ENCICLOPÉDIA
sobre o Desenvolvimento
na Primeira Infância

Autismo e seu impacto no desenvolvimento infantil: Comentários sobre Charman, Stone e Turner, e Sigman e Spence

Peter Mundy, PhD

Centro para Autismo e Deficiências Relacionadas, Universidade de Miami, EUA

Setembro 2005

Introdução

O autismo manifesta-se na infância e caracteriza-se por prejuízos crônicos no desenvolvimento social, ao lado de distúrbios de comunicação e padrões de comportamento limitados ou repetitivos.[1] É evidente a existência de processos genéticos e de desenvolvimento neural em sua etiologia; ocorre com frequência quatro vezes maior em meninos e pode estar associado a retardo mental.[2,3] Nos últimos 20 anos, uma melhor compreensão sobre algumas das características sociais do autismo e de distúrbios relacionados levou a progressos na identificação e no diagnóstico precoces.[4] Esses avanços talvez tenham contribuído para o aumento de reconhecimento e da prevalência do autismo em todo o mundo.[5] Os tratamentos mais frequentemente recomendados para o autismo são comportamentais e psicoeducacionais; no entanto, as pesquisas sugerem que, atualmente, a eficácia desses tratamentos é limitada.[6] As

©2005-2026 ABILIO | AUTISMO

diferenças individuais nas manifestações do autismo são evidentes, e constituem um elemento de complexidade que dificulta os esforços para a compreensão e o tratamento desse distúrbio.[7] O protótipo da criança autista como "não responsiva e distante" descreve apenas um subgrupo.[8] Algumas crianças e alguns adolescentes autistas podem ser bastante interativos, ter habilidades linguísticas bem desenvolvidas e sair-se bem na sala de aula, mas ainda assim podem sofrer limitações sociais significativas e debilitantes.[9]

Pesquisas e conclusões

Charman, Stone e Turner, e Sigman e Spence ofereceram resumos convincentes que salientam muitos dos elementos essenciais da pesquisa e da teorização atuais sobre essa síndrome. Cada um desses eminentes cientistas aponta a importância da pesquisa para o aperfeiçoamento de métodos para a identificação mais precoce possível de crianças autistas. O progresso na compreensão dos *deficits* de comunicação não verbal inicial associados ao autismo facilitou o desenvolvimento de avaliações do autismo em crianças pequenas, entre 18 e 36 meses de idade (ver Stone e Turner). No entanto, esses métodos continuam imprecisos. Além da identificação dos *deficits* (sintomas negativos), a identificação de sintomas positivos de autismo – tais como vocalizações atípicas – em crianças pequenas pode ajudar a melhorar esses métodos.[4,10] A descoberta de marcadores biológicos ou genéticos do autismo também pode ser crítica para o aperfeiçoamento futuro da identificação precoce.[3]

A identificação precoce permite a intervenção em uma etapa mais inicial da vida, que pode ser mais eficaz para o tratamento da natureza do autismo enquanto fenômeno do desenvolvimento. Uma teoria "construtivista" de autismo sugere que: a) é necessária a participação ativa dos bebês em interações sociais com outras pessoas para o desenvolvimento sociocomunicativo e neurocomportamental típico na primeira infância; e b) as limitações sociocomunicativas impedem que as crianças autistas sejam participantes ativas de interações sociais desde muito cedo. Portanto, o distúrbio de comunicação social pode ser ao mesmo tempo um *sintoma precoce de autismo*, e também um fator que contribui para um processo atípico de desenvolvimento que resulta em sintomas, tais como os *deficits* de cognição social que se desenvolvem mais tarde na vida de crianças autistas.[11,12] O tratamento precoce do distúrbio de comunicação social[13] pode ser uma das maneiras mais eficazes de reduzir o componente pernicioso associado ao desenvolvimento da patologia do autismo.

©2005-2026 ABILIO | AUTISMO

Como foi apontado nessas revisões, a esperança de desenvolvimento de tratamentos eficazes para o autismo foi prejudicada pela escassez de ensaios clínicos randomizados sobre os tratamentos.[14] Esse tipo de estudo é necessário para garantir que viéses experimentais, tais como diferenças críticas entre os grupos de crianças submetidos aos tratamentos comparativos, não comprometam as conclusões que poderiam ser tiradas quanto à eficácia dos tratamentos. Isto é importante, porque mesmo os tratamento para os quais há mais evidências bem-documentadas de eficácia parecem ser menos eficazes com crianças que apresentam sintomas mais intensos, e mais eficazes com aquelas que têm um perfil sintomático menos intenso.[6] Continua a ser um desafio fundamental compreender como intervir de maneira eficaz com todas as crianças autistas. Uma das abordagens é a identificação e a compreensão das diferenças individuais relacionadas à responsividade ao tratamento. Por exemplo, Bono, Daily e Sigman[15] relataram que crianças autistas que desenvolveram melhor a atenção conjunta e são mais ativas na orientação da atenção para aquilo que os parceiros olham podem ser mais responsivas a intervenções precoces.

Uma outra abordagem pode ser a combinação de terapia comportamental, psicoeducacional, com farmacoterapia, ou utilização de medicamentos para combater os sintomas do autismo.[16] No entanto, depois que as crianças viveram muitos meses, ou mesmo anos, de interações e desenvolvimento atípicos, pode ser difícil que a medicação, por si só, leve diretamente à aquisição de marcos críticos do desenvolvimento, tais como linguagem ou cognição social. Focalizando alguns dos sintomas do autismo,ou reduzindo complicações secundárias que podem impedir a aprendizagem – por exemplo, distúrbios gastrointestinais –, a medicação talvez melhore a capacidade de crianças autistas de participar da aprendizagem social. Entretanto, para que sejam obtidos efeitos no longo prazo, pode ser necessário, além da farmacoterapia, um período de recuperação psicoeducacional do desenvolvimento. A compreensão da sinergia entre tratamentos comportamentais e medicamentosos para o autismo, levando cuidadosamente em consideração os riscos da farmacoterapia para crianças pequenas, é uma meta importante para pesquisas futuras.

Os resumos apresentados fizeram também um excelente trabalho de descrição dos esforços contemporâneos mais significativos no sentido de identificar os principais processos psicológicos e de desenvolvimento neural envolvidos no autismo. Paralelamente a esses resumos, pode ser útil diferenciar diversas outras questões. Em primeiro lugar, uma vez que o autismo está

frequentemente associado a retardo mental e a processos de aprendizagem social, permanece a necessidade premente de compreender as relações entre autismo, QI e aprendizagem. Em segundo lugar, como o autismo ocorre muito mais frequentemente entre meninos do que entre meninas, é importante buscar teorias e pesquisas que liguem o autismo a processos neuro-hormonais e de desenvolvimento neural associados a gênero,[17] sempre reconhecendo que processos semelhantes associados a gênero também podem contribuir para outras formas de patologia do desenvolvimento.[18] Por fim, a compreensão de diferenças individuais no autismo pode conduzir a uma maior clareza na pesquisa genética, neuroanatômica, sobre identificação precoce e sobre intervenção. Neste aspecto, talvez seja importante considerar não só a possibilidade de que o autismo possa ter diversos caminhos etiológicos, mas também de que fatores moderadores possam dispersar o autismo em variantes biocomportamentais importantes.[19]

Implicações para políticas e serviços

Dado o número e a capacidade das equipes de pesquisa que trabalham atualmente com a questão do autismo em todo o mundo, é provável que continuem a ocorrer avanços na compreensão, na identificação e no tratamento desse distúrbio. Esses avanços terão implicações para políticas sociais e para a oferta de serviços associados a elas. Por exemplo, faz pouco sentido aperfeiçoar os métodos de identificação precoce sem que se melhore também, sistematicamente, o acesso a programas adequados de intervenção. O número de crianças encaminhadas para esses programas pode facilmente exceder as estimativas atuais mais altas de prevalência do autismo (1:200), uma vez que sistemas otimizados de identificação precoce preferem exagerar na identificação (aceitar erros por super-estimação) a utilizar uma definição muito estreita e deixar de identificar crianças necessitadas (aceitar erros por omissão). O provimento de apoio para esses serviços exigirá vontade política e recursos consideráveis em todos os países. No entanto, o provimento precoce de serviços pode ser eficaz em termos de custo-benefício, considerando os enormes gastos associados aos cuidados de longo prazo de crianças e famílias afetadas pelo autismo, e que não recebem tratamento precoce. Por exemplo, no Reino Unido os custos de tratamentos médicos, comportamentais e educacionais para crianças autistas no decorrer da vida foram estimados, para muitas crianças, em até 2,4 milhões de libras esterlinas, ou mais de US$4 milhões.[20] Contudo, a economia de custos com a intervenção precoce foi estimada entre US$656 mil, e US$1.082 por indivíduo autista entre as idades de 3 e 55 anos.[21]

Mais do que uma cura, um dos melhores resultados da identificação e da intervenção precoces no autismo pode ser uma mudança significativa na direção de QI mais altos e melhores habilidades sociais.[22] Embora ainda não saibamos o suficiente sobre crianças autistas de alto desempenho (HFA – *Higher Functioning Autism*), muitas delas continuarão a precisar de serviços ao longo dos níveis de ensino fundamental e médio, para manter seus progressos em desenvolvimento social e evitar resultados sócio-emocionais desajustados.[23] Pesquisas que conduzam ao desenvolvimento desses serviços para tais crianças podem tornar-se um foco novo e importante nesse campo. Por fim, permanece a necessidade de desenvolver os tipos de capacitação que permitam que as crianças autistas mais prejudicadas façam a transição para papéis adultos adaptativos – um aspecto que constitui uma questão vital de política social.[24]

Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th ed. Text revision. Washington, DC: *American Psychiatric Association*; 2000.
2. Fombonne E. The prevalence of autism. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2003;289(1):87-89.
3. Volkmar FR, Lord C, Bailey A, Schultz RT, Klin A. Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004;45(1):135-170.
4. Wetherby AM, Woods J, Allen L, Cleary J, Dickinson H, Lord C. Early indicators of autism spectrum disorders in the second year of life. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2004;34(5):473-493.
5. Wing L, Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 2002;8(3):151-161.
6. Smith T, Groen AD, Wynn JW. Randomized trial of intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *American Journal of Mental Retardation* 2000;105(4):269-285.
7. Beauchaine TP. Taxometrics and developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 2003;15(3):501-527.
8. Wing L, Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1979;9(1):11-29.
9. Piven J, Harper J, Palmer P, Arndt S. Course of behavioral change in autism: A retrospective study of high-IQ adolescents and adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996;35(4):523-529.
10. Sheinkopf SJ, Mundy P, Oller DK, Steffens M. Vocal atypicalities of preverbal autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2000;30(4):345-354.
11. Mundy P, Neal AR. Neural plasticity, joint attention and a transactional social-orienting model of autism. *International Review of Research in Mental Retardation* 2001;23:139-168.
12. Mundy P, Burnette C. Joint attention and neurodevelopmental models of autism. In: Volkmar F, Klin A, Paul R, eds. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders.* 3rd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc; 2005;650-681.
13. Schertz HH, Odom SL. Joint attention and early intervention with autism: A conceptual framework and promising approaches. *Journal of Early Intervention* 2004;27(1):42-54.
14. Aldred C, Green J, Adams C. A new social communication intervention for children with autism: Pilot randomized control treatment study suggesting effectiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004;45(8):1420-1430.

©2005-2026 ABILIO | AUTISMO

15. Bono MA, Daily T, Sigman M. Relations among joint attention, amount of intervention and language gain in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2004;34(5):495-505.

16. Hollander E, Phillips AT, Yeh CC. Targeted treatments for symptom domains in child and adolescent autism. *Lancet* 2003;362(9385):732-734.

17. Baron-Cohen S, Hammer J. Is autism an extreme form of the "male brain"? *Advances in Infancy Research* 1997;11:193-217.

18. Alexander GM, Peterson BS. Testing the prenatal hormone hypothesis of tic-related disorders: Gender identity and gender role behavior. *Development and Psychopathology* 2004;16(2):407-420.

19. Sutton SK, Burnette CP, Mundy PC, Meyer J, Vaughan A, Sanders C, Yale M. Resting cortical brain activity and social behavior in higher functioning children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005;46(2):211-222.

20. Jarbrink K, Knapp M. The economic impact of autism in Britain. *Autism* 2001;5(1):7-22.

21. Jacobson JW, Mulick JA, Green G. Cost-benefit estimates of early intensive behavioral intervention for young children with autism-general model and single state case. *Behavioral Interventions* 1998;13(4):201-226.

22. Smith T. Outcome of early intervention for children with autism. Clinical Psychology: Science and Practice 1999;6(1):33-49.

23. Bauminger N. The facilitation of social-emotional understanding and social interaction in high-functioning children with autism: Intervention outcomes. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2002;32(4):283-298.

24. Keel JH, Mesibov GB, Woods AV. TEACCH supported employment program. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1997;27(1):3-9.

©2005-2026 ABILIO | AUTISMO