

REFLEXÕES SOBRE AS NOMENCLATURAS REFERENTES AO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Mídia Larreia Alves da Silva¹
Luciane Guimarães Batistella Bianchini²
Patrícia Alzira Proscêncio³
Solange Franci Raimundo Yaegashi⁴

RESUMO

A ciência tem seu progresso através de um movimento constante, e nesse processo ocorrem mudanças levando alguns conceitos a se tornarem obsoletos, outros permanecem e alguns surgem mediante novas evidências. O objetivo desta pesquisa consiste em apresentar algumas ponderações sobre o percurso das nomenclaturas do termo Transtorno do Espectro Autista (TEA) que ocorreram ao longo dos anos na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de natureza qualitativa e do tipo descritiva, realizada por meio de livros, teses e dissertações da área da Educação Inclusiva, e afins, com ênfase no autismo. O resultado permite a contextualização histórica do autismo; suas características e especificidades; aspectos relacionados à linguagem; níveis de suporte; compreensão de quais são os objetivos do DSM e da CID. Também, evidencia que o avanço das pesquisas influenciou nas mudanças de concepção sobre o que é o TEA e, conseqüentemente, em sua nomenclatura; mudou-se também a compreensão sobre quais ações são assertivas na busca pela inclusão, começando com uma relação de confiança, respeito e conhecimento. Conclui-se que acompanhar esses avanços permite aos profissionais, que atuam com os estudantes com TEA, maior preparo para enfrentar os desafios e promover, com responsabilidade, uma educação inclusiva, não capacitista e livre de crenças limitantes.

Palavras-chave: Autismo; Inclusão; Definição; Revisão de literatura.

REFLECTIONS ON THE NOMENCLATURES REFERRED TO AUTISM SPECTRUM DISORDER

ABSTRACT

Science progresses through constant movement, and in this process changes occur, leading some concepts to become obsolete, others remain and some emerge through new evidence. The objective of this research is to present some considerations about the trajectory of the nomenclatures of the term Autism Spectrum Disorder (ASD) that have occurred over the years in the International Statistical Classification of Diseases (ICD) and in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). This is a bibliographical research, of a qualitative and descriptive nature, carried out through books, theses and dissertations in the area of Inclusive Education, and the like, with an emphasis on autism. The result allows the historical contextualization of autism; its characteristics and specificities; aspects related to language; support levels; understanding what the objectives of the DSM and ICD are. It also shows that the advancement of research has influenced changes in the conception of what ASD is and, consequently, in its nomenclature; The understanding of which actions are assertive in the search for inclusion has also changed, starting with a relationship of trust, respect and knowledge. It is concluded that following these advances allows professionals, who work with students with ASD, greater preparation to face the challenges and promote, with responsibility, an inclusive education, not ableist and free from limiting beliefs.

Keywords: Autism; Inclusion; Definition; Literature review.

¹Mestre em Metodologia para o Ensino de Linguagens e suas Tecnologias. Coordenadora Pedagógica na rede Municipal de Tamarana – PR. E-mail: midialarreia@gmail.com

² Doutora em Psicologia Escolar. Docente do Departamento de Teoria e Prática da Educação, do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual de Maringá (UEM). E-mail: lgbbianchini@uem.br

³Doutora em Educação. Professora e Assessora pedagógica na Rede municipal de ensino de Sinop - MT e Docente interina na Universidade Estadual do Mato Grosso – UNEMAT. E-mail: pproscencio@gmail.com

⁴Doutora em Educação. Docente do Departamento de Teoria e Prática da Educação, do Programa de Pós-Graduação em Educação e do Mestrado Profissional em Educação Inclusiva da Universidade Estadual de Maringá (UEM). E-mail para contato: solangefry@gmail.com

INTRODUÇÃO

O atendimento ao público com necessidades educacionais especiais requer, de quem o realiza, formação específica e contínua, bem como um olhar que compreenda os processos e as transformações que perpassam tempo e espaço, nos mais diversos contextos.

Especificamente sobre o estudante com Transtorno do Espectro Autista (TEA), a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA (BRASIL, 2012) orienta sobre como devem ser as ações inclusivas na escola. Por isso é essencial saber quais os comportamentos que o caracterizam, não para desenvolver um olhar limitado em relação ao estudante, mas sim para, a partir deste conhecimento, pensar em propostas que possibilitem desenvolver-se, no máximo do seu potencial, em processos de escolarização.

As características essenciais do transtorno do espectro autista são prejuízos persistentes na comunicação social recíproca e na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades. Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário. O estágio em que o prejuízo funcional fica evidente irá variar de acordo com características do indivíduo e seu ambiente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 53).

O TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento, que possui amplitude e variedade (GAIATO, 2018, p. 21). A expressividade dos sintomas varia em grau de intensidade de indivíduo para indivíduo, sendo assim, podem ocorrer casos de limitações significativas ao indivíduo, as quais podem se agravar quando associadas a uma prática pedagógica inadequada. Por isso, uma análise sobre possibilidades de atividades e formas de intervenção que apresentam melhor eficácia para diminuição dos prejuízos causados pela tríade (dificuldade de comunicação, interação social e estereotípias) leva à compreensão das características do TEA e favorece o desenvolvimento de estudos para a elaboração de atividades direcionadas ao ensino desses estudantes.

O estudante com TEA encontra, hoje, nos processos de escolarização, uma visão diferenciada daquela que se tinha no início de sua descoberta. Embora haja avanços em várias esferas, sejam elas políticas, sociais e educacionais, muitos desafios ainda

se impõem tanto para pais quanto para educadores e sociedade, no tocante ao tema e às práticas inclusivas para estes estudantes.

Assim, a fim de compreender melhor este contexto do qual o estudante com TEA faz parte, faz-se necessário conhecer a história que permeia esse transtorno, bem como se constituiu a nomenclatura atual designada a eles. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo consiste em apresentar algumas ponderações sobre o percurso das nomenclaturas do termo Transtorno do Espectro Autista (TEA) que ocorreram ao longo dos anos na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

1 MÉTODO

A escolha de um percurso de pesquisa envolve eleger bem como descrever o caminho trilhado para atender ao objetivo de um estudo científico. Por conseguinte, o artigo utilizou-se da pesquisa qualitativa, a qual amplia as possibilidades de interpretação e compreensão do cotidiano e oferece meios para captar a complexidade humana. Segundo Creswel (2007), a abordagem qualitativa fornece ao pesquisador um conhecimento mais profundo de um fenômeno e produz um alto nível de detalhes.

Para alcançar o objetivo inicialmente proposto, foi utilizada a pesquisa descritiva, que de acordo com Gil (2019), possui como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Dessa forma, foi proposta a descrição, em detalhes dos critérios diagnósticos definidos para o TEA, com base em material produzido sobre a temática do estudo.

Por fim, a pesquisa também é de cunho bibliográfico, pois foi desenvolvida a partir de material já produzido, constituído principalmente de livros, artigos científicos, teses, dissertações etc. (GIL, 2019).

No Quadro 1 são apresentados os materiais selecionados para o presente estudo.

Quadro 1 – Materiais selecionados para o estudo

AUTOR	TÍTULO
Brites e Brites (2019)	Livro – Mentres Únicas
Cunha (2017)	Livro - Autismo e Inclusão
Fernandes, Tomazelli e Girianelli (2020)	Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações noológicas
Gaiato (2018)	Livro - S.O.S. Autismo
Grandin e Panek (2018)	Livro – O Cérebro Autista: Pensando através do Espectro.
Martins (2011),	Dissertação - Avaliação dos distúrbios da linguagem no autismo infantil.
Mas (2018)	Dissertação - Transtorno do Espectro Autista: história da construção de um diagnóstico.
Orrú (2006)	Tese - A constituição da linguagem de alunos autistas apoiada em comunicação suplementar alternativa.
Whitman (2015)	Livro - O Desenvolvimento do Autismo
American Psychiatric Association(2014)	Livro - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
American Psychiatric Association(2022)	Livro - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
Organização Mundial da Saúde (2019).	CID-11 - 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

Fonte: Elaborado pelas autoras.

2 CONTEXTO HISTÓRICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Em 1943, segundo Brites e Brites (2019), Cunha (2017), Grandin (2018) e Martins (2011), o austríaco naturalizado americano, Leo Kanner, pioneiro da psiquiatria infantil e médico da Universidade Johns Hopkins, constatou uma nova síndrome denominada de distúrbio autístico do comportamento físico. Publicou o artigo “*Autistic Disturbances of Affective Contact*” (Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo), na revista *The Nervous Child*, apresentando um estudo de caso de um grupo de onze crianças composto por oito meninos e três meninas, com idade entre 2 anos e 4 meses a 11 anos.

Essas crianças partilhavam um padrão de sintomas e sinais característicos, que não se enquadrava em nenhuma das classificações existentes na Psiquiatria Infantil, tais como, inabilidade no relacionamento interpessoal, tendência à solidão, excelente memória e necessidade de uniformidade. Ainda no referido artigo, Martins (2011) pontua também que, além deste conjunto de características, Kanner constatou que as crianças

demonstraram atraso na linguagem e estereotípias, apresentando um quadro clínico seguido de ansiedade e medo intenso em circunstâncias específicas, além de possuírem um vocabulário extraordinário, boas competências cognitivas e, em muitos casos, capacidade precoce para ler e escrever, que atualmente entende-se estarem relacionadas às características do TEA.

Desde o início, a área médica apresentou dúvidas sobre como tratar esses comportamentos, e se a origem seria biológica ou psicológica. Grandin (2018) explica que, inicialmente, Kanner se debruçou em explicações de cunho biológico do diagnóstico do autismo, afirmando que os comportamentos pareciam se desenvolver desde o princípio de vida desses indivíduos, destacando que:

[...] devemos, portanto, supor que estas crianças vieram ao mundo com uma capacidade biologicamente inata de formar laços afetivos comuns de base biológica com as pessoas, assim como outras crianças vêm ao mundo com incapacidades físicas ou inatas (GRANDIN, 2018, p. 14).

Grandin (2018) ainda pondera, que algumas indagações intrigaram Kanner, pois, para ele, não foi simples avaliar o fato de que todos os pacientes são filhos de pais altamente inteligentes e, em sua maioria, com histórico familiar composto por indivíduos preocupados com abstrações artísticas, literárias ou da natureza científica e com muito pouco interesse em relações interpessoais. Este é um momento inicial em que Kanner estava analisando semelhanças entre paciente e seus familiares (GRANDIN, 2018).

Seis anos mais tarde, em 1949, motivado pelo surgimento da Psicanálise nos Estados Unidos, Kanner mudou sua atenção do biológico para o psicológico e publicou um artigo tratando do comportamento dos pais, e 11 anos mais tarde, em entrevista à revista *Time*, pontuou que, no geral, crianças autistas eram filhos de pais “que se descongelaram apenas o suficiente para gerar filhos” (GRANDIN, 2018, p. 15). Devido ao seu potencial como estudioso na questão do autismo, sua proposta influenciou erroneamente o pensamento médico por aproximadamente 25 anos.

O raciocínio de Kanner se tornou duvidoso, provavelmente perante o fato de que o comportamento de crianças com autismo pode ser facilmente confundido com o comportamento de uma criação inadequada. Quem desconhece o comportamento autístico pode, muitas vezes, chegar à conclusão de que o problema está nos pais e não nos filhos. Crianças com autismo podem ser inquietas, apresentar dificuldades para

partilhar brinquedos, interromper conversas de adultos e parecer rudes, por desconhecer e/ou ter dificuldades para seguir as regras sociais. Para Grandin (2018), Kanner falhou, invertendo causa e efeito, quando supôs que todo mau comportamento é fruto de uma criação (relação entre pais e filhos) inadequada.

Segundo o olhar de Brites e Brites (2019), Leo Kanner, em 1943, descreveu autistas moderados e severos; e em 1944, Hans Asperger descreveu autistas leves e com potencialidade funcional, assim como tantos outros que se dedicaram a explicar as possíveis causas do transtorno.

Cunha (2017, p. 23) relata que o médico pediatra Hans Asperger, em 1944, publicou uma tese descrevendo um complexo de sintomas semelhantes aos expostos por Kanner em crianças na idade de 3 anos, o qual nomeou de psicopatia autística, ressaltando no seu estudo de caso que “a maioria dos indivíduos apresentavam inteligência global normal, mas que é comum que seja desarticulada, com habilidades raras e dificuldades extremas”. Cunha (2017, p. 23) ressalta que, “por não apresentarem deficiência mental ou problemas na fala, essas crianças, adolescentes e adultos podem levar uma vida com qualidade, mesmo com alguma perda na área socioafetiva”.

Brites e Brites (2019) pontuam que a partir de diversas experiências e pesquisas clínicas acumuladas, as teorias baseadas em prováveis causas de natureza emocional se mostraram inconsistentes, dando espaço para uma certeza cada vez maior, de que as causas do TEA residem em uma base neurobiológica.

Por volta dos anos de 1970, ao relacionar os sintomas autísticos aos de natureza puramente neuroestrutural a atenção dos pesquisadores se voltou para o lado biológico e, em 1990, segundo Brites e Brites (2019), com o advento da neurociência, o avanço tecnológico e o aprofundamento da genética, especialidades como neuropsicologia e psicologia cognitiva observaram que o cérebro do indivíduo autista apresentava um funcionamento diferente e, nessa perspectiva, novas teorias psicológicas passaram a explicar de maneira mais lógica esse tipo de comportamento.

3 PERCURSO DA NOMENCLATURA DO TEA

O avanço na ciência, segundo Orrú (2006), Cunha (2017) e Mas (2018), influenciou a nomenclatura utilizada para designar o indivíduo com TEA e isto pode ser

observado nos dois sistemas de classificações diagnósticas psiquiátricas utilizadas no Brasil, tanto na Saúde Pública quanto na Privada, sendo eles: 1) Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que atualmente está em sua 11ª edição – CID-11 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019); 2) Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Conhecido como DSM, encontra-se em sua quinta versão, é um documento que determina os critérios diagnósticos dos transtornos mentais – DSM-5. Trata-se de uma “classificação médica de transtornos e, como tal, funciona como um esquema cognitivo determinado historicamente, o qual tiravantagem de informações clínicas e científicas para aumentar sua compreensão e utilidade” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 54).

Ao longo dos anos, esses dois sistemas passaram por revisões periódicas e, na busca por ancoragem científica começaram a tratar de forma harmônica as conquistas e fracassos das suas versões anteriores e várias modificações aconteceram, sendo uma dessas alterações a incorporação de uma classificação diagnóstica do Transtorno do Espectro Autista (TEA) no DSM-V, em 2013 e na CID-11 em 2019.

As propostas para a revisão dos critérios diagnósticos do DSM foram desenvolvidas por membros dos grupos de trabalho com base em lógica, alcance das mudanças, impacto previsto sobre o manejo clínico e a saúde pública, solidez do respaldo das evidências de pesquisa, clareza geral e utilidade clínica. As propostas abrangeram alterações nos critérios diagnósticos; o acréscimo de novos transtornos, subtipos e especificadores; e a eliminação de transtornos existentes.

É preciso ter clareza de que o DSM e a CID não são manuais prontos e acabados, ao longo dos anos passaram por revisões e reestruturações. É um processo de construção contínua que visa ao aprimoramento da utilidade clínica. Segundo o DSM-5,

[...] quando a APA e a OMS começaram a planejar suas respectivas revisões do DSM e da Classificação internacional de doenças (CID), ambas consideraram a possibilidade de melhorar a utilidade clínica (p. ex., auxiliar a explicação de comorbidade aparente) e facilitar a investigação científica ao repensar as estruturas organizacionais das duas publicações em um sistema linear indicado por códigos alfanuméricos que sequenciam capítulos de acordo com uma estrutura racional e relacional. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 54).

Um acordo de trabalho em conjunto, nos anos de 2003 a 2008, entre a APA e a OMS congregou 13 conferências internacionais para o planejamento de pesquisas para o DSM, envolvendo 400 participantes de 39 países, tendo como objetivo fazer uma revisão da literatura mundial em campos diagnósticos específicos e para providenciar revisões para o desenvolvimento tanto da CID-11 quanto do DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Juntos, os grupos responsáveis pela revisão dos sistemas do DSM e da CID procuraram harmonizar as duas classificações o máximo possível, pelos seguintes motivos:

- A existência de duas classificações principais de transtornos mentais dificulta a coleta e o uso de estatísticas nacionais de saúde, o delineamento de ensaios clínicos destinados ao desenvolvimento de novos tratamentos e a consideração de aplicabilidade global dos resultados por agências de regulação internacional.
- Em um espectro mais abrangente, a existência de duas classificações complica as tentativas de replicar resultados científicos entre países.
- Mesmo quando a intenção era a de identificar populações idênticas de pacientes, nem sempre os diagnósticos do DSM-IV e da CID-10 concordavam. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 55).

Entende-se, então, que o DSM e a CID são documentos que tinham objetivos em comum, paralelos e muitas vezes divergentes sobre prognósticos clínicos; contudo, buscaram por uma linguagem compartilhada e pela evolução da utilidade clínica. Desse modo, quebraram paradigmas e, a partir de 2003, tomaram iniciativas e se alinharam em prol de contribuir para o delineamento de planos de intervenções mais satisfatórias.

Em relação à terminologia relacionada ao autismo, esta sofreu modificações ao longo dos anos. Na primeira versão do DSM estava relacionado a sintomas de esquizofrenia; na segunda edição passou a ser considerado como Esquizofrenia do tipo infantil; no DSM III era nomeado de Distúrbio Autista; na quarta versão o autismo se encontrava na categoria Transtornos Globais do Desenvolvimento; e somente na quinta versão do DSM é que o autismo passa a ser nomeado como Transtorno do Espectro Autista. As mudanças nas nomenclaturas referentes ao TEA, são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Linha do Tempo - Construção da classificação psiquiátrica do Transtorno do Espectro Autista nas edições do DSM

ANO	DESCRIÇÃO
1952	DSM I - Na primeira versão, o termo autismo aparece apenas quatro vezes e está relacionado apenas a sintomas da esquizofrenia.
1968	DSM II – Nesta edição a categoria passa a ser descrita como: Esquizofrenia, do tipo Infantil. A palavra autismo aparece apenas duas vezes, uma para descrever um dos sintomas da Esquizofrenia do tipo infantil e outra para descrever a forma de pensamento da Personalidade Esquizóide. Este documento coincide com a efetivação do CID-8 de 1968.
1980	DSM - III – É uma edição que passa por mudanças significativas em sua estrutura, em que critérios específicos de diagnósticos são implementados. Aqui o termo Esquizofrenia do tipo infantil desaparece, dando lugar a Distúrbios Globais do Desenvolvimento, no qual o autismo passa a ser nomeado Distúrbio Autista . Segundo o estudo de Mas (2018): - Foi o primeiro DSM a apresentar o autismo como uma classificação psiquiátrica. - Primeira edição que pontua que o planejamento de um tratamento deve iniciar com uma avaliação diagnóstica precisa. - Nesta edição, ainda não havia a implementação da palavra transtorno. Aqui há um aumento substancial do emprego da palavra autismo, ela aparece 57 vezes, apresentando um aumento de 2850%, em relação ao aparecimento do termo autismo do DSM II.
1994	DSM IV – Agora, em vez do termo distúrbio , passa a ser usada a palavra Transtorno como tradução de disorder, e a palavra global muda para invasivo , no qual o autismo se enquadrou na categoria “Transtornos Globais do Desenvolvimento”. Esta categoria abarcou, o Transtorno Autista, a Síndrome de Rett, a Síndrome de Asperger, o Transtorno Desintegrativo da Infância e o Transtorno Global do Desenvolvimento, no Sem Outra Especificação no diagnóstico de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento . Aqui, o emprego da palavra autismo segue aumentando e aparece 82 vezes.
2013 a 2022	DSM V – Esta edição foi aprovada pelo Conselho da APA em dezembro de 2012 e a primeira foi disponibilizada em 2013. Engloba o Transtorno autista, Transtorno de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento no diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista – TEA . Aqui, o termo autismo aparece 192 vezes, ou seja, 110 vezes a mais que no DSM IV.
2023	DSM V TR – é o documento em vigência. Nesse documento houve alterações nos critérios diagnósticos, mas a terminologia permanece como Transtorno do Espectro Autista – TEA .

Fonte: Elaborado pelas autoras com base em Orrú (2006), Martins (2011), Mas (2018), Gaiato (2018), Grandin (2018), Fernandes, Tomazelli e Girianelli (2020), American Psychiatric Association (2014), American Psychiatric Association (2022).

O DSM apresentou diferentes termos para denominar o TEA, e esse percurso histórico denota o processo/resultado de ações conjuntas que visam organizar informações para auxiliar em um diagnóstico preciso para o transtorno e, conforme

descrito no Quadro 2, foi somente a partir do ano de 2013 que o autismo passou a ser denominado de Transtorno do Espectro Autista.

Em seu estudo, Mas (2018, p. 42) explica que a justificativa para a incorporação dessa nova forma de classificação é “melhorar a sensibilidade e a especificidade dos critérios para o diagnóstico de transtorno do espectro autista e para identificar alvos mais focados de tratamento para os prejuízos observados”.

Para Fraga (2009, p. 6), o novo olhar expresso pela mudança de nomenclatura relaciona-se “à evolução dos estudos e aquisição de novos conhecimentos, no qual o autismo deixa de ser considerada doença e passa a ser conceituado como síndrome, por apresentar um conjunto de sintomas”.

Portanto, o TEA é uma condição do neurodesenvolvimento e não uma doença, e para evitar interpretações errôneas sobre esse transtorno, como a busca pela cura, por exemplo, precisamos compreender a distinção entre doença, síndrome e transtorno do neurodesenvolvimento (Quadro 3).

Quadro 3 – Conceitos

TERMINOLOGIA	CONCEITO
Doença	Alterações fisiopatológicas resultante de fatores externos ou internos.
Síndrome	Agrupamento de sinais e sintomas baseado na sua ocorrência frequente em conjunto que pode sugerir patogênese subjacente, curso, padrão familiar ou seleção do tratamento comum (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).
Transtorno do Neurodesenvolvimento	É um grupo de condições que se manifestam em idade precoce na vida das crianças, com déficits que geram prejuízos pessoais, social, acadêmico ou profissional.

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em Caló (2019) e Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5(2014).

Tem-se como resultado dessas ações conjuntas e das mudanças ocorridas, especificação criteriosa dos sintomas, que muito tem colaborado para melhor compreensão das exigências que o transtorno apresenta, possibilitando focar nas necessidades específicas do sujeito com TEA.

4 O TEA E SUAS CARACTERÍSTICAS DESCRITAS NA CID ENO DSM

Como pode ser visto até aqui, os dois manuais, tanto a CID como o DSM podem ser entendidos como guias práticos que orientam tanto os clínicos, quanto os demais pesquisadores das diversas áreas, pois neles estão descritas as características do indivíduo com TEA e com os demais transtornos mentais.

Em 2022, a classificação do Transtorno do Espectro Autista na CID 11 é a **6A02**, e suas subcategorias são descritas no Quadro 4.

Quadro 4– O TEA e suas subcategorias

CID	DESCRIÇÃO
6A02.0	TEA sem Desordem do Desenvolvimento Intelectual e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional;
6A02.1	TEA com Desordem do Desenvolvimento Intelectual e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional;
6A02.2	TEA sem Desordem do Desenvolvimento Intelectual e com linguagem funcional prejudicada;
6A02.3	TEA com Desordem do Desenvolvimento Intelectual e com linguagem funcional prejudicada;
6A02.4	TEA sem Desordem do Desenvolvimento Intelectual e com ausência de linguagem funcional;
6A02.5	TEA com Desordem do Desenvolvimento Intelectual e com ausência de linguagem funcional;
6A02. Y	Outro Transtorno do Espectro do Autismo especificado;
6A02. Z	Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de adaptação de CID-11 - 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

Concordamos com Whitman (2015, p. 15), quando ele pontua que “o autismo é um transtorno que tanto fascina quanto frustra a comunidade científica. É um transtorno que apresenta grandes desafios àqueles que oferecem serviços para esta população”.

No DSM-V, os transtornos do neurodesenvolvimento são definidos 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. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 75).

Os sintomas desses transtornos representam “um *continuum* único de prejuízos com intensidades que vão de leve a grave nos domínios de comunicação social e de comportamentos restritivos e repetitivos em vez de constituir transtornos distintos” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 42).

De acordo com o DSM-V, o Transtorno do Espectro Autista é dividido em três níveis de apoio. Exigindo apoio para o nível 1, apoio substancial para o nível 2 e apoio muito substancial para o nível 3. O detalhamento desses níveis é apresentado no Quadro 5.

Quadro 5– Níveis de apoio para o Transtorno do Espectro Autista

NÍVEL 3 “EXIGINDO APOIO MUITO SUBSTANCIAL”	
Comunicação social	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer as necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.
Comportamentos restritos e repetitivos	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interfere acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.
NÍVEL 2 “EXIGINDO APOIO SUBSTANCIAL”	
Comunicação social	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.
Comportamentos restritos e repetitivos	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
NÍVEL 1 “EXIGINDO APOIO”	
Comunicação social	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer

	amizades são estranhas e comumente malsucedidas
Comportamentos restritos e repetitivos	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir da AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014, p. 96).

Martins (2011) explica que em razão de um aumento de observações dos clínicos, o número de diagnósticos de pessoas com autismo tem aumentado. O tratamento desta patologia precisa ser adequado às singularidades do indivíduo e para obter melhores resultados, deve ser iniciado em idades precoces incluindo componentes farmacológicos, educacionais, comportamentais e psicológicos. É fundamental desenvolver um trabalho multidisciplinar, envolvendo a participação de psiquiatras, terapeutas da fala/ocupacionais, pediatras, neurologistas e psicólogos, realçando a importância de um tratamento específico e personalizado, de acordo com a gravidade do quadro clínico de cada criança.

Estudiosos, tais como Brites e Brites (2019) e Whitman (2015), buscam estratégias para reconhecer com segurança o Transtorno do Espectro Autista já no primeiro ano de vida, enfatizando que o atendimento médico precoce é fundamental para influenciar a evolução do autismo.

Segundo Zorzetto (2011, p. 3), “quanto mais cedo se identificam os sinais, melhores as chances de intervir para tentar recuperar a capacidade de a criança se relacionar com os outros e buscar a construção de uma linguagem significativa”.

Brites e Brites (2019), pontuam 12 sinais que, se percebidos antes dos dois anos, colaboram para a identificação do transtorno:

Pouco ou nenhum contato visual; Indiferença ao colo dos pais ou preferência por ficar solto explorando coisas e objetos; Não apresentar balbucios até o sexto mês de vida; Pouca ou nenhuma resposta ao estímulo dos outros à sua volta; Irritabilidade frequente; Atraso na aquisição de gestos sociais; Problemas na fala com atraso ou regressão; Movimentos repetitivos e sem intenção social; Pouca ou nenhuma intenção voluntária para brincar com outras crianças; Brincar de maneira diferente (valoriza demais as partes dos brinquedos, tem mania de rodar e de enfileirar, não entende o simbolismo por detrás dos brinquedos); Foco excessivo em detalhes/formas/cores das coisas, e; Desprazer ou sofrimento durante atividades sociais corriqueiras (festas de aniversários e confraternizações, por exemplo). (BRITES; BRITES, 2019, p. 77-78).

A morosidade na identificação dos traços autísticos contribui para o atraso nos direcionamentos metodológicos das aulas de um professor. Sem a identificação das características em idades precoces, o estudante com TEA corre o risco de permanecer na exclusão por vários anos. Para agilizar as adaptações curriculares, é interessante olhar para essas características antes que a criança inicie o processo de alfabetização.

Para preparar uma aula inclusiva, escolher as ferramentas adequadas e mediar de forma assertiva o educador precisa, em primeiro lugar, conhecer as principais características do espectro, conhecer o seu estudante, identificar suas limitações e, em especial, suas potencialidades.

Whitman (2015), professor de Psicologia na Universidade de Notre Dame, nos Estados Unidos, apresenta um quadro com as características frequentemente relacionadas ao TEA.

Quadro 6 – Visão geral das características frequentemente associadas ao autismo

DOMÍNIO/ PROCESSO	CARACTERÍSTICAS
Sensorial	Hipersensibilidade, hipossensibilidade, evitação sensorial, busca sensorial, problemas de integração vestibular proprioceptiva e sensorial.
Motor	Atraso no desenvolvimento motor, problemas com coordenação motora fina e grossa, baixo tônus motor, problemas de planejamento motor, falta de destreza, dificuldades de coordenação.
Estimulação/ ativação/ emoção	Hiperestimulação, hipoestimulação, temperamento difícil ou lento, alta reatividade emocional, fraca regulação emocional, medo generalizado, ansiedade, depressão, problemas motivacionais.
Cognição	Dificuldade de atenção, pensamento concreto, boas habilidades de “visualização”, fraco aprendizado incidental e por observação, falta de “brincadeiras de faz de conta”, problemas de funcionamento metacognitivo e executivo, dificuldade na solução de problemas, baixo entendimento social e sobre si mesmo (teoria das doenças mentais), baixo QI, retardo mental, competências savant.
Interação Social	Fracos contatos visuais, deficiências na imitação, atenção conjunta e referências sociais, baixa iniciativa de interações sociais, tendência a isolar-se, afeto social embotado e inapropriado, falta de empatia, baixo uso de gestos sociais, falta de conscientização sobre protocolos sociais e amizades superficiais.
Linguagem/ comunicação	Problemas de comunicação (p. ex., falta de gestos sociais, ecolalia, deficiências na linguagem expressiva e receptiva, uso idiossincrático da linguagem, inversão de pronomes, linguagem em script, deficiências pragmáticas, fraca compreensão de leitura e fala coloquial).
Autorregulação	Falta de habilidades apropriadas de autorregulação, dificuldade de automonitoramento, autoinstrução e autoavaliação, deficiências na solução de problemas, incapacidade para solicitar e utilizar apoios instrumentais e emocionais, sinais de fraca autorregulação (impulsividade, distração, hiperatividade, TDAH, comportamento estereotipado e autoestimulador, interesses obsessivos e limitados,

	comportamentos compulsivos e ritualísticos).
Problemas comportamentais	Desobediência, agressividade, autoagressividade, problemas com o sono e com a alimentação.
Características físicas/ saúde	Aparência “normal”, circunferência craniana grande, convulsões.

Fonte: Whitman (2015,p. 58-59).

Um olhar atento levará à compreensão das habilidades e necessidades de uma pessoa com TEA. Nesse sentido, perceber suas características, entender suas singularidades, sua forma de se relacionar com o mundo e seu jeito de controlar as emoções, é um dos caminhos a ser percorrido para realizar uma avaliação sobre como melhor adaptar as ações educativas, e esta compreensão exige uma postura sensível da parte do professor.

5 LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO DO INDIVÍDUO COM TEA

Observa-se que uma das características do indivíduo com TEA é a limitação da linguagem expressiva e receptiva e que essa limitação pode causar prejuízos ao aprendiz. Neste sentido, cabe ao educador a responsabilidade de compreender as funções da linguagem e quais os meios e ferramentas que contribuem para estimular a comunicação entre os pares em uma sala de aula.

Whitman (2015, p. 185) pontua que, “deficiências da linguagem e da comunicação são características centrais usadas para o diagnóstico do autismo”. Alguns têm expressão e recepção mínima ou até mesmo ausente, outros têm a linguagem bem elaborada, mas com prejuízos no seu uso em momentos de socialização. Gaiato (2018, p. 163), por sua vez, explica que “o atraso na comunicação é o principal sintoma que chama a atenção dos pais de crianças pequenas. Geralmente, é isso que os convence a buscar tratamento”.

Munhoz (2021, p. 120) também pondera sobre a linguagem no TEA e ressalta que “crianças com TEA apresentam alterações na linguagem, tanto ao nível da compreensão no processamento da informação verbal e não verbal, quanto ao nível da expressão verbal e gestual”. Muitas desenvolvem a fala e o discurso lentamente, além

disso, as limitações com o uso da linguagem como meio de comunicação social persistem até a fase adulta.

A linguagem na sociedade tem papel preponderante, afirma Souza (1994, p. 21), em razão de “sua característica constituidora do sujeito, da história e da cultura”, assumindo função-chave sobre as nossas interações, pois é por meio da linguagem que o ser humano representa a realidade e se comunica com ela. Sendo assim, na perspectiva de uma educação inclusiva, considera-se que durante os processos de ensino e aprendizagem do estudante, faz-se necessário envolvê-lo nos mais diversos tipos de linguagens, tais como: oralidade, escrita, sonora, corporal, visual e digital; pois a linguagem é um meio de interação humana, uma forma autêntica de comunicação e a qualidade dessa interação é determinante para o desenvolvimento e a inclusão do indivíduo com TEA.

Observa-se que a linguagem é um campo rico em possibilidades e quando bem desenvolvida colabora para a autonomia do indivíduo, mas, quando há limitações em seu desenvolvimento, pode gerar conflitos e dificuldades. Por isso, Munhoz (2021) explica que é preciso ensinar e auxiliar com estímulos para o desenvolvimento desde cedo, a fim de que a criança venha a se comunicar, expressar suas emoções, vontades e fazer seus pedidos. A autora apresenta como proposta para estimular a comunicação, o uso da comunicação suplementar alternativa (CSA), entre outras sugestões:

1-Todas as atividades que realizar com a criança associe com uma palavra ou instrução simples. Por exemplo, ao oferecer uma banana diga “olha a banana”, dando ênfase à palavra-alvo. 2- Para facilitar a compreensão, quanto menores forem as frases que falar para a criança, melhor para ela fazer as associações entre as palavras faladas e o objeto/evento designado. 3- Não tenha medo de usar CSA. Inicie o quanto antes. Ensinar a criança a se comunicar é prioridade. Isso auxiliará a eliminar muitos comportamentos disruptivos também. Recomendo o Sistema de Comunicação por troca de figuras (PECS). 4- Independentemente do sistema CSA escolhido, sempre nomeie marcadamente o símbolo utilizado com a criança e incentive imitar. 5- Inicie com palavras isoladas e gradativamente estimule a combinação de duas palavras e frases, baseando-se no desenvolvimento normal da linguagem. (MUNHOZ, 2021, p. 121).

Assim, há várias possibilidades de estimular a linguagem, e é na forma como se conduz o processo de seu desenvolvimento que as interações sociais também serão promovidas, ou seja, na linguagem habita a possibilidade de promover o desenvolvimento tanto no aspecto individual quanto no coletivo.

6 AÇÕES ASSERTIVAS NA BUSCA PELA INCLUSÃO

Diante do que foi apresentado anteriormente, surge o questionamento de como isso ocorre no contexto da escola. Mesmo com o avanço da ciência, dos diversos estudos sendo realizados e a própria mudança na nomenclatura; ainda são muitos os desafios enfrentados pelos professores e profissionais da escola.

Para agir de forma assertiva, a relação de confiança entre professor-escola-família é fundamental, aproximar-se dos responsáveis pelo estudante, estabelecer um diálogo sobre o comportamento da criança, compreender suas sensibilidades e suas necessidades, entender as suas reações e os possíveis motivos e situações que o desestabilizam desencadeando as crises, são fatores importantes para pensar sua prática de forma inclusiva. Além de adaptar conteúdos e formas de abordagem voltadas para a aprendizagem dos componentes curriculares é preciso considerar ainda as dificuldades com a interação social(CUNHA, 2017; BRITES e BRITES, 2019).

De um lado, a mudança na nomenclatura ao longo do tempo e as diversas classificações existentes no espectro também modifica os olhares sobre a pessoa com TEA. A compreensão de que não há uma causa diagnosticada para tal, ou seja, pelo fato de não ser uma doença, altera a expectativa em relação à uma possível cura. Com a compreensão do espectro, a percepção dos traços autísticos cada vez mais precoce e as possibilidades de intervenções com as diversas terapias, passa-se a considerar as potencialidades da pessoa com autismo, e a buscar a sua inserção social com êxito. Para muitos, quando se descobre qual o seu hiperfoco e os seus principais interesses, tornam-se muito dedicados naquilo que se comprometem a fazer, alcançando resultados bastante satisfatórios. As terapias e os ambientes organizados de acordo com as necessidades da pessoa com TEA contribuem para que aprendam a se autorregular. Do mesmo modo, quando as pessoas que lhe são próximas também têm essa compreensão podem contribuir para que as crises tenham tempo cada vez mais curto e ocorram com menos frequência(ORRÚ, 2016.).

De outro lado, ainda são muitos os desafios a serem enfrentados na escola para a efetiva inclusão. Dentre eles é possível citar: a dificuldade das famílias em propiciar as terapias necessárias para seus filhos, o que minimiza alguns comportamentos inadequados/estereotipados e pode orientar tanto família como escola em como atuar

de forma assertiva com os estudantes com TEA; a falta de preparo e formação dos profissionais da escola para acolher e incluir a pessoa com TEA no contexto escolar com práticas adaptadas e não capacitistas, ou seja, livre de preconceitos e crenças limitantes, de modo a considerar a pessoa com TEA aquela que possui especificidades, porém nesse sentido, não diferente das outras pessoas que também as possuem, mas, cada um com sua singularidade (ORRÚ, 2016); a presença da rede de apoio, como um professor do Atendimento Educacional Especializado(AEE)em Sala de RecursosMultifuncionais (SRM)e o professor de apoio em sala de aula quando necessário, entre outros (WHITMAN, 2015, CUNHA, 2017; BRITES e BRITES, 2019).

Daí a importância de conhecer o diagnóstico do estudante, pois as adaptações devem ser realizadas de acordo com as necessidades e características de cada um, com muita atenção à forma como cada estudante reage a determinados estímulos, o que o desestabiliza ocasionando as crises e como ele se autorregula (quando já aprendeu a fazer isso). Como cada um apresenta características diferentes, não tem como o professor ter a certeza de que a estratégia e a adaptação realizada com um estudante apresentarão os mesmos resultados quando aplicado com outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo apresentar algumas ponderações sobre o percurso das nomenclaturas do termo Transtorno do Espectro Autista (TEA) que ocorreram ao longo dos anos na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

Por meio da pesquisa bibliográfica empreendida, verificou-se que o avanço na ciência influenciou a nomenclatura utilizada para designar o indivíduo com TEA.

Ao longo da história, constatou-se que a CID e o DSM tinham objetivos em comum sobre os prognósticos clínicos. Aos poucos buscaram por uma linguagem compartilhada, quebraram paradigmas e tomaram iniciativas em prol de colaborar para o delineamento de planos de intervenções mais satisfatórias. Em decorrência da evolução nas pesquisas e por apresentar um conjunto de sintomas, o autismo deixou de ser considerado doença e passou a ser entendido como transtorno.

A possibilidade de identificação das singularidades e características do estudante com TEA é resultado de ações conjuntas e colaborativas entre os diversos saberes, partindo de buscas por aprimoramentos através de pesquisas que se iniciaram na década de 50 do século XX. Temos como resultado desse processo de mudanças, especificação criteriosa dos sintomas, não apenas no âmbito da saúde, mas também da educação e no mundo.

As contribuições deste estudo oportunizam a ampliação do olhar em relação aos estudos até então conduzidos para outros profissionais que também se dedicam a propostas inclusivas.

Conclui-se que, na medida em que avançam as pesquisas - o modo de olhar o sujeito com TEA vai sendo modificado, exigindo que os pesquisadores e profissionais da Educação busquem se apropriar dos novos conhecimentos que foram emergindo. Portanto, conforme o tempo passa, a apropriação do conhecimento se faz necessária e nesse movimento, é preciso acompanhar o ritmo e se preparar para ter condições de proporcionar momentos significativos e envolventes, para de fato incluir a todos.

Espera-se que este estudo possa fornecer subsídios que propiciem novas pesquisas acerca do processo inclusão dos estudantes com TEA.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5-TR**. Washington: Associação Americana de Psiquiatria, 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília, DF: Presidência da República, dez. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12764.htm . Acesso em: 4 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-11 - 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças**. Genebra: OMS, 2019. Disponível em inglês em: <https://icd.who.int/en>. Acesso em: 4 nov. 2023.

ORRÚ, S. E. **Aprendizes com autismo**. Aprendizagem por eixos de interesse em espaços não excludentes. Petrópolis: Vozes, 2016.

ORRÚ, S. E. **A constituição da linguagem de alunos autistas apoiada em comunicação suplementar alternativa**. 2006. 210 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2006.

SOUZA, S. J. **Infância e linguagem**: Bakhtin, Vygotsky e Benjamin. Campinas: Papirus, 1994.

WHITMAN, T. L. **O desenvolvimento do autismo**. São Paulo: M.Books Brasil, 2015.

ZORZETTO, R. O cérebro no autismo. **Pesquisa FAPESP**, São Paulo, ed. 184, jun. 2011. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/o-c%C3%A9rebro-no-autismo/>. Acesso em: 4 nov. 2023.

Recebido em 05/11/2023

Versão corrigida recebida em 30/11/2023

Aceito em 01/12/2023

Publicado online em 13/12/2023