - caracterizada pela dificuldade em utilizar com sentido todos os aspectos da comunicação verbal e não verbal. Isto inclui gestos, expressões faciais, linguagem corporal, ritmo e modulação na linguagem verbal
2. Dificuldade de sociabilização - este é o ponto crucial no autismo, e o mais fácil de gerar falsas interpretações. Significa a dificuldade em relacionar-se com os outros, a incapacidade de compartilhar sentimentos, gostos e emoções e a dificuldade na discriminação entre diferentes pessoas.
3. Dificuldade no uso da imaginação - se caracteriza por rigidez e inflexibilidade e se estende às várias áreas do pensamento, linguagem e comportamento da criança. Isto pode ser exemplificado por comportamentos obsessivos e ritualísticos, compreensão literal da linguagem, falta de aceitação das mudanças e dificuldades em processos criativos (MELLO, 2007, p. 20-21).

De uma forma muito semelhante, Rutter (1997, *apud* GOLDBERG, 2005), define o autismo como sendo:

Uma síndrome, envolvendo uma série de características especiais, tanto no desenvolvimento social como na linguagem, que pode ou não corresponder ao nível de inteligência da criança. O autor considera que seriam quatro os traços principais presentes na maioria das crianças autistas: 1) falta de interesse social; 2) incapacidade de elaboração de uma linguagem responsiva, padrões peculiares de emissão, ou, até mesmo, ausência de palavras; 3) presença de comportamento motor bizarro, com padrões de brinquedo ritualísticos bastante limitados e comportamento compulsivo complexo; 4) início precoce, anterior à idade de trinta meses. O autor ressalta que é comum existirem muitos outros traços específicos que, no entanto, não aparecem em todos os casos, chamando a atenção, portanto, para as diferenças individuais. (RUTTER, 1997, *apud* GOLDBERG, 2005, s/n)

Apesar de apresentar vários conceitos referentes às diversas abordagens e, tomando como ponto de partida as definições apresentadas até o presente momento, é possível perceber o quão complexa se apresenta a questão do autismo. É preciso levar em consideração o fato de que foram necessários tempo, avanços e descobertas para que o autismo fosse reconhecido nosologicamente (TAMANAHHA *et al*, 2008). Apesar de o termo autismo ter sido utilizado pela primeira vez no início do século vinte, foi somente cerca de meio século depois, com a criação da primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais⁵ (DSM) em 1952 (que se apresentou como variante da sexta versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde ou simplesmente Classificação Internacional de Doenças⁶ (CID) da Organização Mundial da Saúde⁷ (OMS)), elaborada pela Associação

⁵ Do inglês Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

⁶ Do inglês International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

⁷ Do inglês World Health Organization (WHO)

Americana de Psiquiatria⁸ (APA), que o autismo foi citado como transtorno. (MELLO, 2007) Contudo, os sintomas autísticos relacionados eram classificados em um subgrupo referente à esquizofrenia infantil de modo que o autismo não era considerado como uma categoria nosológica separada (CAMARGOS *et al*, 2005). Somente algum tempo depois, com a publicação do DSM-III-R (APA, 1980), que o autismo foi, pela primeira vez, reconhecido como uma nova classe de transtornos: os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (CAMARGOS *et al*, 2005) afastando-se um pouco da definição apresentada pela nona versão do CID existente na época. Segundo Camargos *et al*

Ambos tinham definições e critérios diagnósticos similares, mas diferenças na conceituação: enquanto a CID-9 (OMS, 1984) conceituava o autismo como um subtipo das psicoses com origem específica na infância, evoluindo para esquizofrenia, o DSM-III-R (APA, 1980) o considerava um tipo de distúrbio global do desenvolvimento, apresentando psicopatologia severa com distúrbios evolutivos precoces, caracterizados por atrasos e distorções no desenvolvimento de habilidades sociais, cognitivas e de comunicação (CAMARGOS *et al*, 2005, p. 11)

Segundo CAMARGOS (2005), com a décima edição da Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1993) e conseguinte publicação do DSM-IV (APA, 1995), algumas mudanças foram feitas na definição do autismo. Desse modo, “o autismo, na CID-10 (OMS, 1993), passou a ser considerado um distúrbio do desenvolvimento” (CAMARGOS *et al*, 2005, p. 12) sendo, assim, caracterizado

por anormalidades qualitativas em interações sociais recíprocas e em padrões de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Essas anormalidades qualitativas são um aspecto invasivo do funcionamento do indivíduo em todas as situações, embora possam variar em grau. Na maioria dos casos, o desenvolvimento é anormal desde a infância e, com apenas poucas exceções, as condições se manifestam, nos primeiros 5 anos de vida. É usual, mas não invariável, haver algum grau de comprometimento cognitivo, mas os transtornos são definidos em termos de comportamento que é desviado em relação à idade mental (seja o indivíduo retardado ou não). Há algum desacordo quanto à subdivisão desse grupo global de transtornos invasivos do desenvolvimento (OMS, 1993, p. 246-247).

De acordo com Tamanaha (2008), foi a partir do aumento das pesquisas voltadas ao estudo do autismo e do crescente interesse no conhecimento acerca desse tema que os DSMs IV e IV-TR trouxeram novos critérios diagnósticos para o autismo, bem como uma série de condições, que serão vistas de forma mais detalhada no próximo capítulo, a serem inclusas na categoria. Diante dessa visão, “o autismo passou a ser enquadrado

⁸ Do inglês American Psychological Association

no grupo dos Distúrbios Globais do Desenvolvimento (CID-10 e DSM IV-R) considerando-se como seu ponto básico uma constelação deficitária a nível cognitivo, linguístico e motivacional” (GOLDBERG, 2005). Atualmente, com a publicação do DSM-V (APA, 2013), “os Transtornos Globais do Desenvolvimento, que incluíam o Autismo, Transtorno Desintegrativo da Infância e as Síndromes de Asperger e Rett” (ARAÚJO *et al*, 2014, p. 70) foram absorvidos por um único diagnóstico (à exceção da Síndrome de Rett, que se tornou uma categoria nosológica própria deixando de fazer parte dos TEA). Segundo o DSM-V (APA, 2013), “o transtorno do espectro autista engloba transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger” (p. 53). Em outras palavras, o autismo passou a não ser mais subdividido em categorias, mas classificado como Transtorno do Espectro Autista (TEA), com diferentes níveis de gravidade. “A mudança refletiu a visão científica de que aqueles transtornos são na verdade uma mesma condição com gradações em dois grupos de sintomas: Déficit na comunicação e interação social; padrão de comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos” (ARAÚJO *et al*, 2014, p. 70). Ainda de acordo com o mesmo autor, “apesar da crítica de alguns clínicos que argumentam que existem diferenças significativas entre os transtornos, a APA entendeu que não há vantagens diagnósticas ou terapêuticas na divisão e observa que a dificuldade em subclassificar o transtorno poderia confundir o clínico dificultando um diagnóstico apropriado” (*Ibid.*, p. 72).

3 O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA)

3.1 Uma nova categoria de transtorno: características e critérios diagnósticos

De acordo com Marinho (2009) e, como citado no capítulo anterior, os sintomas autísticos foram, durante muito tempo, classificados em um subgrupo referente à psicose infantil, não sendo considerados, portanto, como uma categoria nosológica separada. Até os avanços das descobertas feitas por Kanner e, mesmo algum tempo depois, o conceito de autismo difundido nos meios psiquiátricos era aquele atribuído à Bleuler no qual a noção de autismo em muito se assemelhava e, até mesmo se confundia, com a de esquizofrenia. De acordo com o mesmo autor, Kanner, fundamentado em suas observações e estudos, deu ao autismo uma nova compreensão na qual este formava um quadro clínico totalmente à parte e diferenciado das síndromes psiquiátricas até então existentes e que em nada se relacionava com os transtornos esquizofrênicos. Na realidade, a ideia difundida por Kanner priorizava a noção de inaptidão para estabelecer relações sociais e enfatizava a questão do isolamento como característica primordial, afastando, assim, o conceito de autismo daquele ligado à psicose. De acordo com Rutter (*apud* MARINHO *et al*, 2009),

segundo o conceito de Bleuler, o autismo nos esquizofrênicos se refere a um retraimento ativo de imaginário. Na realidade sugere, primeiramente, ‘um retraimento’ fora das relações sociais enquanto Kanner descreve uma incapacidade de desenvolver o relacionamento social; em segundo lugar, ele implica uma vida imaginária rica, enquanto que as observações de Kanner sugerem uma falta de imaginação; em terceiro lugar, ele postula uma ligação com a esquizofrenia dos adultos. (RUTTER, 1979 *apud* MARINHO *et al*, 2009, p. 6086-6087)

Ainda segundo Marinho (2009), embora, a partir da descoberta de Kanner, o autismo tenha deixado de ser considerado derivado do quadro clínico de psicose infantil, o mesmo só foi classificado como uma categoria nosológica à parte a partir da terceira edição do DSM, quando o manual abandonou a perspectiva psicanalítica. Desde então, o autismo foi reconhecido como uma nova categoria de transtorno: os transtornos globais do desenvolvimento, os quais abrangiam uma série de subdivisões. Essas subdivisões foram mantidas até a quarta versão do manual, o DSM-IV visto que, com a publicação da versão mais recente, os transtornos foram englobados em um único diagnóstico, o de Transtorno do Espectro Autista, que, como tal, deve satisfazer a definição de transtorno mental apresentada pelo manual:

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p.20).

Desse modo o DSM-V, aliado ao CID-10, estabelece os atuais critérios utilizados para diagnosticar o transtorno autista. De acordo com Rocha *et al* (2013), trata-se de instrumentos oficiais elaborados pela APA e OMS respectivamente e que avaliam as áreas de desenvolvimento que se apresentam comprometidas no quadro de autismo: capacidade de interação e comunicação sociais e padrões estereotipados, além de definir os critérios diagnósticos para o autismo.

3.1.1 Características Diagnósticas

Segundo Silva e Mulick (2009) “o diagnóstico de autismo é estabelecido com base em uma lista de critérios comportamentais” (p.118). Como citado anteriormente, os atuais critérios utilizados para o diagnóstico do transtorno autista são definidos pela mais recente versão do DSM na qual, como supracitado, os transtornos globais do desenvolvimento foram absorvidos por um único diagnóstico e passaram a ser classificados como Transtorno do Espectro Autista (TEA). Atualmente, segundo a classificação do DSM, o TEA encontra-se incluso na categoria dos Transtornos do Neurodesenvolvimento, caracterizados como

um grupo de condições com início no período do desenvolvimento. Os transtornos tipicamente se manifestam cedo no desenvolvimento, em geral antes de a criança ingressar na escola, sendo caracterizados por déficits no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Os déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência. É frequente a ocorrência de mais de um transtorno do neurodesenvolvimento; por exemplo, o transtorno do espectro autista somente é diagnosticado quando os déficits característicos de comunicação social são acompanhados por comportamentos excessivamente repetitivos, interesses restritos e insistência nas mesmas coisas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p.31).

Além das características típicas comuns a todos os transtornos do neurodesenvolvimento, a exemplo das citadas anteriormente, o autismo apresenta características muito específicas e singulares definidas pelo “comprometimento em três áreas específicas do desenvolvimento, a saber: (a) déficits de habilidades sociais, (b) déficits de habilidades comunicativas (verbais e não-verbais) e (c) presença de comportamentos, interesses e/ou atividades restritos, repetitivos e estereotipados” (SILVA *et al*, 2009, p.117), sendo as duas primeiras, atualmente, englobadas em uma só área de comprometimento no novo DSM: a área de comunicação social. De acordo com Piel e Sousa (2013) “no que se refere à caracterização do transtorno, a atual versão considera o comprometimento em duas áreas: a comunicação social e os déficits e comportamentos fixos ou repetitivos, desconsiderando, por exemplo, apenas o atraso na linguagem como um critério diagnóstico”.

Segundo o DSM-V (APA, 2013), o autismo é caracterizado

por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Considerando que os sintomas mudam com o desenvolvimento, podendo ser mascarados por mecanismos compensatórios, os critérios diagnósticos podem ser preenchidos com base em informações retrospectivas, embora a apresentação atual deva causar prejuízo significativo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p.32-33).

Conforme expõe Gadia (*et al*, 2004), o diagnóstico do autismo demanda uma avaliação clínica minuciosa. Ainda de acordo com os mesmos autores, “mesmo quando distúrbios autistas são diagnosticados adequadamente, isto é, utilizando critérios diagnósticos apropriados, há uma variação considerável no perfil sintomático, dependendo da etiologia subjacente” (p.86). Isso implica que outros aspectos especificadores⁹ devem ser levados em consideração ao diagnosticar o TEA, como bem explicita o DSM-V (APA, 2013):

⁹ Os especificadores podem ser usados para descrever, de maneira sucinta, a sintomatologia atual, com o reconhecimento de que a gravidade pode variar de acordo com o contexto ou oscilar com o tempo. Os especificadores podem ser de gravidade, “com ou sem comprometimento intelectual concomitante”, “com ou sem comprometimento da linguagem concomitante” e o especificador “associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental”, além de outras condições do neurodesenvolvimento, mentais ou comportamentais que também devem ser observadas.

Fonte: DSM-V (APA, 2013) pp. 51-53

No diagnóstico do transtorno do espectro autista, as características clínicas individuais são registradas por meio do uso de especificadores (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), bem como especificadores que descrevem os sintomas autistas (idade da primeira preocupação; com ou sem perda de habilidades estabelecidas; gravidade). Tais especificadores oportunizam aos clínicos a individualização do diagnóstico e a comunicação de uma descrição clínica mais rica dos indivíduos afetados. Por exemplo, muitos indivíduos anteriormente diagnosticados com transtorno de Asperger atualmente receberiam um diagnóstico de transtorno do espectro autista sem comprometimento linguístico ou intelectual (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p.33).

É importante ressaltar que, como nos traz Silva e Mulick (2009),

apesar de o DSM fornecer os critérios básicos para a determinação do diagnóstico de autismo, em termos práticos, o processo diagnóstico não é tão simples quanto pode parecer à primeira vista. Além da grande diversidade de manifestação dos sintomas autísticos, existe também uma grande variedade em termos de quando a criança começa a exibir cada um dos diferentes sintomas, bem como em termos do perfil desenvolvimental de cada criança e das comorbidades que podem estar presentes em diferentes casos. Desse modo, os profissionais envolvidos no processo de diagnóstico precisam ser capazes de obter as informações necessárias de forma cuidadosa e de interpretar tais informações de forma criteriosa, de modo a determinar se os sintomas apresentados pela criança refletem adequadamente um quadro diagnóstico de autismo. (SILVA & MULICK, 2009, p.123).

Portanto, consoante com Gadia (*et al*, 2004), “a avaliação de indivíduos autistas requer uma equipe multidisciplinar e o uso de escalas objetivas. Técnicas estruturadas existem e devem ser utilizadas para a avaliação tanto do comportamento social das crianças (atenção conjunta, contato visual, expressão facial de afeto) quanto da sua capacidade de imitação” (p.86). Em outras palavras, a forma mais adequada de se estabelecer o diagnóstico é de modo interdisciplinar, como afirma Felipek (*et al*, 1999 *apud* SILVA & MULICK, 2009) “incluindo pelo menos um neuropediatra e um psicólogo com especialização em distúrbios do desenvolvimento” (p. 123). Ainda de acordo com os mesmos autores, “esses profissionais têm a oportunidade de analisar cada caso conjuntamente, identificando as várias nuances do quadro clínico da criança e oferecendo à família informações detalhadas não apenas acerca do diagnóstico, mas também do perfil médico, cognitivo e adaptativo da criança” (p. 123).

3.1.2 Critérios diagnósticos para TEA segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)

O DSM-V é a mais recente edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria e veio, segundo Araújo (2014), romper com “o modelo multiaxial introduzido na terceira edição do manual” (p. 70), “seguindo a proposta de lançar um olhar longitudinal sobre o curso dos transtornos mentais” (*Ibid.*, p. 72). Dentre as mudanças apresentadas, salvo aquelas já citadas anteriormente acerca da nova classificação e união dos sintomas autísticos relacionados em uma única categoria nosológica, a nova edição veio enfatizar que “além da avaliação cognitiva é fundamental avaliar a capacidade funcional adaptativa” (ARAÚJO, 2014, p. 72). Desse modo são apresentados, nessa nova versão do manual, cinco critérios diagnósticos principais divididos em duas áreas de comprometimento centrais. Desse modo temos que

“as características essenciais do transtorno do espectro autista são prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social (Critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Critérios C e D)” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 53).

Tabela 1. Lista de sintomas do transtorno autista, por área, de acordo com os critérios oferecidos pelo DSM-V (APA, 2013).

DSM-V: Critérios diagnósticos dos Transtornos do Espectro Autista 299,00 (F84.0)	
A	Deficiências persistentes na comunicação e interação social: <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> 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.

Diante das informações expostas na tabela, são imprescindíveis algumas considerações. Segundo o próprio DSM-V (APA, 2013) “os prejuízos na comunicação e na interação social especificados no Critério A são pervasivos e sustentados. Os diagnósticos são mais válidos e confiáveis quando baseados em múltiplas fontes de informação, incluindo observações do clínico, história do cuidador e, quando possível, autorrelato” (p. 53). Tal afirmação corrobora o que foi citado anteriormente acerca da necessidade da minúcia e cuidado na hora da avaliação diagnóstica e levanta novamente a questão a respeito do aspecto multideterminado da patologia. Outro ponto a ser considerado, gira em torno dos padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades especificados no Critério B. De acordo com o DSM-V (APA, 2013), além da fixação por um mesmo objeto e fala repetitiva, que se configuram como características mais comuns, os “comportamentos estereotipados ou repetitivos incluem adesão excessiva a rotinas e padrões restritos de comportamento” (p. 54) e “podem ser manifestados por resistência a mudanças aparentemente pequenas, insistência em aderir a regras ou por padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 54). Essas considerações demonstram como o diagnóstico do TEA é complexo e multideterminado.

3.1.3 Diagnóstico diferencial

Segundo Piel (2013) e, como explicitado no capítulo anterior, a Síndrome de Rett, diferentemente dos outros transtornos globais do desenvolvimento que passaram a ser classificados como TEA, se tornou uma categoria nosológica à parte. Desse modo, aparece discriminada no DSM-V como diagnóstico diferencial do transtorno autista. Em outras palavras, o diagnóstico de TEA deve considerar a prévia exclusão da hipótese de diagnóstico de Síndrome de Rett e “somente deve ser considerado quando preenchidos todos os critérios diagnósticos” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 57). Ainda segundo o DSM-V (APA, 2013), “uma ruptura da interação social pode ser observada durante a fase regressiva da síndrome de Rett; assim, uma proporção substancial das meninas afetadas pode ter uma apresentação que preenche critérios diagnósticos para transtorno do espectro autista” (*Ibid.*, p. 58). Contudo, passado esse período, a “maioria dos indivíduos com síndrome de Rett melhora as habilidades de comunicação social, e as características autistas não são mais o grande foco de preocupação” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 57).

Outros quadros apresentados pelo DSM-V (APA, 2013) como diagnósticos diferenciais para TEA são o mutismo seletivo e os transtornos da linguagem no quais, apesar da falha na linguagem e dificuldades sociais secundárias, a “criança afetada normalmente exibe habilidades comunicacionais apropriadas em alguns contextos e locais. Mesmo nos contextos em que a criança é muda, a reciprocidade social não se mostra prejudicada, nem estão presentes padrões de comportamento restritivos ou repetitivos” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 57-58), o que contraria uma das principais características para diagnóstico do TEA, o comprometimento da capacidade de comunicação social. O DSM-V (APA, 2013) traz, ainda, como diagnóstico diferencial, o Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) uma vez que anormalidades de atenção tais como foco exagerado ou distração são, também, características comuns em indivíduos com TEA. Desse modo, é de fundamental importância a prévia exclusão do diagnóstico de TDAH. Transtorno do movimento estereotipado e Deficiência intelectual também são apresentados como diagnósticos diferenciais para TEA visto que as patologias citadas evidenciam características similares às demonstradas em indivíduos com TEA assim como comportamentos estereotipados. Em todo caso, como enfatiza o DSM-V (APA, 2013), “um diagnóstico de transtorno do espectro autista em uma pessoa com deficiência intelectual é adequado quando a comunicação e a interação sociais estão significativamente prejudicadas em relação ao nível de desenvolvimento de suas habilidades não verbais” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p.58). Finalmente, o manual (APA, 2013) expõe como último quadro para diagnóstico diferencial, a exclusão do diagnóstico de esquizofrenia. Esse fato se justifica por razão dessa disfunção apresentar “um estado prodrômico no qual ocorrem prejuízo social, interesses e crenças atípicos que podem ser confundidos com os déficits sociais encontrados no transtorno do espectro autista” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 58). Diante do que foi aqui exposto, é de fundamental relevância saber discriminar as patologias apresentadas para obter o correto diagnóstico do TEA.

3.2 Etiologia, incidência e prevalência

De acordo com Marinho *et al* (2009), o autismo tem sido um dos objetos de maior interesse entre pesquisadores dos desvios comportamentais. Apesar de inúmeros

avanços apresentados nos campos do diagnóstico, abordagens educativas, direções e possibilidades de tratamento, suas causas ainda são desconhecidas o que leva esses pesquisadores a se posicionarem de maneiras diferentes com relação à origem do transtorno autista. De acordo com Goldberg (2005), essas questões referentes à etiologia ainda dividem a comunidade científica em perspectivas distintas. Segundo Untoiglich (2013), existem diferentes hipóteses e diversas linhas de investigação, mas “a maioria dos investigadores concorda que, seguramente, trata-se da combinação de múltiplos fatores, que não necessariamente devem repetir-se de forma idêntica em todos os sujeitos” (p. 545). Apesar das diferenças, “existe certo consenso entre os especialistas de que o autismo é decorrente de disfunções do sistema nervoso central (SNC), que levam a uma desordem no padrão do desenvolvimento da criança” (SILVA & MULICK, 2009, p. 121). Na realidade, ainda segundo Untoiglich (2013) “o certo é que não se podem englobar os milhões de crianças com características autistas em uma única categoria; portanto é impossível pensar em uma única causa” (545) visto que, “independente da visão que se tenha a respeito do autismo, não há como separar o desenvolvimento cognitivo, do afetivo e sua essência biológica” (MARINHO *et al* 2009, p.6085). Tais dificuldades em estabelecer a etiologia do transtorno bem como o relativo aumento no número de casos justificam o crescente número de pesquisas em relação a esse transtorno, sobretudo acerca de seu diagnóstico. Consoante com Untoiglich (2013), “as mudanças na forma de conceber o autismo, de categorizá-lo e, sobretudo, as ferramentas utilizadas para diagnosticá-lo ocasionaram uma mudança radical, nos últimos anos, a respeito do número de crianças que portam esse diagnóstico” (p. 545). Fombonne (2003, *apud* UNTOIGLICH, 2013) “mostra que a prevalência de autismo passou de 4,4/10.000, entre 1966 e 1991, para 12,7/10.000, entre 1992 e 2001. Os últimos dados dos Estados Unidos tomando como referência o Transtorno do Espectro Autista (TEA) falam de 1/88 e especificamente 1/59 em relação aos meninos, o que coloca o autismo num patamar alarmante” (p. 545). Os dados, de acordo com o DSM-V (APA, 2013), mostram que “em anos recentes, as frequências relatadas de transtorno do espectro autista, nos Estados Unidos e em outros países, alcançaram 1% da população, com estimativas similares em amostras de crianças e adultos” (p. 55). Ainda segundo o DSM-V (APA, 2013), “não está claro se taxas mais altas refletem expansão dos critérios diagnósticos do DSM-IV de modo a incluir casos sublimiães, maior conscientização, diferenças na metodologia dos estudos ou aumento real na frequência do transtorno” (p. 55). Para Untoiglich (2013), “todos esses dados se

encontram em discussão no interior da comunidade científica, já que nem todos concordam com os instrumentos que estão sendo utilizados para validar o diagnóstico” (p. 545). Sendo assim, de acordo com Marinho (2009), apesar das divergências em relação às causas, métodos de diagnóstico e intervenção, é efetivo que o transtorno autista é multideterminado e que tanto teorias quanto fatores cognitivos, biológicos e afetivos devem ser considerados visto que agregam características, informações e conteúdo para o melhor depreendimento acerca de um quadro tão complexo quanto o TEA.

4 Famílias com membros autistas: do diagnóstico ao tratamento

4.1 O impacto do diagnóstico de TEA em famílias com membros autistas

“A família, sociologicamente, é definida como um sistema social, dentro do qual podem ser encontrados subsistemas, dependendo de seu tamanho e da definição de papéis. É através das relações familiares, que os próprios acontecimentos da vida recebem seu significado e, através dele são entregues a experiência individual” (SARACENO, 1992 *apud* SPROVIERI *et al*, 2001, p. 230). Em outras palavras e, ainda de acordo com os mesmos autores, a família constitui uma instituição social na qual existem papéis e estes determinam o lugar de cada indivíduo auxiliando na significação de suas experiências. Famílias com membros autistas têm, em sua dinâmica, algumas características distintas em consequência da síndrome, o que interfere na posição social do portador bem como em sua relação interna dentro de sua família e nos vínculos com o mundo externo (SPROVIERI, 2001). Em outras palavras, “o autismo leva o contexto familiar a viver rupturas por interromper suas atividades sociais normais, transformando o clima emocional no qual vive. A família se une à disfunção de sua criança, sendo tal fator determinante no início de sua adaptação” (SPROVIERI, 2001. p. 231). Tal fato pode acarretar com que a família se sinta “frustrada e diminuída frente ao meio, com os pais e a criança passando a ser desvalorizado” (SPROVIERI, 2001. p. 231). Resumindo,

a definição de autismo corrobora que ele compromete seriamente o grupo familiar quando este passa a viver com o problema. Usualmente, as relações familiares são naturalmente afetadas quando um elemento de seu grupo apresenta uma doença. As limitações vivenciadas frente à doença levam-na a experimentar alguns tipos de limitação permanente, que são percebidos em sua capacidade adaptativa ao longo do desenvolvimento. Assim, o autismo do filho coloca os pais frente a emoções de luto pela perda da criança saudável que esperavam. Apresentam, por isso, sentimentos de desvalia por terem sido escolhidos para viver essa experiência dolorosa (SPROVIERI, 2001. p. 231).

Aliado à isso, “o autismo se constitui em um quadro cuja gravidade e cronicidade implica em uma maior demanda por cuidados. Desse modo, a família é convocada a se mobilizar e se adaptar às necessidades emergentes” (ANDRADE & TEODORO, 2012, p. 133). Em outras palavras, “as características clínicas da síndrome afetam as condições físicas e mentais do indivíduo, aumentando a demanda por cuidados e, conseqüentemente, o nível de dependência de pais e/ou cuidadores. Essa situação pode constituir um estressor em potencial para familiares” (SCHMIDT &

BOSA, 2003 p. 113). Lazarus & Folkman (1984, *apud* SCHMIDT & BOSA, 2007), definem estresse como

a relação entre a pessoa e o ambiente, levando-se em conta, por um lado, as características da pessoa e, por outro, a natureza do evento ambiental. Consequentemente, o estresse psicológico constitui-se em um processo no qual o indivíduo percebe e reage a situações consideradas por ele como desafiadoras, que excedem seus limites e ameaçam o seu bem-estar (LAZARUS & FOLKMAN, 1984 *apud* SCHMIDT & BOSA, 2007, p. 181).

Segundo Schmidt & Bosa (2003), o transtorno autista “envolve uma série de fatores interatuantes, intra e extrafamiliares os quais afetam a família ao longo de seu ciclo vital” (*Ibid.*, 2003, p. 111). De acordo com Hammer (2014), “o estresse parental entre os familiares dos filhos autistas parece proporcional ao comprometimento da interação social da criança. Quanto menor a responsividade nas interações sociais dos filhos, maior é o comprometimento dos pais” (p. 171). Diante disso, “estudos atuais têm considerado aspectos como a natureza crônica da síndrome e o consequente acometimento dos pais pelo estresse decorrente da prestação de cuidados em longo prazo, como fatores importantes para a compreensão do autismo” (SCHMIDT & BOSA, 2003, p. 118). Em resumo,

a natureza crônica do autismo tende a acarretar dificuldades importantes no que tange à realização de tarefas comuns, próprias da fase de desenvolvimento destas pessoas. Os familiares, por sua vez, vêm-se diante da necessidade de enfrentar tais desafios impostos pela especificidade da condição, por meio de um ajuste de planos e expectativas, tal como a necessidade de adaptar-se à intensa dedicação e prestação de cuidados das necessidades do filho. (SCHMIDT *et al.*, 2007 *apud* SCHMIDT & BOSA, 2007, p. 182)

De acordo com Seregen & Françoso (2012), após serem constatadas as diferenças no desenvolvimento da criança, a tendência dos familiares é buscar o atendimento médico para a realização de exames. Com a confirmação do diagnóstico de autismo, muitos pais e familiares se sentem inseguros, sendo atribuída essa insegurança, na maioria das vezes, à falta de informação ou à informações incompletas ou genéricas. Contudo, quando o diagnóstico é informado de forma abrangente, também podem surgir algumas expectativas em relação às dificuldades enfrentadas por crianças autistas e, conseqüentemente, pelos familiares desta (SEREGEN & FRANÇOSO, 2012). Obviamente, cada caso tem a sua especificação. Entretanto, de acordo com os autores pesquisados, “a hipótese habitual é de que famílias com membros portadores de autismo apresentam alterações significativas em sua dinâmica familiar” (SPROVIERI, 2001. p.

231). Essas considerações trazem à tona a problemática da questão da relação da família com membros autistas, sobretudo acerca do impacto do diagnóstico de TEA para os familiares e das possibilidades, no caso desse estudo, dentro da Análise Aplicada do Comportamento, para direcionar o tratamento e educação de crianças diagnosticadas com TEA.

4.2 Tratamento, direções e possibilidades: a Análise do Comportamento Aplicada (ABA)

Como citado no capítulo anterior, após o diagnóstico de algum membro da família com o TEA, os familiares buscam as possibilidades para a condução do tratamento e da educação de suas crianças. Diante dessas possibilidades, interessam as perspectivas apresentadas pela teoria cognitivo-comportamental frente a essa questão. Dentre elas, será apresentada, de uma forma geral, a seguinte abordagem:

4.2.1 A Análise do Comportamento Aplicada¹⁰

Um dos principais métodos de intervenção com crianças autistas é conhecido como Análise Aplicada do Comportamento. Trata-se, segundo Bagaiolo *et al* (2011), de “aplicar os dados e conceitos provindos das pesquisas de laboratório na resolução de problemas sociais” (p. 279). Em outras palavras, é um método de extensão dos princípios da Análise do Comportamento para a sociedade. Educação, em análise do comportamento, é tanto uma instituição social, incluindo seus determinantes culturais, quanto o comportamento das pessoas envolvidas no processo educacional bem como as variáveis para o controle desses comportamentos (BAGAILOLO *et al*, 2011, p. 279). Dessa forma, ainda de acordo com Bagaiolo *et al* (2011), “a Análise do Comportamento busca analisar, com profissionais apoiados em uma metodologia sistemática, científica e pautada no sujeito único, como manipular variáveis nos níveis ontogênico e cultural que auxiliem na CONSTRUÇÃO de um processo educacional em que cada indivíduo possa aprender a despeito de quaisquer idiosincrasias” (p. 280). Em outras palavras,

a análise aplicada do comportamento, é um tratamento comportamental indutivo, tem por objetivo ensinar a criança habilidades, por etapas, que ela não possui. Cada habilidade é ensinada, em geral, em plano individual, de maneira associada a uma indicação ou instrução, levando a criança autista a trabalhar de forma positiva (MELLO, 2001 *apud* MARINHO *et al*, 2009 p. 6092).

¹⁰ Do inglês Applied Behavior Analysis

Para as finalidades descritas anteriormente, o método de ensino utilizado é conhecido como instrução programada¹¹, no qual o material a ser ensinado é dividido pequenos segmentos logicamente encadeados que “servem como suporte para manter o interesse do aluno, reforçando contingentemente seu desempenho” (BAGAIOLO *et al*, 2011, p. 280), sendo estes, ainda segundo os mesmos autores:

- Fazer com que o aprendizado seja mantido por consequências, ou seja, reforçar o comportamento desejável positivamente;
- Disponibilizar feedback imediato;
- Partir da filosofia do sujeito único, comparando o aluno somente a ele mesmo;
- Auxiliar na composição de um comportamento-alvo, decompondo-o em pequenos passos, chamados de pré-requisitos;
- Manter os comportamentos adquiridos em cada estágio, apresentando os conteúdos em uma ordem de complexidade crescente;
- Expor o aluno apenas ao material para o qual ele esteja preparado;
- Planejar o ensino e monitorar de forma constante o desempenho do aluno de modo a avaliar o programa e fazer as alterações necessárias;
- Programar uma aprendizagem na qual as chances de erro sejam mínimas, a fim de não desmotivar o aluno.

De acordo com Bagaiolo *et al* (2011), o modelo de inclusão escolar com crianças autistas deve ser proposto através de planejamento de contingências de aprendizagem e praticado em um ambiente protegido e individualizado visto que, partindo do pressuposto de que cada sujeito é único, o “seu programa de ensino só pode ser efetivo se for individualizado e avaliado constantemente, tendo o próprio sujeito como referência” (p. 296) e visando a redução das chances de erro, partindo do pressuposto de os autistas lidam com a frustração recorrendo a um tipo de resposta estereotipada e, uma vez reduzidos os erros, em consequência, reduz-se o comportamento estereotipado.

Ainda de acordo com as mesmas autoras, os métodos que embasam a prática comportamental aplicadas no *que* e no *como* ensinar devem ser executados por um aplicador especialmente treinado e devem ser baseados em procedimentos de

¹¹ Um dos mais modernos métodos pedagógicos destina-se a aumentar a eficiência do processo de ensino-aprendizagem, tendo em vista a proficiência dos educandos e levando em conta, principalmente, o ritmo de aprendizado de cada um, relativo aos diferentes ramos do conhecimento humano
Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-75901977000300012&script=sci_arttext

reforçamento¹², pareamento de estímulos¹³ e modelagem¹⁴ ((BAGAILOLO *et al*, 2011). Em outras palavras, segundo Monica (1977, p. 54), da teoria do reforço de Skinner podemos extrair as seguintes generalizações relacionadas com a instrução programada:

- o indivíduo modifica um comportamento, observando as consequências das suas ações;
- quando uma execução é satisfatória, a sua consequência (êxito ou recompensa) é denominada reforço;
- o reforço fortalece a possibilidade de repetição de um ato;
- quanto mais rapidamente o reforço sucede à execução desejada, tanto maior é a probabilidade de que o comportamento desejado se repita;
- quanto mais frequentemente ocorre o reforço, tanto maior é a probabilidade de que o estudante repita o ato;
- a ausência ou o retardamento do reforço após uma ação enfraquece a probabilidade da repetição de um ato;
- o reforço intermitente de um ato aumenta a amplitude de tempo na execução desse ato;
- o reforço tem efeitos motivacionais.

É de fundamental importância salientar que a condução e o planejamento da inclusão e dos métodos devem ser realizados pelo analista do comportamento e que este, para tanto, deve “ser formado em psicologia e ter especialização em Análise do Comportamento (experimental ou aplicada) com autismo” (BAGAILOLO *et al*, 2011, p. 287).

¹² Na presença de determinados estímulos, respostas ou classe de respostas, serão seguidas de reforçamento e, na ausência destes estímulos ou em presença de outras, estas mesmas respostas não serão seguidas de reforçamento.

Fonte: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452006000100009&script=sci_arttext

¹³ O pareamento entre um estímulo incondicionado e um estímulo neutro sendo capaz de produzir uma resposta condicionada.

Fonte: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151755452006000100009&script=sci_arttext

¹⁴ Como em muitos outros casos, os comportamentos operantes precisam ser modelados até atingir sua forma eficiente, pelo mesmo processo de reforçamento diferencial de aproximações sucessivas das respostas desejadas

Fonte: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000100006

5 Considerações Finais

Diante do que foi exposto até aqui é possível perceber progressos tanto nas descobertas quanto no desenvolvimento de métodos e técnicas que se direcionam especificamente ao público autista, bem como no próprio conceito em si e suas transformações e, porque não dizer, evoluções, até que o quadro clínico fosse reconhecido assim como se configura hoje na versão mais atual do manual diagnóstico, o DSM-V. Contudo, alguns avanços, sobretudo no que diz respeito à etiologia, ainda precisam ser alcançados. Além disso, é de fundamental relevância despertar do interesse da sociedade em relação ao tema do autismo visto que, na maioria das vezes, o preconceito emerge da falta de conhecimento acerca do assunto. É preciso levar informação, promover debates, sobretudo no que tange às implicações, mais especificamente acerca das direções possíveis a serem dadas ao tratamento de indivíduos autistas, privilegiando as questões familiares e sociais envolvidas nesse processo. Desse modo, além de colaborar para que as pessoas se interessem e entendam acerca do assunto, também pode servir de incentivo para o estudo e pesquisas que desenvolvam, cada vez mais, métodos bem sucedidos que facilitem no processo de educação de crianças autistas.

6 Referências bibliográficas.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. “Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV-TR.” 4ª ed. Texto revisado. Porto Alegre, Artmed, 2002. Versão PDF disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/1794800/dsm--iv-tr> acesso: 21/10/2015

_____. “Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-V.” 5ª ed. Porto Alegre, Artmed, 2013. p. 50-59 Versão PDF disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/5281050/dsm-v---portugues/20> acesso: 21/10/2015

ANDRADE, Aline A; TEODORO, Maycoln, L. M. “Família e Autismo: Uma Revisão da Literatura”. *Contextos Clínicos*. Vol. 5, n. 2. julho-dezembro 2012 pp. 133-142. Versão PDF: disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2012.52.07> acesso em: 01/11/2015

ARAÚJO, Álvaro, C; NETO, Francisco, L. “A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5” in: *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.*, 2014, Vol. XVI, no. 1, 67 – 82, versão PDF, disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/659/406> acesso: 13/10/2015

BAGAILOLO, L., GUILHARDI, C.; ROMANO, C. “Análise Aplicada do Comportamento – ABA”. In: SCHWARTZMAN, J. S; ARAÚJO, C. A. Org.(s). *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon; 2011 pp. 278-296

CALAZANS, Roberto; MARTINS, Clara R. “Transtorno, sintoma e direção do tratamento para o autismo”. *Estilos da clínica*. Vol.12, n.22, 2007, pp. 142-157. Versão PDF disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282007000100009 acesso: 30/10/2015

CAMARGOS Jr., Walter *et al.* “Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3o Milênio”. Brasília: CORDE, 2005, versão PDF, disponível em: <http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/artigosdeficiente/transtornosinvasivosdodesenvolvimento3milenio.pdf> acesso: 13/10/2015

DA SILVA, Eliene B. A; RIBEIRO, Maysa F. M. RIBEIRO. “Aprendendo a ser mãe de uma criança autista”. *Estudos*, Goiânia, v. 39, n. 4, p. 579-589, out./dez. 2012, versão PDF, disponível em <http://seer.ucg.br/index.php/estudos/article/viewFile/2670/1632> acesso: 11/10/2015

GADIA, Carlos A.; TUCHMAN, Roberto; ROTTA, Newra T. “Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento”. *Jornal de pediatria*, Rio de Janeiro vol. 80, n. 2, 2004, p 83-94, versão PDF, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa10.pdf> acesso: 13/10/2015

GOLDBERG, Karla. “Autismo: Uma perspectiva histórico-evolutiva”. *Revista de Ciências Humanas* vol. 6, n. 6, 2005, versão PDF, disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadech/article/view/263> acesso: 11/10/2015

HAMER, Bruna L; MANENTE, Milena V; CAPELLINI, Vera Lucia M. “Autismo e família: revisão bibliográfica em bases de dados nacionais”. *Revista psicopedagogia*. vol.31, n.95, 2014 pp. 169-177 Versão PDF, disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862014000200010 acesso em: 09/11/2015

MARINHO, Eliane A. R.; MERKLE, Vânia Lucia B. “Um olhar sobre o autismo e sua especificação”. Curitiba, n. , p.6085-6090, 29 out. 2009, versão PDF, disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/1913_1023.pdf acesso: 16/10/2015

MELLO, Ana Maria S. R. de, “Autismo: guia prático”. 7 ed. São Paulo: *AMA*; Brasília: CORDE, 2007. 104 p. versão PDF, disponível em: <http://www.ama.org.br/site/images/home/Downloads/guiapratico.pdf> acesso: 14/10/2015

MONICA, Glória. D. “Instrução programada”. *Revista administração de empresas*. 1977, vol.17, n.3, pp. 53-63. Versão PDF, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v17n3/v17n3a12.pdf> acesso: 18/11/2015

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. “Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas”. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 246-247.

PIEL, Jéssica; SOUSA, Fernanda de. “Autismo e educação: uma revisão sistemática sobre a abordagem do transtorno autístico nos periódicos brasileiros avaliados na área da educação”, UENP, 2013 Versão PDF, disponível em: http://primitivomoacyr.weebly.com/uploads/8/6/9/0/8690987/autismo_e_educacao.pdf acesso: 19/10/2015

ROCHA, Mayra R. da; ASSIS, Lúcia Maria de. “Um autista na família: do diagnóstico à escolha do tratamento”. *Revista Científica do Centro Universitário de Barra Mansa - UBM* ano 15, n. 29. 2013, p. 108-121 Versão PDF, disponível em: <http://geodados.pg.utfpr.edu.br/busca/detalhe.php?id=57055> acesso em: 14/10/2015

SCHMIDT, C.; BOSA, C. “A investigação do impacto do autismo na família: revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo”. *Interação*. Vol. 7, n. 2, 2003, p. 111-120. Versão PDF disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/view/3229> acesso: 01/11/2015

_____. “Estresse e auto-eficácia em mães de pessoas com autismo”. *Arquivos brasileiros de psicologia*. Rio de Janeiro, v.59, n.2, 2007. Versão PDF, disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000200008&lng=pt&nrm=iso acesso em: 12/11/2015

SEGEREN, Leticia; FRANCOZO, Maria de Fátima C. “As vivências de mães de jovens autistas”. *Psicologia em Estudo*. Vol.19, n.1, 2012 pp. 39-46. Versão PDF disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000100006 acesso: 01/11/2015

SILVA, Micheline; MULICK, James A. “Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas”. *Psicologia: Ciência e Profissão*, vol.29, n.1, 2009, pp. 116-131. Versão PDF, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S141498932009000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt acesso: 23/10/2015

SPROVIERI, Maria Helena S; ASSUMPCAO JR, Francisco B. “Dinâmica familiar de crianças autistas”. *Arquivos de neuropsiquiatria*. vol.59, n.2A, 2001. pp. 230-237. Versão PDF disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2001000200016 acesso em: 11/11/2015

TAMANAHAN, Ana Carina; PERISSINOTO, Jacy; CHIARI, Brasília M. “Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger”. *Revista da sociedade Brasileira de fonoaudiologia*. 2008, vol.13, n.3, pp. 296-299, versão PDF, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v13n3/a15v13n3.pdf> acesso: 14/10/2015

UNTOIGLICH, Gisela. “As oportunidades clínicas com crianças com sinais de autismo e seus pais”. *Estilos da Clínica*. São Paulo, v. 18, n. 3, set./dez. 2013, pp. 543-558. Versão PDF, disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000300008 acesso: 23/10/2015