



UMA BREVE INTRODUÇÃO SOBRE AUTISMO

Beatriz Varela¹

Pedro Guilherme Basso Machado²

RESUMO:

O autismo é um transtorno do desenvolvimento, persistente por toda vida, pois não possui cura, nem causas consistentemente esclarecidas, contudo, nos últimos estudos tem sido estudada a participação genética na etiologia. O termo foi citado pela primeira vez em 1906, ao longo do tempo teve sua classificação modificada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), onde atualmente é encontrado em Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), caracterizado pelo desenvolvimento atípico nas áreas de interação social, comunicação, também por apresentar repertório restrito de atividades e interesses, variando de intensidade em cada indivíduo. Desta forma, propicia o isolamento, dependência e sofrimento, assim interferindo no ambiente familiar e na população em geral. Sua prevalência está aumentando, chegando a ultrapassar cem por cento num período de mais de dez anos, segundo a ONU atualmente existem 70 milhões de autistas no mundo. No entanto, intervenções e métodos educacionais, com base nos princípios da Análise do Comportamento, como o ABA e TEACCH; e um sistema de comunicação por trocas de figuras (PECs), possibilitam melhoras nesses sintomas e conseqüentemente na qualidade de vida nas pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo. Além dos métodos de intervenção, fármacos são utilizados para amenizar alguns sintomas do espectro, como por exemplo, a irritabilidade. Como metodologia, utilizou-se de pesquisa bibliográfica, descritiva e qualitativa com o objetivo de descrever características do Transtorno do Espectro do Autismo. Os resultados foram categorizados em: características (interação social, comunicação e comportamento), etiologia e tratamento. Por fim, reitera-se a importância do estudo do tema uma vez que a identificação de características pode subsidiar intervenções que possibilitem o desenvolvimento biopsicossocial destas pessoas, assim como a não identificação das mesmas pode ser um fator que prejudicial para os mesmos. Considera-se que o objetivo do trabalho foi parcialmente atingido, pois foram abordadas algumas características do transtorno, mas não se esgotou a literatura sobre o tema, e não foram citados outros aspectos que podem influenciar e contribuir na identificação de características e tratamento de pessoas com TEA.

Palavras chave: autismo, etiologia, características, intervenções.

¹ Graduanda em Psicologia – UniBrasil.

² Doutor em Psicologia Clínica e da Saúde – Universidad Autónoma de Madrid / Professor UniBrasil

1. INTRODUÇÃO

O autismo foi citado pela primeira vez em 1906 por Plouller, ao analisar crianças diagnosticadas com demência infantil. Em 1911, Bleuler definiu o termo como “perda de contato com a realidade, causada pela impossibilidade ou grande dificuldade na comunicação interpessoal” (KENYON; KENYON; MIGUEL, 2002, p. 11). Na obra “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”, Leo Kanner psiquiatra austríaco, radicado nos Estados Unidos, através de 11 casos, descreveu comportamentos de crianças autistas dos dois aos oito anos. Nele observou a solidão do autista, onde diz “[...] é a incapacidade que tem essas crianças, desde o começo de suas vidas, para se relacionar com as pessoas e situações.” (KANNER, 1943, p. 242). Kanner também percebeu comportamentos como resistência a mudança, ou monotonia insistente, respostas diferentes ao ambiente, movimentos estereotipados, ecolalia na linguagem, inversão nos pronomes e destacou déficits no contato social (KLIN, 2006).

Em 1944, Hans Asperger, pediatra austríaco com interesse em educação especial, desconhecendo a publicação de Kanner, descreveu quatro crianças que apresentavam dificuldade em interação social, nomeando-as como Asperger, com condição de "psicopatia autística", sugerindo como um transtorno estável de personalidade caracterizado pelo isolamento social (KLIN, 2006).

Em 1978, houve um avanço na classificação do transtorno, Michael Rutter apresentou o autismo através de quatro características: “1) atraso e desvio sociais, não só como função de retardo mental; 2) problemas de comunicação, novamente, não só em função de retardo mental associado; 3) comportamentos incomuns, tais como movimentos estereotipados e maneirismos; e 4) início antes dos trinta meses de idade.” (KLIN, 2006, p.2).

A classificação de Rutter, e outras pesquisas na área de autismo, deram origem ao termo “Transtorno Invasivo do Desenvolvimento” (TID), como era encontrado no DSM-III (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) (KLIN, 2006).

No DSM-IV o autismo estava localizado em “Transtornos Globais do Desenvolvimento”, onde englobava subcapítulos como: Transtorno Autista,

Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. Levava em conta uma tríade de sintomas, prejuízo nas áreas de interação social, comunicação e comportamentos repetitivos, se manifestando na primeira infância (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Já no DSM-V autismo é encontrado em “Transtornos do Espectro do Autismo”, onde houve uma junção de todos os subcapítulos propostos no DSM-IV; composto por uma tríade de sintomas, déficits sociais e de comunicação, comportamentos repetitivos e restritos; sendo classificado de acordo com o grau de severidade, leve, moderado ou severo; onde se manifestavam na primeira infância, porém, “podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida.” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 50).

Outra forma de classificação de diagnóstico é o CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) estabelecido pela OMS (Organização Mundial da Saúde), onde o autismo se enquadra em F.84, como “Transtorno Global do Desenvolvimento”, caracterizado por alterações nas interações sociais recíprocas e de comunicação, e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Em relação à prevalência, na década de 60 foi feito o primeiro estudo sobre este aspecto no autismo, por Victor Lotter, na Inglaterra. Este estudo apontou que em cada 10.000 crianças entre oito e dez anos, 4,5% eram diagnosticadas (BRUNON; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014). A partir de então, outros estudos foram feitos (KLIN, 2006). Nas últimas pesquisas, foi identificado um grande aumento na incidência de autismo, onde entre 2000 – 2002 para cada 150 crianças, 1 era diagnosticada, 2006 passou para cada 110 – 1, em 2008 aumentou para cada 88 – 1 e 2014 para cada 68 – 1 com diagnóstico, assim, tendo um aumento de 120% desde 2000 (CENTER OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2014). No Brasil, não há uma estimativa epidemiológica oficial

(BRASIL, 2013 apud CARMARGO; RISPOLI, 2013). Segundo a ONU (2015) há cerca de 70 milhões de pessoas autistas no mundo, equivalente a 1% da população mundial. Relevante ressaltar que esse aumento se dá porque mais autistas são identificados hoje em dia, mas isso não significa necessariamente que a incidência geral esteja aumentando (KLIN, 2006). Isso é decorrente da expansão dos critérios diagnósticos, pelo aumento dos serviços de saúde relacionados ao transtorno e pela alteração na idade do diagnóstico, dentre outros fatores (FOMBONNE, 2009 apud ZANON; BACKES; BOSA, 2014). Outro dado é a predominância do autismo no sexo masculino, numa proporção de 4:1 (SILVA; GAITO; REVELES, 2012), variando em função do grau de funcionamento intelectual. Ainda não se sabe a causa dessa predominância (KLIN, 2006).

Levando em consideração este panorama descrito, cabe destacar que “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.3). Assim sendo evidencia-se a necessidade de investigar aspectos destas pessoas, uma vez que as características diagnósticas, quando presentes, afetam a vida dos autistas, seus familiares e a população em geral. Para que através do conhecimento da situação, seja possível subsidiar intervenções que diminuam as dificuldades e aumentem as possibilidades e autonomia destas pessoas.

O objetivo deste trabalho foi o de descrever características do Transtorno do Espectro do Autismo.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, qualitativa e descritiva. Os resultados foram obtidos através de livros indicado por profissionais da área e pela busca em biblioteca de uma Instituição de Ensino Superior. Também foram realizadas consultas nos seguintes sites de busca: Google e Google Acadêmico (que é um servidor que localiza produções científicas em distintas bases de dados,

como por exemplo, Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) e Pepsico (*Periódicos Eletrônicos em Psicologia*). Isto através de descritores como: Autismo, Transtorno do Espectro do Autismo, Transtorno Global do Desenvolvimento, ABA, TEACCH e PECs.

Os resultados foram categorizados em: características (interação social, comunicação e comportamento) que foram obtidos de acordo com a definição de autismo nos manuais de classificação CID 10, convergente ao DSM IV, etiologia e tratamento, por se tratar de aspectos imprescindíveis para entender o comportamento e aspectos de pessoas com o transtorno.

2.2 Resultados

Na presente sessão, são descritos os resultados de estudos encontrados na literatura sobre aspectos do Transtorno do Espectro do Autismo.

2.2.1 Características

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) deve-se por comprometimento no desenvolvimento, pelo conjunto de comportamentos atípicos, considerando as áreas de interação social, da comunicação e do comportamento em diversos graus de comprometimento (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014).

O aparecimento dessas manifestações se dá antes dos três anos de idade (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014; KLIN, 2006). Geralmente, os pais percebem que há algo de errado com seus filhos, por acharem que é surdo, já que o filho não responde a estímulos (KLIN, 2006).

Há uma variação de sintomas no espectro, tendo assim, manifestações comportamentais de várias intensidades, mas sempre apresentados nas áreas de interação social, comportamento e comunicação (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014; KLIN, 2006), aspectos estes descritos a seguir.

Para o diagnóstico poder ser utilizados dois manuais, o DSM e o CID ambos supracitados (BOSA, 2006; BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014).

2.2.1.1 Interação Social

No desenvolvimento normal de uma criança, desde o nascer a interação com pessoas e ambientes está presente, através de atenção seletiva para rostos sorridentes, vozes grossas entre outros estímulos. Já para bebês autistas, eles não demonstram muito interesse pelas faces humanas e pela interação (KLIN, 2006).

Outros comportamentos que dificultam a interação social da criança com TEA são: a ausência ou pouco contato visual, grande parte dos autistas apresentam esta característica desde muito pequenos, e continuam com esta dificuldade pelo resto da vida. Há outros indivíduos com TEA, que apresentam o contato visual, mas de forma breve. Entretanto, existem casos em que o contato visual está presente de forma intensa. Outra característica que interfere na interação social é o repertório pobre em expressões faciais e a falta de compreensão das expressões faciais de outras pessoas, assim tendo dificuldade em entender a comunicação de quem os fala. Com isso, crianças autistas mostram-se muitas vezes incapazes de fazer amizades e mantê-las (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014).

Entretanto, esse aspecto pode mudar com os anos. Autistas mais jovens ou mais comprometidos podem ser mais resistentes à interação, enquanto que, mais velhos ou menos comprometidos, podem ser mais abertos em aceitar a interação, mas não a buscam de forma efetiva. Em autistas de alto funcionamento, ou seja, de grau leve, existe a interação social, mas eles apresentam dificuldade em administrá-la, conseqüentemente, sendo classificado por ter estilo excêntrico, por ser uma pessoa antipática (KLIN, 2006).

Desta forma, a convivência de crianças autistas com outras crianças da mesma idade, ou próxima a ela, pode ajudar a promover capacidades e modelos de interação, já que sua compreensão social é muito pobre; podendo ajudar também a evitar o isolamento, característica muito presente em autistas. Desse modo, levando em conta que a interação com outras pessoas, é à base do desenvolvimento para toda criança (CAMARGO; BOSA, 2009).

2.2.1.2 Comunicação

A característica comunicação é complexa. Compõe além das complexidades do conteúdo verbal como, expressão, volume e velocidade do discurso, compreende também o contato visual, da expressão facial e da linguagem corporal, que são incontáveis (FERNANDES, 2010)

Cabe destacar que sempre haverá comprometimento nesta área, variando em graus. Na grande maioria dos casos, o aspecto da comunicação tardia ou a falta dela, chamam a atenção dos pais, sendo o primeiro motivo para encaminhamento médico (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014; KLIN, 2006). Estima-se que cerca de 20 a 30% dos autistas nunca cheguem a falar (KLIN, 2006).

No caso dos que chegam à linguagem, é visível suas características atípicas, como a repetição, podendo ser chamada de ecolalia, sendo imediata, quando é repetido o que é dito, ou ecolalia tardia, como repetir o que ouviu na TV em outros momentos depois (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014; KLIN, 2006). Durante seu desenvolvimento, as ecolalias imediata e tardia, podem passar a ser ecolalia mitigada, onde são contextualizadas e tem a intenção de se comunicar. Outra característica é o modo de falar, apresentando variações no ritmo, acentuação e inflexão (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014).

Outro aspecto importante na compreensão da fala para os autistas, é a dificuldade de entender humor, sarcasmo, ambiguidades como: “vou morrer de fome”, assim interpretando literalmente a fala (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014; KLIN, 2006). O que indica a importância de adequar à linguagem de pessoas em sua interação com autistas, para aumentar a probabilidade de compreensão dos conteúdos.

2.2.1.3 Comportamento

O autista geralmente apresenta um padrão de comportamento repetitivo e restrito, também em interesses e atividades, assim apresentando forte tendência à rotina e estilo de vida restrito (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014). Com isso, tendem a intolerância frente a uma tentativa de mudança em

atividades, rotinas, levando-os ao sofrimento, desencadeando crises, se desorganizando completamente (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014; KLIN, 2006) podendo chegar a agressões (KLIN, 2006).

Outro ponto importante é o interesse por partes de objetos não funcionais, como a roda de um carrinho, do que pelo objeto inteiro (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014; KLIN, 2006). Esse comportamento serve para que eles estimulem a si mesmos ou diminuam a ansiedade chegando ao ponto de ficarem por horas girando as rodas (KLIN, 2006). Outras formas de se auto estimularem ou de se acalmar podem ser movimentos estereotipados como ficar girando, pulando, batendo as mãos, ficar com os dedos entrelaçados na altura dos olhos e andar na ponta do pé (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014; KLIN, 2006).

Um aspecto significativo nos autistas é a facilidade em habilidades de memória, aprendizado mecânico, onde se faz a tarefa passo a passo, sem que tenham que entender o contexto todo (KLIN, 2006). Possuem “ilhas de habilidades especiais” ou *splinter skills*, áreas com alta capacidade, divergindo, em frequência e intensidade para cada autista, com dificuldades gerais do autismo (KLIN, 2006 apud HERMELIN, 2001). Com isso, os autistas muitas vezes tendem a se dedicar muito a assuntos restritos, levando-os a colecionar e a estudá-los. Levando em conta estes interesses específicos, associados a uma ótima memória visual, dificuldade em se comunicar e relacionar-se, pode acontecer de ser considerados equivocadamente como superdotados (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014).

Outra característica relevante dos autistas é instabilidade frente a algumas contingências, apresentando hipersensibilidade ou hiposensibilidade aos estímulos sensoriais. Por vezes, não apresentam respostas a um estímulo, parecendo muitas vezes surdos, mas posteriormente respondem ao estímulo de forma intensa. Podem chorar ao ser tocado, mas não sofrer uma dor logo após cair e se machucar (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014).

Problemas com o sono e alimentar são outras características presentes no autismo, sendo fatores de muito desgaste na família. Muitos autistas, durante o

sono acordam por várias vezes, ficando muito tempo sem dormir. Na alimentação, aspectos como seletividade e recusa, fazem com que não haja uma variedade de alimentos, resultando em carências de nutrientes. Podem ser aversivos a certos alimentos devido a sua cor, textura, cheiro, também por serem restritos a um tipo de alimento (KLIN, 2006).

2.2.2 Etiologia

Desde as primeiras ponderações de Kanner, foram feitas várias revisões acerca da explicação do autismo, através da dicotomia inato x ambiental, contudo, não chegou-se a conclusões definitivas (CAMARGO; BOSA 2009). Entretanto há uma disposição em definir o autismo como uma síndrome comportamental, de etiologia comportamental, com fortes implicações para o desenvolvimento infantil (VOLKMAR; LORD; BAILEY; SCHULTZ; KLIN, 2004 apud CAMARGO; BOSA, 2009).

Após anos de estudos, pesquisadores estão concentrados na relação de genes como causa do autismo. Um grande estudo é o Projeto Genoma do Autismo (*Autism Genoma Project*) da Aliança Nacional para Pesquisa sobre Autismo (*National Alliance for Autism Research – NAAR*) que consiste em:

Os estudos foram realizados em 50 instituições de pesquisa, em 19 países, investigam os 30 mil genes que formam o genoma humano, com o objetivo de identificar aqueles que desencadeiam o autismo. Estima-se que aproximadamente 15 genes seriam os “candidatos” do autismo, isto é, uma pessoa que tiver uma associação desses genes teria maior probabilidade de desenvolver autismo. (SILVA, 2012, p. 173).

Outras pesquisas que indicam a participação genética na etiologia dos TEA são: ACGH (*Array-Comparative Genomic Hybridization*) e CNVs (*Copy Number Variations*) que apontam alteração genética sendo um fator responsável pelo desenvolvimento da doença, ou a alteração genética sendo um fator de risco (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014).

Visto que, ainda não há provadores biológicos ou endofenotípicos que esclareçam o diagnóstico, existe uma série de instrumentos, a fim de padronizar a maneira de realizar o diagnóstico para vários profissionais de diferentes áreas, e

diferentes níveis de conhecimento a cerca do assunto (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014).

2.2.3 Tratamento

Como o autista apresenta prejuízo em várias áreas do desenvolvimento, é necessário que haja uma equipe multidisciplinar, para desenvolver habilidades e diminuir danos (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014).

A intervenção precoce é um fator fundamental para a melhora do quadro clínico do autismo, pois pode proporcionar ganhos significativos e duradouros no desenvolvimento da criança (HOWLIN; MAGIATI; CHARMAN, 2009; REICHOW, 2011 apud ZANON; BACKES; BOSA, 2014). Com a plasticidade cerebral, a intervenção precoce exerce papel importante, potencializando os efeitos positivos da mesma. Além disso, estudos sugerem que os resultados decorrentes da intervenção precoce podem diminuir notavelmente os gastos das famílias no tratamento das crianças com TEA (JARBRINK; KNAPP, 2001; MANDELL; NOVAK; ZUBRISTSKY, 2005 apud ZANON; BACKES; BOSA, 2014).

De acordo com Bosa (2006), há autores que indicam um planejamento do tratamento estruturado, seguindo as etapas do desenvolvimento, enfatizando trabalhar a fala, interação social, educação especial e a família, em crianças. Com os adolescentes, focaria mais o trabalho com habilidades sociais, terapia ocupacional e sexualidade, já com os adultos é importante, entre outros aspectos, trabalhar a questão de moradia e tutela.

Outras perspectivas teóricas indicam que para iniciar o tratamento é preciso analisar o perfil da criança, seu funcionamento em todas as áreas, suas possibilidades e limitações, para então criar o plano de tratamento, deixando os pais cientes do mesmo. Os objetivos das intervenções serão conforme o grau de comprometimento da criança (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014).

O sucesso do tratamento depende de profissionais qualificados na área, que saibam trabalhar em grupo e com a família. Os objetivos do tratamento devem ser: estimular o desenvolvimento social e comunicativo; aprimorar o aprendizado e

a capacidade de solucionar problemas; diminuir comportamentos que interferem no aprendizado e o acesso às oportunidades de experiências do cotidiano, e ajudar as famílias a lidarem com o autista (BOSA, 2006).

Os autores Brunoni, Marcadante e Schwartzman (2014) enfatizam que geralmente em pacientes mais comprometidos, o tratamento deve focar na comunicação, interação social, na redução de comportamentos estereotipados e aumentar o aprendizado e a independência nas atividades do dia a dia.

Silva, Gaiato e Reveles (2012) acreditam que para um bom desenvolvimento das crianças com autismo precisa-se de um tratamento individualizado, ou seja, uma investigação multidisciplinar; um programa adaptado, mas de forma que a compreensão fique mais fácil; hiperinvestimento em comunicação; ensino sistematizado e estruturado; engajamento, por parte da equipe e do autista, com isso fazendo intervenção além do período na escola, fazer terapias e intervenções por dia; práticas adequadas para o estágio do desenvolvimento, buscando a utilização de recursos; contato com crianças típicas; atividades físicas, envolvimento e psicoeducação familiar.

A terapia comportamental é a mais recomendada para o transtorno do desenvolvimento. Um dos métodos mais usados nesta perspectiva teórica é o ABA (*Applied Behavior Analysis*³) utilizado em vários países, fundamentado por pesquisas científicas, confirmando sua eficácia (SILVA; GAIATO; REVELES, 2012).

“Sabe-se que o método ABA possui grande suporte científico, e tem sido o método de intervenção mais pesquisado e amplamente adotado, sobretudo nos Estados Unidos, para promover a qualidade de vida de pessoas com transtorno do espectro autista (GILLIS; BUTLER; 2007; HOWARD et al., 2005; LANDA, 2007; LOVAAS, 1987; VAUGHN et al., 2003; VIRUÉS; ORTEGA; 2010)” apud CAMARGO; RISPOLI, 2013, p. 641).

O ABA trabalha com a análise de comportamentos que precisam ser mudados e habilidades que precisam ser modificadas ou adquiridas, fazendo uma coleta de dados, antes, durante e depois, para examinar o progresso de cada

³ *Applied Behavior Analysis* = Análise Aplicada do Comportamento.

criança (BAER; WOLF; RISLEY, 1968, 1987; HUNDERT, 2009 apud CAMARGO; RISPOLI, 2013), estudando variáveis que interferem no comportamento, a fim de muda-las, através de métodos experimentais e sistemáticos de observação e mensuração (SUGAI; LEWIS-PALMER; HAGAN-BURKE; MAYER et al. 2012 apud CAMARGO; RISPOLI, 2013). Neste contexto é utilizado o conceito de condicionamento operante de Skinner, onde o ambiente é modificado por um comportamento que produz consequências que agem de novo sobre ele, alterando a probabilidade de ocorrência em situação semelhante futuramente. Um mecanismo funcional para aprender um novo comportamento é a modelagem, sendo seu instrumento principal, o reforço (SKINNER, 1974). A modelagem “é uma técnica usada para se ensinar um comportamento novo por meio de reforço diferencial de aproximações sucessivas do comportamento-alvo.” (MOREIRA; MEDEIROS, 2007 p. 62).

Outro método que utiliza princípios da Análise do Comportamento é o TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication-Handicapped Children*⁴) foi criado para ser aplicado especialmente em crianças do espectro autista. É através do ensino estruturado de estratégias educacionais que oferece possibilidades para o autista melhorar sua inabilidade em resolver problemas. Tem como principal objetivo, melhorar as competências para atingir o máximo de autonomia, possível nessas pessoas (MORAIS, 2012).

Uma alternativa na área da linguagem em autismo é o PECS (*Picture Exchange Communication System*⁵), um sistema criado para facilitar a comunicação baseado em trocas de figuras. O treino do PECS se dá através de seis níveis, são eles: “Fazer pedidos através da troca de figuras pelos itens desejados; ir até a tábua de comunicação, apanhar uma figura, ir a um adulto e entregá-la em sua mão; discriminar entre as figuras; solicitar itens utilizando várias palavras em frases simples, fixadas na tábua de comunicação; responder à

⁴ *Treatment and Education of Autistic and Related Communication-Handicapped Children* = Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits relacionados com a Comunicação.

⁵ *Picture Exchange Communication System* = Sistema de Comunicação por Troca de Figuras.

pergunta o que você quer; emitir comentários espontâneos (BONDY; FROST, 2001)” apud MIZAEL; AIELLO, 2013, p. 624).

O PECS tem por objetivo estimular a fala, e não substituí-la. Pode ajudar com os comportamentos-problema, uma vez que os mesmos podem ser decorrentes da dificuldade em se expressar (SILVA; GAIATO; REVELES, 2012).

2.2.3.1 Tratamento medicamentoso

Ainda hoje não existem remédios específicos para autismo, porém, são utilizados medicamentos para os sintomas do espectro autista, a fim de controlar, ou diminuir eles. São esses: irritabilidade, desatenção, hiperatividade/impulsividade, auto e heteroagressividade, insônia e comportamentos estereotipados. Para irritabilidade, frequentemente é receitado Risperidona, Guanfacina e Bupropiona para desatenção, no caso da hiperatividade/impulsividade são utilizados neurolépticos (como a Risperidona), metilfenidato, clonidina e anticonvulsivantes, como o Topiramato. Para insônia é recomendado doses baixas de neurolépticos, anti-histamínicos e clonidina. Em relação aos comportamentos estereotipados têm sido utilizados inibidores seletivos de receptação de serotonina, utilizados também em sintomas obsessivo-compulsivos, entretanto, o efeito é inferior ao dos pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014).

O cenário medicamentoso para autistas enfrenta muitas limitações, isso irá mudar a partir do momento que compreenderam o funcionamento dos diferentes circuitos cerebrais relacionados nas funções sociais. (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomando em conjunto os resultados desse trabalho, no presente artigo não foi esgotada a literatura sobre o tema, também não foram abordados outros aspectos que podem influenciar e contribuir na identificação de características de pessoas com TEA, como a importância da orientação familiar, conscientização social, um exemplo o Dia Mundial da Conscientização do Autismo e autistas no

âmbito escolar. Contudo a compreensão das características inclusas no presente estudo pode ser funcional para o convívio e entendimento de aspectos de pessoas com autismo. Este artigo também pode ajudar a contribuir na difusão da literatura sobre o tema e servir de apoio para futuros estudos teóricos e aplicados. Assim sendo, considera-se que o objetivo do estudo foi parcialmente atingido.

Por fim, reitera-se a importância do estudo do tema uma vez que a identificação de características pode subsidiar intervenções que possibilitem o desenvolvimento biopsicossocial destas pessoas, assim como a não identificação das mesmas pode ser um fator que prejudicial para os mesmos.

4. REFERÊNCIAS

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

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BOSA, C. A. Autismo: intervenções psicoeducacionais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, p. 47-53, 2006.

BRUNONI, D.; MERCADANTE, M. T.; SCHWARTZMAN, J. S. Transtornos do Espectro do Autismo. In: Antonio Carlos Lopes. (Org.) **Clínica Médica: diagnóstico e tratamento**. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2014, p. 5731-5746.

CAMARGO, S. P. H.; RISPOLI, M. Análise do comportamento aplicada como intervenção para o autismo: definição, características e pressupostos filosóficos. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v.26, n. 47, p. 639-650, 2013.

CAMARGO, S. P. H.; BOSA, C. A. Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura. **Psicologia e Sociedade**, São Paulo, v.21, p. 65-74, 2009.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Changes in Prevalence of Parent-reported Autism Spectrum Disorders**. [On-line], Atlanta, 2015. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/features/dsautismdata/>> Acesso em: 16 de setembro de 2016.

FERNANDES, S. F. S. N. **A investigação do impacto do autismo na família: Revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo**. 53 f. Pós-Graduação – Educação Especial – Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, Porto – Portugal, 2010.

KANNER, L. Autistic Disturbances of Affective Contact. **Nervous Child**, Winston, v.2, p. 217-250, 1943.

KENYON, P. B; KEYON, S. E; MIGUEL, C. F. Análise Comportamental Aplicada (ABA) – Um modelo para a educação especial. In: CAMARGOS Jr, W. et. al. **Transtornos Invasivos do Desenvolvimento**. Brasília: Corde, 2002. p. 148-154.
KLIN, AMI. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.28, n.1 p. 3-11, 2006.

MIZAEL. T. M.; AIELLO. A. L. R. Revisão de estudos sobre o Picture Exchange Communication System (PECS) para o ensino de linguagem a indivíduos com autismo e outras dificuldades de fala. **Revista Brasileira Educação Especial**, Marília, v. 19, n. 4, p. 623-636, 2013.

MORAIS, T. L. C. **Modelo TEACCH- intervenção pedagógica em crianças com perturbação do espectro do autismo**. 167 f. Dissertação Mestrado – Ciências da Educação Especial - Escola Superior de Educação Almeida Garret, Lisboa, 2012.
MOREIRA, M. B; MEDEIROS, C. A. **Princípios básicos da Análise de Comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL – ONUBR. **Especialistas da ONU em direitos humanos pedem fim da discriminação contra pessoas com autismo**. 2015. [On-line]. Disponível em: <<https://www.nacoesunidas.org/especialistas-em-direitos-humanos-da-onu-pedem-fim-da-discriminacao-contra-pessoas-com-autismo/>>. Acesso em: 20/10/2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. São Paulo, 10.ed, 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>>. Acesso em: 18/10/2016.

SILVA, A. B. B.; GAIATO. M. B.; REVELES, L. T. **Mundo singular, entenda o autismo**. Rio de Janeiro: Fontanar, 2012.

SKINNER. B. F. **Sobre o Behaviorismo**. São Paulo: Cultrix, 1974.

SCHMIDT, C.; BOSA, C. A investigação do impacto do autismo na família: Revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v.7, n.2, p.111-120, 2003.

ZANON, R. B; BACKES, B; BOSA, C. A. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.30, n.1, p. 25-33, 2014.