



Autismo: diversidades de concepções e multiplicidades de manifestações

Autism: Diversity of Conceptions and Multiplicity of Manifestations

Maisa Alves dos Santos¹ Everaldo Lauritzen Lucena Filho²

Submetido: 15/03/2024 Aprovado: 18/05/2025 Publicação: 26/05/2025

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem se configurado como uma temática de destaque nas agendas científicas internacionais, em virtude da heterogeneidade de suas manifestações clínicas e do aumento expressivo na prevalência de diagnósticos em escala global. O presente artigo, fundamentado em revisão bibliográfica, objetiva apresentar distintas abordagens teóricas desenvolvidas, ao longo dos anos, por diversas áreas do saber, no intuito de elucidar os aspectos sintomatológicos e etiológicos do TEA. A análise empreendida evidencia a existência de uma polissemia conceitual em torno da compreensão do transtorno, marcada pela pluralidade de perspectivas e interpretações. Tal constatação aponta para a inviabilidade de uma explicação única ou reducionista, diante da complexidade inerente às múltiplas formas de subjetivação e experiências de mundo vivenciadas pelos indivíduos com TEA.

Palavras-Chave: Autismo; TEA; TGD

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) has emerged as a prominent topic on international scientific agendas due to the heterogeneity of its clinical manifestations and the significant global increase in diagnostic prevalence. This article, based on a literature review, aims to present different theoretical approaches developed over the years by various fields of knowledge, in an effort to elucidate the symptomatological and etiological aspects of ASD. The analysis undertaken highlights the existence of conceptual polysemy surrounding the understanding of the disorder, characterized by a plurality of perspectives and interpretations. This observation points to the infeasibility of a single or reductionist explanation, given the complexity inherent to the multiple forms of subjectivation and world experiences lived by individuals with ASD.

Keywords: Autism; ASD; PDD

¹ Colégio Mater de Porto Seguro. maisacordel@outlook.com

² Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis, BA e Prefeitura Municipal de Porto Seguro, BA. Meu everaldolauritzenpsi@gmail.com

1. Histórico das concepções sobre o Transtorno do Espectro Autista

Ao abordamos o TEA faz-se necessário inicialmente falar um pouco sobre como o autismo foi visto e estudado através dos anos. Podemos dizer que a construção do conceito que temos hoje do sujeito com autismo é bem diversa daquela quando o transtorno começou a ser estudado. No entanto, resquícios daquela época influenciam ainda muitas concepções que as pessoas possuem a respeito do que, realmente, é o autismo.

Como era de costume, o autismo também foi visto inicialmente como má formação infantil, sendo penalizado com o abandono ou a exclusão social, até o século XIX.

Historicamente as crianças com necessidades especiais foram colocadas às margens da sociedade e impedidas de desenvolver suas capacidades e habilidades como indivíduos e cidadãos, sendo rotuladas com adjetivos que as limitam como incapazes ou doentes, apenas por influência de uma cultura baseada nos princípios do belo e do perfeito. (ORRU, 2007, p. 44)

O termo autismo vem do grego “*autós*” que denotando “de si mesmo”. Em 1906, o psiquiatra Plouller Eugene introduziu a expressão autista na literatura psiquiátrica ao estudar pacientes que tinham diagnóstico de demência precoce, na época, esquizofrenia. Mas, somente em 1911 é que Eugen Bleuler, psiquiatra suíço, notável pelas suas contribuições para o entendimento da esquizofrenia, começa a difundir o termo pelo mundo, referindo-se às crianças esquizofrênicas que não mantinham contato social. (SOUSA e SANTOS, 2005).

Em meados do século XX, o psiquiatra austríaco Léo Kanner começa uma pesquisa com crianças que apresentavam desinteresse ao mundo externo, não respondendo aos estímulos advindos do mundo exterior. (SCHWANZMAN e ASSUMPÇÃO JUNIOR, 1995).

A primeira descrição dessa síndrome foi apresentada por Leo Kanner, em 1943, com base em onze casos de crianças que ele acompanhava e que possuíam algumas características em comum: incapacidade de se relacionarem com outras pessoas; severos distúrbios de linguagem (sendo esta pouco comunicativa) e uma preocupação obsessiva pelo que é imutável (*sameness*). Esse conjunto de características foi denominado por ele de autismo infantil precoce (BOSA, 2000 p. 22).

Desde a descrição clínica por Léo Kanner, numerosos autores destinaram-se à tarefa de examinar o autismo, fundamentados em várias teorias e cursando caminhos distintos. Inicialmente alegava-se que o autismo estava ligado às expressões afetivas maternas e dificuldade na dinâmica familiar (TAMANAH, PERISSINOTO e CHIARI, 2008).

Na medida em que foi entrando em contato com os pais destas crianças Kanner deu início a anotações relacionadas a eles e suas relações com os filhos. Kanner alegou que os pais destas crianças instituíam um contato afetivo muito frio com elas, dando origem ao termo “mãe geladeira”,

referindo-se as mães de autistas, que com seu jeito “frio” e afastado de se relacionar com os filhos, gerou neles uma resistência inconsciente, a qual seria direcionada para situações de processo social (SILVA, 2010).

Em 1948 Léo Kanner anotou em seu manual de psiquiatria infantil que a maior parte das crianças que chegavam até ele com características autistas tinha determinadas coisas em comum, os pais ou os avós eram médicos, cientistas, escritores, jornalistas e estudiosos que expunham uma inteligência acima da média. (ORRÚ, 2007).

O autismo foi descrito, de maneira análoga, com outro distúrbio alcunhado de transtorno de Asperger. As crianças avaliadas pelo pediatra austríaco Hans Asperger, no ano de 1944 em Viena, apontavam para relações sociais prejudicadas, bem como as descritas por Kanner. Apesar disso, Asperger acreditava que elas eram distintas das crianças com autismo no grau em que não eram tão ensimesmadas, evidenciavam capacidades especiais, demonstravam fala altamente gramatical em uma idade precoce e não exibiam sintomas antes do terceiro ano de vida. No início do século XXI, compreende-se que o transtorno de Asperger se diferenciava do autismo por não possuir necessariamente déficit ou deficiência de linguagem ou do adiantamento cognitivo (SOUSA e SANTOS, 2005). Mas, a aproximação diagnóstica entre os quadros clínicos descritos por Kanner e Asperger foi realizada primeiramente, no início da década de 1970, com uma sugestão de identificação da Psicopatia Autística (TAMANAH, PERISSINOTO e CHIARI, 2008).

A doutora em educação Silvia Ester Orrú (2007) lembra que as pesquisas de Kanner continuaram e em 1957 ele analisou a conduta dos pais e suas crises de personalidades, como fundamental fator do alargamento do transtorno nas crianças, ainda em sua vida intrauterina. O fato se devia a uma gestação perturbada ou recusada pela qual o feto passara, sem os pais ou qualquer outra pessoa depois o nascimento, perdendo completamente sua possibilidade de comunicar-se. No ano seguinte Kanner embrenhou-se sobre o entendimento do autismo em nível biológico, psicológico e social. (ORRÚ, 2007).

Por volta de 1960 o psicólogo Ivar Lovaas e suas estratégias psicoterápicas comportamentais passaram a ganhar notoriedade no manejo do transtorno. Seus efeitos vão se mostrando mais eficientes que as clássicas terapias psicodinâmicas. (SILVA, 2010).

As primeiras pesquisas comportamentais, enfocando a criança com autismo foram as de Ferster (1961) e Ferster e DeMyer (1961, 1962), realizadas em laboratório, cuja contribuição foi explicitar, de forma concreta, a aplicabilidade dos princípios de aprendizagem ao estudo de crianças com distúrbios de desenvolvimento a partir de adequações ambientais que provocavam alterações no comportamento dessas crianças. As muitas pesquisas publicadas a partir da década de 60 relataram diversos programas de intervenção que apresentavam os princípios da teoria de aprendizagem como aplicáveis não apenas a comportamentos simples, mas também a outros de natureza mais complexa e clinicamente significantes. (...) No trabalho com alunos autistas, Ferster (1961) discutiu a questão da

aprendizagem do comportamento autista tendo como fundamento os pressupostos operantes que entendem que o comportamento é controlado por suas consequências e, em razão de variáveis históricas e ambientais, o comportamento da criança com autismo não é funcional. (ORRÚ, 2008, p. 2.)

Em 1966, por Andréas Rett, um pediatra austríaco realizou uma pesquisa por meio da análise comportamental de 22 meninas que manifestavam um distúrbio neurológico progressivo, com atraso do desenvolvimento psicomotor, ataxia (condição de falta de coordenação dos movimentos podendo afetar a força muscular e o equilíbrio), estereotípias das mãos e convulsões. Tinham forte comportamento autístico, demência, perda da expressão facial e apresentavam um desenvolvimento neuropsicomotor normal nos primeiros meses do nascimento. Entretanto a Síndrome de Rett só foi realmente divulgada após a publicação do trabalho do médico sueco Dr. Bengt Hagberg e colaboradores, em 1983, com uma revisão de literatura. A primeira publicação realizada no Brasil foi feita por Rosemberg, em 1987, com a descrição de cinco casos. Essa síndrome é caracterizada pela desaceleração do crescimento do crânio, deficiência cognitiva profunda, movimentos estereotipados das mãos e alterações no crescimento. (MONTEIRO, 2007)

Em 1969, Clancy, Dugdale e Rendle-Short, da Universidade de Queensland, Austrália, publicaram um estudo no qual apontam os quatorze sintomas mais importantes do autismo. Essa proposta tem sido divulgada pelas associações de pais de autista na América e na Europa (SCHWARTZMAN, 1995).

A partir da década de 1970, avanços se deram nos estudos a respeito do autismo, tanto na literatura especializada para o diagnóstico do transtorno, como nos estudos sobre o enfoque de suas possíveis causas. Foi a época em que as pesquisas realizadas apontaram que a epilepsia é 60 vezes mais frequente entre os autistas do que na população em geral, que a deficiência intelectual se fazia presente em mais de 75% dos casos de autismo (ORRÚ, 2007).

Foi a partir de 1970 que se avivaram as discussões em prol da nova mudança relacionada à visão que se trazia das crianças autistas e, a partir da década de 1980, que começaram diversos experimentos mais sistematizados com a finalidade de integrar essas pessoas com necessidades especiais educacionais ao sistema da escola regular. (FACION, 2002).

A década de 70 foi marcada pelo desenvolvimento do método TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren* - Tratamento e Educação de Crianças autistas e de Comunicação relacionados com Deficiência) pelo Dr. Eric Schopler professor de psicologia e diretor desse programa da Universidade da Carolina do Norte até 1994, hoje um dos métodos mais conhecidos no mundo inteiro relacionado à educação formal de autistas. (CARLA, 2008)

A década de 1990 foi crucial no alargamento das discussões, no aumento da sistematização dos experimentos – inclusive com pessoas autistas com necessidades especiais mais severas – e na procura de opções mais eficazes para chegar aos objetivos propostos. (FACION, 2002).

Ainda na tentativa de uma breve marcação cronológica das terminologias e concepções sobre o autismo é válido evidenciar que segundo Mercadante, Gaag e Schwartzman (2006) o termo Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) passa a ser utilizado por volta da década de 1960, a partir de pesquisas Michael Rutter e Donald Cohen, mas ganha maior repercussão na última década do século XX.

No Brasil vemos o termo TGD aparecer na Resolução nº 04, de 2 de outubro de 2009 que aponta as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial quando é descrito o público alvo do Atendimento Educacional Especializado, além de alunos com outras deficiências vemos essa resolução caracterizar as pessoas com TDG como participantes desse atendimento, sendo então nela descrito que:

II: Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: aqueles que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotípias motoras. Incluem-se nessa definição alunos com autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicoses) e transtornos invasivos sem outra especificação.

A APA em 2000 propõe que os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) seriam marcados por um comprometimento grave e global em múltiplas dimensões do desenvolvimento: habilidades de interação social, habilidades de comunicação, presença de estereotípias de comportamento, interesses e atividades. Sendo os danos que caracterizam esse transtorno acentuados em relação ao nível de desenvolvimento ou idade intelectual do sujeito (APA, 2000).

Na atualidade o DSM-V concatenou tais transtornos em um diagnóstico específico– Transtornos do Espectro Autista (TEA), que, de acordo com a Lei de nº 12.764, merecer ser entendido como deficiência para todos os efeitos legais.

Podemos perceber que as concepções que vão sendo agenciadas sobre o autismo vão produzindo novas formas de compreender e lidar ele. Por fim, acompanhando a caminhada das narrativas cunhadas pelos especialistas sobre vale a pena lembrar que no DSM V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) vemos algumas mudanças sobre o respeito do autismo. Nesse documento, o termo TGD foi substituído pela categoria Transtorno do Espectro Autista, considerado como um transtorno do neurodesenvolvimento, termo mais utilizado atualmente. Assim, podemos perceber com tal passeio histórico, ainda que breve, a polissemia das concepções sobre o TEA, ao longo do tempo.

2. (In) Definições sobre o TEA

Para iniciarmos a tentativa de definir o que seria o TEA, precisamos novamente nos aproximarmos de Kanner (1948 apud ORRÚ, 2007) que considerou o autismo como uma psicopatologia com as subsequentes observações: o autismo infantil precoce é uma síndrome bem definida, passível de ser observada com pequenas dificuldades no curso dos dois primeiros anos de vida. Sua natureza essencial estaria conectada com a esquizofrenia, pelo que o autismo infantil mimetizaria uma manifestação da esquizofrenia infantil. Cinco anos após o Kanner coloca o autismo como psicose, em virtude da falta de comprovações laboratoriais.

Alguns autores como Melanie Klein diziam que o autismo era um quadro de psicose. Somente depois da década de 1980 muitos autores passaram a deixar de conceber o autismo como quadro psicótico, como exemplo Dr. Christian Gauderer, pediatra e psiquiatra infantil, embora muitos acrescentem que possa existir no autismo, quadros esquizofrênicos. Para Gauderer (1997 apud FACION, 2002) o autismo infantil é visto como um distúrbio comportamental e emocional advindo de um comprometimento orgânico cerebral e não de causa psicogênica. (FACION, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o autismo da seguinte forma:

Autismo é uma síndrome presente desde o nascimento e se manifesta invariavelmente antes dos 30 meses de idade. Caracteriza-se por respostas anormais a estímulos auditivos ou visuais, e por problemas graves quanto à compreensão da linguagem falada. A fala custa a aparecer, e quando isto acontece, notam-se ecolalia, uso inadequado dos pronomes, estrutura gramatical imatura, inabilidade de usar termos abstratos. Há também, em geral, uma incapacidade na utilização social, tanto da linguagem verbal como da corpórea. Ocorrem problemas muito graves de relacionamento social antes de cinco anos de idade, como incapacidade de desenvolver contato olho a olho, ligação social e jogos em grupos. O comportamento é usualmente ritualístico e pode incluir rotinas anormais, resistência a mudanças, ligação a objetos estranhos e um padrão de brincar estereotipado. A capacidade para pensamento abstrato-simbólico ou para jogos imaginativos fica diminuída. A performance é com frequência melhor em tarefas que requerem memória simples ou habilidade viso-espacial, comparando-se com aquelas que requerem capacidade simbólica ou linguística. Usam-se como sinônimos da Síndrome Autista os termos: autismo da criança, psicose infantil, síndrome de Kanner. Esta classificação ainda cita três outras, sob o título geral de psicose com origem específica na infância, a psicose desintegrativa e a psicose inespecífica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1984 apud BE-REOHFF, 1993).

A ASA (*Autism Society of American* - em português: Associação Americana de Autismo), em 1978 definiu o autismo como uma inadequacidade no desenvolvimento que revelar-se de maneira grave por toda a vida. É incapacitante e surge tipicamente nos três primeiros anos de vida. É encontrado em todo o mundo e em famílias de qualquer etnia ou classe social. Não se pode até agora provar qualquer razão psicológica no meio ambiente dessas crianças que possa causar o autismo. (GAUDERER, 1997 apud FACION, 2002).

Segundo Gomide (2009) na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID – 10) dizia que o autismo é um Transtorno Global do Desenvolvimento e a definição do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais DSM-IV-TR em 2002 dizia que o Transtorno Autista consiste na presença de um desenvolvimento afetado ou acentuadamente irregular da interação social e da comunicação e um repertório bem restrito de atividades e interesses. As aparições do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do sujeito.

A psicóloga do GEPAPI (Grupo de Estudos e Pesquisa do Autismo e Outras Psicoses Infantis) Ana Maria Berehoff (1993) coloca que inicialmente, fundamentados em teorias psicogênicas, afirmava-se que o problema do autismo estaria forjado por assuntos afetivos e dificuldades familiares. Contudo, a necessidade de uma fundamentação mais objetiva fez alterar o rumo dos estudos para o campo biológico. Acredita-se, atualmente, que autistas tenham uma alteração biológica estrutural ou funcional que mude o desenvolvimento e a maturação do Sistema Nervoso Central.

Gomide (2009) ressalta ainda a distinção de três modelos distintos de entendimento do autismo: modelo genético, modelo orgânico e modelo psicodinâmico.

O modelo genético defende que a criança autista tem deficiência e vulnerabilidade biológica e acredita que os pais têm dificuldades em ajudar essas crianças, pressupões que exista um distúrbio genético, não uma psicose, mas um distúrbio do desenvolvimento.

O modelo orgânico defende que a contribuição dos pais quanto à patologia da criança é mínima, sendo o autismo uma anomalia biológica. Gillberg (1990 apud ORRÚ, 2007). Para Gillbert (1990) o autismo seria síndrome comportamental com causas diferentes, na qual o processo de desenvolvimento infantil encontra-se profundamente distorcido (GILLBERT, 1990; RUTTER, 1996 apud BOSA e CALLIAS, 2000).

O modelo psicodinâmico compreendia o autismo como o efeito de uma relação patogênica mantida entre mães e filhos. A corrente regente é a psicanálise que não culpa as mães, mas as responsabiliza por situações vividas na gravidez que, supostamente, geraram o quadro de autismo na criança. (GOMIDE 2009). Almeida (2005) cita como alguns dos principais autores desse seguimento Melanie Klein e Frances Tustin.

Melanie Klein foi a pioneira no reconhecimento e tratamento da psicose em crianças. Apesar dessa autora não distinguir os quadros autistas da esquizofrenia infantil, reconheceu a presença, nas crianças com autismo, de características qualitativamente diferentes de outras crianças consideradas psicóticas (Klein, 1965). Para a autora, o autismo era explicado em termos de inibição do desenvolvimento, cuja angústia decorria do intenso conflito entre instinto de vida e de morte. Supunha, tal como Kanner (1943), que tal inibição seria de origem constitucional a qual, em combinação com as defesas primitivas e excessivas do ego, resultaria no quadro autista. O bloqueio da relação com a realidade

e do desenvolvimento da fantasia, que culminaria com um déficit na capacidade de simbolizar, seria então, central à síndrome. (BOSA e CALLIAS, 2000, p. 2)

Frances Tustin foi psicanalista inglesa chamava os autistas de crianças encapsuladas, baseando-se na hipótese de que o desenvolvimento psicológico teria paralisado em um estágio prematuro da vida do bebê em virtude do trauma oriundo da percepção sobre a separação do corpo da criança do corpo de sua mãe. Destacou a criança autista como sofredora de pânico, apesar de parecer passiva e indiferente. Fazia referência a Montessori, Rudolf Steiner e Walden. (ORRÚ, 2007, p. 21)

Para Almeida (2005) após todas essas discussões surgiram duas posições teóricas: a teoria de natureza organicista e a teoria de natureza ambientalista. Segundo este autor, a teoria de natureza organicista diz que a criança autista teria uma inabilidade congênita para o contato afetivo e linguagem, que poderiam ter origem em uma disfunção bioquímica, genética ou neuropsicológica. Então, o tratamento seria medicamentoso e comportamental. Já os teóricos ambientalistas dizem que o ideal para o autista é um tratamento psicoterápico, pois partem do pressuposto de que o autismo se constitui de um quadro de psicose.

Para Braunwald (1998 apud SOUZA e SANTOS, 2005) o autismo é uma síndrome representada por um distúrbio difuso do desenvolvimento da personalidade caracterizado pela incapacidade da criança de desenvolver interações sociais normais ou uma linguagem comunicativa.

Podemos ver em Souza e Santos (2005) que o autismo foi considerado uma deficiência intelectual específica, passível de ser classificada entre as perturbações invasivas do desenvolvimento, a qual afeta de forma qualitativa as interações sociais, a comunicação verbal e não verbal, além da atividade imaginativa, manifestando-se por meio de um repertório restrito de comportamentos.

Segundo Santos (2023) a definição do termo TEA abarca os transtornos anteriormente denominados 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. Essa autora nos propõe que o TEA deve ser compreendido como relacionado às dificuldades no neurodesenvolvimento que impactarão na comunicação, na interação social, na produção de comportamentos estereotipados e repetitivos.

Atualmente temos uma considerável expansão relacionada às pesquisas sobre os aspectos sociais e cognitivos voltados ao autismo. Porém, um conceito único acumulado ao longo da história do autismo permanece, uma vez que os estudos ainda não cobrem todas as diferenças individuais relacionadas aos autistas.

3. Etiologia(s) do TEA

As teses sobre as possíveis causas do TEA são muito polissêmicas e herdeiras das concepções sobre a origem do autismo. Permeiam desde causas psicológicas, disfunções cerebrais, alterações de neurotransmissores a fatores ambientais. Bosa e Calias (2000, p.2) colocam que as especulações a respeito da origem do autismo apareceram com a tese inicial de Kanner de que crianças autistas tinham uma inabilidade inata de se relacionarem emocionalmente com outras pessoas:

Nós devemos, então, assumir que estas crianças tenham vindo ao mundo com uma inabilidade inata de formar o usual, biologicamente determinado, contato afetivo com outras pessoas, da mesma forma que outras crianças vêm ao mundo com deficiências físicas ou intelectuais inatas. (KANNER 1943 apud BOSA e CALIAS, 2000, p. 2)

Podemos perceber que as discussões sobre as causas vão desde as psicológicas, disfunções cerebrais e alterações de neurotransmissores, fatores ambientais até a natureza genética, sendo a última analisada e pesquisada recentemente por diversos cientistas. (Orrú, 2007)

Recentemente os fatores genéticos têm obtido grande interesse dos pesquisadores. O diagnóstico baseado em comportamentos anormais foi substituído por critérios específicos, relacionados a alterações no desenvolvimento da interação social, da comunicação e das atividades. Assim, a partir da década de 1970 a literatura relacionada ao diagnóstico e às possíveis causas do autismo tomou grande impulso. (ORRÚ, 2006)

Gilbert (2005) propõem que diversas condições médicas poderiam ser relacionadas ao autismo, como por exemplo: a síndrome de Down e a epilepsia. Outras condições poderiam ter relação, segundo ele, como: infecções, toxoplasmose (pré-natal), varicela (pré-natal), caxumba (pré-natal), citomegalovírus (pré-natal), sífilis (pré-natal), herpes simples (pós-natal) e rubéola (pré-natal). Deficiência intelectual, hiperatividade, déficits de atenção, processos convulsivos e a deficiência auditiva destacam-se como as síndromes neurológicas mais associadas ao autismo; (GILLBERG, 2005)

Não existe um padrão ou uma uniformidade no desenvolvimento da criança autista. Os níveis de inteligência variam muito e as deficiências primárias e secundárias desenvolvem-se em maior ou menor grau, dependendo da associação ou não com outras patologias e síndromes. (ORRÚ, 2006).

Costumava-se dizer que autismo era a síndrome das classes superiores, somente de pais intelectuais, frios, etc. Não há nenhuma evidência que indique isso: o autismo também não está associado com alguma desvantagem psicossocial. Existe um tipo de pseudoautismo verificado em crianças criadas por instituições em condições extremamente precárias. Mas isso provavelmente é o efeito da disfunção cerebral causada pela extrema falta de estimulação e talvez pelos maus tratos nos primeiros anos de vida. Os cérebros de crianças que sofrem maus tratos, ou são muito mal

alimentadas e têm pouquíssimas oportunidades de interação humana realmente sofrem permanentemente. (GILLBERG, 2005)

Acreditamos que há pelo menos 4 variantes biológicas do autismo. Uma dessas variantes seria causada pelos problemas precoces do tronco cerebral e do cerebelo, que levariam ao autismo clássico com retardo mental grave ou moderado, disfunção da linguagem e problemas graves de percepção, tais como problemas perceptivos-auditivos. Poderia haver um outro grupo que é a disfunção do lobo temporal bilateral no segundo trimestre de gestação que levaria ao autismo clássico e talvez variações uni ou bilaterais frontais temporais, mais do que disfunções ou danos. Nossos cérebros são muito mais diferentes do que iguais e esta poderia ser uma variação. E finalmente há o autismo causado por danos cerebrais múltiplos, ou seja, você tem que ter autismo se todo o seu cérebro for danificado. (GILLBERG, 2005, p. 24)

Segundo Gomide (2009) não conseguimos até agora comprovar quaisquer etiologias psicológicas nessas crianças que possa causar o TEA. Alguns estudos recentes e algumas observações clínicas antigas sugerem que o autismo é associado com altos níveis de testosterona durante o desenvolvimento intrauterino, já que há algo “masculino” no autismo, afinal. (GILLBERG, 2005). Tamanaha, Perissinoto e Chiari, (2008) também dizem que em pesquisa recente sugeriu-se que a causa do Autismo Infantil pode estar atrelada à alteração neuroanatômica, ou seja, sujeitos autistas podem apresentar um modelo neuroanatômico, extremamente, masculino. Isto se daria, possivelmente, pelas elevadas taxas de testosterona no período pré-natal. Esses pesquisadores destacam que, o cérebro masculino é diferente do feminino. Enquanto as mulheres tem mais facilidade em mostrar-se emocionalmente, os homens se apresentam mais sistematizados.

As causas do TEA ainda se mantêm obscuras, embora cada teoria coloque seu ponto de vista, não podemos dizer quais, ao certo, seriam os motivos de uma criança nascer autista. Bem como, quando pensamos em causa, almejamos um tratamento, mas precisamos compreender que a operacionalização de tratamentos ainda constituem-se desafiadoras aos futuros estudos. Esforços devem ser voltados para a hercúlea tarefa de juntar as pesquisas nas diferentes áreas afim de compreendermos os mecanismos através dos quais as diversas faces do TEA se expressam e como as concepções sobre ele impactam na maneira como nos relacionamos com essas pessoas.

4. (Des) Caracterizações do TEA

Não pretendemos com o presente tópico produzir um *checklist* para identificação de uma pessoa com TEA, até porque interessa-nos o contrário, chamar a atenção para as diferenças que, como qualquer pessoa, o sujeito com TEA pode ter.

Contudo para uma melhor compreensão sobre o TEA e as decorrências contidas nesse trans-torno, faz-se necessário apresentar alguns comportamentos que podem se manifestar em alguém com TEA.

Pessoas com autismo apresentam, desde cedo, um distúrbio severo do desenvolvimento, principalmente, relacionado a sua comunicação e interação social. Mas, por outro lado, podem apresentar incríveis habilidades motoras, musicais, de memória e outras, que muitas vezes, não estão de acordo com sua idade cronológica, apresentando-se bem mais adiantada do que deveriam estar. (ORRÚ, 2004, p. 2.)

A autora Maryse Suplino, doutora em Educação, coloca como fundamentais características de pessoas autistas aspectos que estão inteiramente vinculados às relações interpessoais como linguagem/comunicação, interação social e condutas estereotipadas. Sendo esses últimos comportamentos atípicos como sons curiosos, gritos, maneirismos com as mãos, movimentos repetitivos, movimentos do corpo, além de violências dirigidas a si mesmas. Tais procedimentos são chamados de autoestimulatórios e autoagressivos, respectivamente. (SUPLINO, 2008).

Segundo Berehohff (1993), deficiências primárias e secundárias se manifestariam o autismo. São avaliadas deficiências primárias as provavelmente relacionadas com os problemas subjacentes de compreensão e motricidade:

- Alterações neurológicas;
- Respostas anormais a sons;
- Deficiência ou ausência de compreensão da linguagem verbal;
- Problemas em imitar movimentos finos e complicados;
- Apreensão deficiente da informação visual;
- Uso dos sentidos proximais;
- Dificuldade na captação e uso dos gestos.

São consideradas deficiências secundárias as relacionadas com os distúrbios de comportamento consequentes aos itens anteriormente citados:

- Dificuldade nas relações pessoais;
- Oposição à mudança no meio ambiente ou nos hábitos;
- Retorno anormal a situações diárias;
- Conduta social inadequado;
- Autoagressão;
- Movimentos anormais;
- Falta de brincadeira imaginativa.

Segundo a Gomide (2009), o autismo é caracterizado por:

- a) um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos;

b) apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas, por exemplo: fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade(auto-agressividade). (GOMIDE, 2009, p. 21)

Alguns autores têm se destinado ao estudo do autismo desde a fase fetal, por meio das anamneses e entrevistas realizadas com mães de crianças autistas sobre seu momento de gestação (ORRÚ, 2004).

O autismo envolve um conjunto de características que costumam surgir nos primeiros anos de vida, normalmente antes dos três anos. As dificuldades mais comuns estão relacionadas à comunicação, à interação com outras pessoas e ao uso da imaginação em brincadeiras e atividades simbólicas (PINTO *et al.*, 2023).

Enquanto um bebê de dois a quatro meses de idade já possui capacidade para responder a estímulos internos e externos, tais como: chorar quando sente fome ou dor, manifestar um comportamento diferente quando não está confortado, reconhecer a voz de sua mãe e ser capaz de reproduzir em si mesmo as expressões produzidas pelos adultos, um bebê autista, nem sempre reagirá da mesma forma. – ORRÚ, 2004

Gillberg (2005) resume bem a questão do aparecimento dos sintomas:

Bem, o que é aceito de maneira geral é que a ampla maioria dos casos começa a apresentar sintomas muito antes dos 3 anos de idade, a maioria tem problemas claros nos primeiros meses de vida, apesar de haver 1 em cada 3 casos que não apresentam grandes problemas antes dos 18, 20 a 24 meses de idade. Estes casos normalmente tiveram sim, na minha experiência, alguns problemas antes dessas idades. Mas é nesse momento que as pessoas começam a esperar que essas crianças progridam muito em relação ao desenvolvimento da linguagem e em relação ao interesse no seu entorno, e é quando as pessoas percebem que alguma coisa está acontecendo, por volta dos 18 meses, “porque ele costumava ser mais acessível, agora ele está tão ausente, etc.”, que as pessoas acabam achando que tudo começou aos 18 ou 20 meses. Há casos de autismo que começam claramente por volta dos 18 a 24 meses de idade, mas esses casos normalmente estão associados tanto com epilepsia. (GILLBERG, 2005, p. 3.)

A Federação Portuguesa de Autismo (2002) separou as fases do reconhecimento de sintomas da seguinte forma:

De 0 aos 6 meses

- Pode não solicitar muito a atenção dos outros;

Bebês autistas podem ser, em geral, muitos passivos e apáticos aos sinais sociais do meio em que habitam. (ORRÚ 2004). A neurologista infantil Carla Gokovate (2000) nos relata que determinados bebês autistas são anormalmente quietos e não exigentes, não lamentando nem mesmo quando têm necessidade de alimentação.

- Pode ser indiferente perante a presença/ausência do responsável;

Em algumas crianças acontece uma falta de relação visual (o bebê não olha para a mãe nem mesmo ao ser amamentado; não procura visualmente os objetos; escolhe depositar na boca ou cheirar); contudo, outras crianças autistas nutrem um contato visual que tem uma propriedade diferente, originando muitas vezes a impressão de que o olhar atravessa a outra pessoa. (CAMARGOS, 2002)

- Pode não responder aos sorrisos;

A criança pode ser indiferente aos outros, ignorando-os e não reagindo à afeição e ao contato físico. (CAMARGOS, 2002)

- Pode não apresentar movimentos antecipados de levantar os braços;

Na primária infância, nota-se a deficiência de uma atitude de antecipação, continuando com uma conduta rígida. Por exemplo, ao ser pego pela mãe, não volta a cabeça para ela nem abre os braços. (CAMARGOS, 2002)

- Pode mostrar indiferença por objetos;

Pode apresentar algum desinteresse ou ausência de iniciativa desses bebês, perante móveis pendurados ou outros objetos alocados em seus berços. (ORRÚ, 2004)

- Pode reagir exageradamente aos sons, como o telefone, apitos, gritos;

Outro sintoma de grande conflito na vida do TEA é a hipersensibilidade dos sentidos. Vários autistas expõem o quanto os sons incomodam seus ouvidos ou o quanto um breve cutucar no seu corpo pode ser desconfortável. (GOKOVATE, 2000)

- As vocalizações iniciais podem não surgir, ou estarem sensivelmente atrasadas.

As habilidades pré-linguísticas podem estar em algum nível de atraso na criança autista: não oferecem a imitação social tão demandada para o desenvolvimento da linguagem como dar tchau, jogar beijos e imitar os adultos (CAMARGOS, 2002).

Dos 6 aos 12 meses

Nesta idade, e na maioria dos casos, a criança autista:

- Podem recusar a introdução de alimentos sólidos;

Os distúrbios alimentares precoces ainda são frequentes. Pode dar-se falta de sucção, anorexia, renúncia da mamadeira ou do seio, vômitos. Tanto os distúrbios do sono como os de alimentação nascem desde o primeiro semestre (CAMARGOS 2002)

- Podem apresentar dificuldades em sentar-se, gatinhar (ocasionalmente, pode estar adiantada);
- Podem não ter medo de pessoas estranhas;

Ajuriaguerra (1991 apud CAMARGOS, 2002) coloca que o despertar psicomotor do primeiro ano de vida das crianças autistas são modificados: ausência do sorriso social e deficiência de reação de angústia perante um estranho (oitavo mês).

- Pode não bater palmas;
- Pode ter dificuldade em articular algumas palavras simples;

O retardamento da fala, com frequência, é a queixa principal. Nota-se, contudo, que há uma dificuldade no entendimento em geral (e não só na fala). A criança não emprega gestos para compensar a falta da fala. Não dá “tchau” e não aponta para o que quer. (GOKOVATE, 2000)

- Pode não olhar nem apontar para os objetos.

Dos 2 aos 3 anos

Tais sintomas podem aparecer antes dos 3 anos de idade por um atraso ou funcionamento atípico em pelo menos uma das seguintes áreas: interação social, linguagem usada para comunicar-se socialmente. Não existe caracteristicamente um período de andamento normal na trajetória do autista, embora em cerca de 20% dos casos os pais tenham descrito um desenvolvimento relativamente natural durante um ou dois anos. Nestes casos, os pais referem uma regressão no desenvolvimento da linguagem, geralmente manifestada por um estacionamento da fala depois de a criança ter adquirido 5 a 10 palavras (FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE AUTISMO, 2002).

Por volta desta altura, uma criança autista demonstra comportamentos pouco "normais" para a sua idade, como por exemplo:

- Mostrar interesse pela estimulação de áreas específicas, por exemplo, o som;
- Observar atentamente e de forma muito próxima objetos em movimento;
- Os membros, em especial, as mãos, passam a apresentar maneirismos variados;
- A observação dos próprios dedos pode tornar-se perene e compulsiva;
- Pode mostrar pouco ou nenhum interesse pelos brinquedos, manuseando-os de forma estranha;

É corriqueiro que crianças autistas apresentem apego impróprio a determinados objetos e rotinas. Por este motivo, é preciso que se consiga um trabalho estruturado e aparelhado com a mesma, para que se tire utilidade do uso desse apego rotineiro. (ORRÚ, 2004)

- A imaginação pode estar pouco desenvolvida, ou até mesmo ausente;

Porém, já a memória visual habitua ser um ponto forte nas pessoas portadoras de autismo. Mesmo as crianças bem pequenas arquivam caminhos, disposição espacial dos objetos na casa e contam que conseguem memorizar filmes. (GOKOVATE, 2000)

- Pode revelar desinteresse pelo contato interpessoal;

Dos 3 aos 5 anos de idade:

Dos 3 aos 5 anos de idade são apresentados agravamentos dos sintomas anteriores. A criança não fala ou ao falar, utiliza a ecolalia mais acentuada. Há crianças que falam corretamente, mas continuam a mostrar problemas na inteiração social.

Dos 6 anos à adolescência

As características de uma criança autista nesta fase podem ser:

- O relacionamento com pessoas continua a ser deficiente e problemático;

Pessoas com autismo apresentam, desde cedo, um distúrbio severo no desenvolvimento, principalmente, relacionado à sua comunicação e interação social. (ORRÚ, 2004)

- A linguagem pode continuar muito limitada;

Metade dos autistas nunca fala e alguns enunciam poucos sons ou resmungos. Quando a linguagem se desenvolve, não tem conotação de comunicação e geralmente é marcada por uma ecolalia imediata e/ou retardada, reprodução de frases estereotipadas. (CAMARGOS, 2002). Pode continuar alheia e emocionalmente distante;

As crianças autistas podem não gostar ser acariciadas ou serem reconfortadas pelos outros quando enfrentam situações de ou medo. (CAMARGOS, 2002)

- Em alguns casos, pode se comunicar de forma desconexa e irrelevante;

A linguagem, não tem um verdadeiro papel de comunicação com o outro. (CAMARGOS, 2002). Gillberg (2005) coloca uma observação interessante:

Mesmo que tenham, e algumas realmente têm, boas habilidades linguísticas, não conseguem usar essa linguagem para conversação. Então podem falar e falar e falar sobre seus interesses especiais, por exemplo, mas não conseguem manter uma conversa com outra pessoa. Sempre que for conversar com elas, o interlocutor precisa ser uma espécie de combustível para a conversa, senão não haverá novas informações ou questões, exceto quando estão perguntando repetidamente as mesmas questões e só perguntam porque já sabem a resposta para elas. Elas não entendem de verdade o sentido de fazer perguntas, que é conseguir novas informações de outras pessoas. Pensam que fazer perguntas serve para que as outras pessoas dêem a resposta certa. Então, podem fazer perguntas do tipo: “Quando você vai embora?”, “Quando ela vai chegar?”, etc. mesmo sabendo a resposta. E daí você pensa “Porque ela está fazendo essa pergunta o tempo todo quando de fato ela sabe a resposta?”. Bem, isso que é tão típico no autismo: eles só fazem perguntas se eles sabem a resposta. Não entendem que o que motiva a questão é a necessidade de uma nova informação e, portanto, não fazem perguntas do tipo “O que vai acontecer hoje à tarde?” se não sabem o que é. Só se eles souberem o que vai acontecer é que eles perguntam. (GILLBERG, 2005, p. 5.)

- Pode ser impulsiva ou ter pouco autocontrole.

Os adolescentes unem às particularidades do autismo os problemas da adolescência. Podem aprimorar as relações sociais e o comportamento ou, o oposto, podem regressar a fazer birras, despotar autoagressividade ou agressividade para com as outras

Na fase adulta

Na fase adulta, de um modo geral, as falhas intelectuais podem tornar-se mais acentuadas. O adulto com este transtorno pode se comportar de jeito “estranho”, apresentado dificuldades no relacionamento interpessoal (ORRÚ, 2004). Apesar disso, dependendo do grau de autismo, este adulto pode aprender os padrões de conduta ditos “normais” e exercer a sua cidadania, agregando-se satisfatoriamente no meio social.

Podemos pensar que, pessoas com autismo são diferentes umas das outras. Não são todas iguais. Esta é uma das grandes descobertas, porque as pessoas costumavam pensar que o autismo seria um tipo homogêneo de problema, mas não é. É causado por diferentes determinantes e as pessoas são diferentes entre si dentro do espectro.

5. Algumas considerações

Embora o presente artigo tenha se proposto a discutir alguns dos processos históricos que fundamentaram as múltiplas compreensões do que atualmente se convencionou chamar de Transtorno do Espectro Autista (TEA), é imprescindível retomar sua natureza espectral. Até o momento, não há evidência científica de uma causa única, tampouco de uma forma única de vivenciar o autismo. O próprio *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, em sua quinta edição (DSM-V), reconhece essa diversidade ao classificar o TEA em níveis distintos de necessidade de apoio, conforme o grau de comprometimento nas dimensões comportamentais e comunicacionais.

Dessa forma, antes de nos engajarmos na busca por uma explicação única para a origem do autismo, ou na tentativa de elaborar uma descrição sintomatológica universal, é necessário reafirmar que estamos lidando com pessoas — e a singularidade é uma característica inerente à condição humana. Assim, entre os sujeitos com TEA, essa diversidade também se manifesta de modo particular e multifacetado.

Este estudo buscou evidenciar justamente a pluralidade de perspectivas conceituais e interpretativas sobre o TEA, destacando a necessidade de compreender esses sujeitos como protagonistas de distintas formas de estar e se expressar no mundo. A compreensão dessa multiplicidade não deve ser vista como um obstáculo, mas como uma oportunidade de ampliar os horizontes da inclusão social, a partir do reconhecimento e valorização das diferentes maneiras de ser, interagir e se relacionar.

Referências

ALMEIDA, A. L. de. Interação de crianças autistas no mundo digital. Tese de doutorado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. Disponível em www.uems.br/portal/noticia.php?idnot=1084. Acesso em 21/04/2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BEREOHFF, A. M. P. Autismo: uma história de conquistas. Artigo: Revista Ponto de Vista, Brasília, ano 13, n.60, out./dez. 1993. Disponível em <http://emaberto.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/viewFile/885/792>. Acesso em 23/04/2012.

BOSA, C. CALLIAS, M. Autismo: Breve visão de diferentes abordagens . Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000. Acesso em disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/188/18813117/18813117.html>, acesso em 07/04/2019

BOSA, C. GOLDBERG, K. A educabilidade de sujeitos com autismo: mitos e controversias. Erechim: Edifapes, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 4, de 2 de outubro de 2009. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, p. 11, 5 out. 2009.

CAMARGOS, W e col., Transtornos Invasivos do desenvolvimento, 2002, 1ª Ed, Ed. Corde disponível em <http://marciocandiani.site.med.br/index.asp?PageName=Autismo-20-2D-20sinais-20e-20sintomas>. Acesso em 25/04/2024

FACION, J.R. Transtornos Invasivos do Desenvolvimento associados a graves problemas do comportamento: reflexões sobre um modelo integrativo. Brasília: Ministério da Justiça, 2002

GILLBERG, C. Transtornos do espectro do autismo. Palestra: S Paulo, 2005. Disponível em [http://www.caleidoscopio-olhares.org/artigos/Palestra%20Gillberg 2020051 010 .pdf](http://www.caleidoscopio-olhares.org/artigos/Palestra%20Gillberg%2020051010.pdf). Acesso em 26/04/2024.

GOKOVATE, C. Autismo não é raro: a importância do diagnóstico precoce. Artigo. 2000 Disponível em: [http://www.carlagikovate.com.br/index_arquivos /Page 312](http://www.carlagikovate.com.br/index_arquivos/Page312). Acesso em 25/08/2024

GOMIDE, A. B. A promoção do desenvolvimento do aluno autista nos processos educacionais. Dissertação de mestrado em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2009.

MERCADANTE, M. T. GAAG, R. J. V E S SCHWARTZMAN, J. Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. Artigos • Braz. J. Psychiatry 28 (suppl 1) • Maio 2006

MONTEIRO, C. B. M. Habilidades funcionais e necessidades de assistência na Síndrome de Rett. Tese de Doutorado em Ciências: Universidade de São Paulo. 2007. Disponível em <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/sindrome-de-rett-habilidades-funcionais-tese.pdf>. Acesso em 20/04/2025

ORRÚ, S. E. Autismo, Linguagem e Educação: interação social no cotidiano escolar. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2007.

ORRÚ, S. E.. Os estudos da análise do comportamento e a abordagem histórico-cultural no trabalho educacional com autistas. Brasil: Revista Iberoamericana de Educación, n.º 45/3 – 2008.

ORRÚ, S. E.. A constituição da linguagem de alunos autistas apoiada em comunicação suplementar alternativa. Tese de doutorado. Universidade Metodista de Piracicaba, São Paulo, 2006.

ORRÚ, S. E.. Aspectos Inerentes ao Desenvolvimento da Criança com Autismo. Artigo: Educa Brasil. 2004, disponível em <http://www.profala.com/artautismo9.htm>. Acesso em 25/04/2012.

PINTO, Jacyguara Costa et al. O processo de inclusão educacional de alunos autistas: revisão de literatura. **Rebena-Revista Brasileira de Ensino e Aprendizagem**, v. 7, p. 565-575, 2023.

SANTOS, E. C.S. A articulação entre o atendimento educacional especializado e a educação infantil na inclusão de crianças com transtorno do espectro autista: um estudo realizado em escolas públicas do município de Salvador. Dissertação de mestrado. (2023)

SCHWARTZMAN, J.S.; ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F.B. *Autismo infantil* São Paulo: Ed. Memnon, 1995.

SILVA, A. C. Abordagem Comportamental do Autismo. Artigo: Psicologia e Ciência, 2010. Disponível em <http://www.psicologiaeciencia.com.br/autismo-um-breve-historico/> acesso em 14/04/2025

SOUSA, P. M. L. SANTOS, I. M. S. C. Caracterização da Síndrome Autista. Dissertação de Mestrado: Universidade de Coimbra, Portugal, 2005.

SUPLINO, M.. Inclusão escolar de alunos com autismo. Artigo: Instituto Inclusão Brasil, 2008. Disponível em www.institutoinclusaobrasil.com.br. Acesso em 23/04/2024

TAMANAH, A. C. PERISSINOTO, J. CHIARI, Brasília Maria. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. São Paulo: Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2008;13(3):296-9.