

Autismo no DSM-5-TR, o que mudou?

Autism in DSM-5-TR, what has changed?

Autismo en el DSM-5-TR, ¿qué ha cambiado?

Recebido: 06/09/2024 | Revisado: 18/09/2024 | Aceitado: 20/09/2024 | Publicado: 24/09/2024

Vinícius Lacerda Gomes Soares

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8651-6355>

Universidade Anhembi Morumbi, Brasil

E-mail: vlacerda1227@gmail.com

Lucelmo Lacerda de Brito

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9049-5443>

Luna ABA, Brasil

E-mail: lucelmolacerda@gmail.com

Resumo

A nosologia do Transtorno do Espectro Autista - TEA é historicamente muito recente, tendo sua primeira aparição como uma categoria própria em 1980, sendo antes tido como um tipo de esquizofrenia na infância. O autismo é hoje compreendido como uma condição do neurodesenvolvimento cuja característica mais marcante é um déficit persistente nas capacidades de comunicação e interação social, prevalecendo em 1 a cada 36 crianças, de acordo com o CDC. A definição e os critérios mais aceitos do transtorno repousam nos principais manuais, nomeadamente o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e o Código Internacional de Doenças (CID), que buscam se adequar às novas atualizações científicas e socioculturais, com o intuito de tornar os modelos diagnósticos mais claros e confiáveis. Em 2022 foi publicada a revisão da quinta edição do DSM (DSM-5-TR), que engendrou algumas mudanças no que diz respeito tanto ao critério, quanto ao texto da condição para o TEA. Nesse sentido, o objetivo do presente artigo é apresentar um estudo das alterações trazidas pelo DSM-5-TR na categoria do TEA, bem como discutir os contextos e motivos por trás dessas mudanças.

Palavras-chave: Autismo; Classificação; DSM; Diagnóstico; Espectro autista.

Abstract

The nosology of Autism Spectrum Disorder (ASD) is historically very recent, having first appeared as a category of its own in 1980, and was previously considered to be a type of childhood schizophrenia. Autism is now understood as a neurodevelopmental condition whose most striking characteristic is a persistent deficit in communication and social interaction skills, affecting 1 in 36 children, according to the CDC. The most widely accepted definition and criteria for the disorder rest on the main manuals, namely the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and the International Code of Diseases (ICD), which seek to adapt to new scientific and socio-cultural updates, with the aim of making diagnostic models clearer and more reliable. In 2022, the revision of the fifth edition of the DSM (DSM-5-TR) was published, which led to some changes regarding both the criteria and the wording of the condition for ASD. In this sense, the aim of this article is to present a study of the changes brought about by the DSM-5-TR in the category of ASD, as well as to discuss the contexts and reasons behind these changes.

Keywords: Autism; Classification; DSM; Diagnosis; Autistic spectrum.

Resumen

La nosología del Trastorno del Espectro Autista (TEA) es históricamente muy reciente, ya que apareció por primera vez como categoría propia en 1980, y antes se consideraba un tipo de esquizofrenia infantil. En la actualidad, el autismo se entiende como un trastorno del neurodesarrollo cuya característica más llamativa es un déficit persistente en las habilidades de comunicación e interacción social, que afecta a una prevalencia de 1 de cada 36 niños, según los CDC. La definición y los criterios más aceptados del trastorno se basan en los principales manuales, a saber, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y el Código Internacional de Enfermedades (CIE), que tratan de adaptarse a las nuevas actualizaciones científicas y socioculturales para que los modelos de diagnóstico sean más claros y fiables. En 2022 se publicó la revisión de la quinta edición del DSM (DSM-5-TR), que conllevó algunos cambios tanto en los criterios como en la redacción de la condición para el TEA. Teniendo esto en cuenta, el objetivo de este artículo es presentar un estudio de los cambios introducidos por el DSM-5-TR en la categoría de TEA, así como discutir los contextos y las razones que subyacen a estos cambios.

Palabras clave: Autismo; Clasificación; DSM; Diagnóstico; Espectro autista.

1. Introdução

É impossível dissociar a classificação e os critérios diagnósticos de uma condição da própria definição da condição. Afinal os diagnósticos existem primariamente por sua função instrumental que define um padrão útil para a clínica, para a terapêutica e para a pesquisa científica, além de oferecer um eventual parâmetro para a concessão de direitos. Poderia-se dizer, portanto, sob uma ótica pragmática, que o autismo é o critério diagnóstico do autismo e que as mudanças no diagnóstico são mudanças na forma como enxergamos a condição.

O autismo foi inicialmente descrito em 1943 por Leo Kanner. No seu artigo intitulado “Perturbações autísticas do contato afetivo” (Kanner, 1943), Kanner descreve o caso de crianças com dificuldades sociais e “insistência na mesmice” (p.245), concebendo o que viria a se tornar hoje um dos diagnósticos mais importantes da psiquiatria. O termo autismo, no entanto, não foi inventado por Kanner, mas sim emprestado do psiquiatra suíço Eugen Bleuler (Bleuler, 1911), que se referia dessa maneira ao comportamento introspectivo de alguns de seus pacientes com esquizofrenia.

A primeira vez que o autismo foi empregado como uma categoria diagnóstica própria foi em 1980, com a publicação da terceira edição do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-III) (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 1980), sendo tido como um diagnóstico monotético - de critério único. A publicação DSM-III é tomada por muitos autores e historiadores como um momento revolucionário. Além de refletir um constante processo de atualização do manual diagnóstico, a publicação do DSM-III é um reflexo direto de um apelo para maior rigor científico nas categorias diagnósticas, bem como de um movimento de expansão da psiquiatria e aproximação com o resto da medicina. É um evento revolucionário porque alterou relevantemente a prática da psiquiatria rumo a um cenário de incorporação da evidência científica visando maior uniformidade e confiabilidade diagnóstica. Antes de sua publicação, o autismo, assim como toda a psiquiatria, caminhava ao lado de um forte viés psicanalítico, notavelmente pelo trabalho de Freud, na Europa, e Meyer, nos Estados Unidos (Aftab & Ryznar, 2021).

As sucessivas edições e atualizações do manual são fruto (1) da necessidade de atualização dos diagnósticos frente a avanços científicos e surgimento de novas estatísticas e (2) da demanda gerada pelos problemas que surgirem ou forem revelados após a publicação de uma edição. Nesse sentido, todas as publicações subsequentes trouxeram alguma alteração para a definição do autismo. A revisão do DSM-III (APA, 1987) estabeleceu um diagnóstico politético para a condição, contrastando com o único critério que a definiu na última edição. O DSM-IV (APA, 1994) englobou o autismo como uma das categorias de um guarda-chuva maior, os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD).

Os TGD eram 5: Autismo, Síndrome de Asperger, Transtorno Desintegrativo da Infância (também conhecido com Síndrome de Heller), Síndrome de Rett e TGD Sem Outra Especificação (TGD-SOE). Todas essas categorias viriam a se tornar parte de uma única entidade (Transtorno do Espectro Autista, TEA), com exceção da Síndrome de Rett e do TGD SOE - várias descobertas levaram a uma compreensão genética e fisiopatológica maior da Síndrome de Rett (Smeets et al., 2012).

Nesse sentido, o objetivo do presente artigo é apresentar um estudo das alterações trazidas pelo DSM-5-TR na categoria do TEA, bem como discutir os contextos e motivos por trás dessas mudanças.

2. Metodologia

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, fundamentada em base documental. Como se trata essencialmente de um exame das alterações da nova versão do manual e de seus contextos, o principal objeto de análise é o manual em questão, complementado por livros, artigos e outras publicações relevantes. Será abordada a alteração, individualmente, e, em seguida, uma análise sobre seu contexto, configurando uma espécie de Abordagem Orientada pela Fonte (Bell, 2014). Dessa forma, busca-se uma apreciação detalhada das transformações no conteúdo, sob a perspectiva de sua

aplicação prática e teórica.

3. Resultados e Discussão

DSM-5

Após 13 anos do lançamento da última atualização do manual - o DSM-IV-TR (APA, 2000) -, e após grandes estudos de campo, foi publicado o DSM-5 (APA, 2013), que representou uma enorme mudança no sistema de classificação de transtornos mentais. O DSM-5 surgiu como resultado de inúmeros avanços decorrentes de estudos acerca do autismo interdisciplinarmente, na genética, nas ciências comportamentais, na psiquiatria e na medicina como um todo. Destaca-se a tentativa, por parte de todas as equipes envolvidas na construção do manual, de preservar os pontos positivos da edição anterior e trabalhar suas falhas. Em 2013 a Associação Americana de Psiquiatria (APA) publicou o DSM, definitivamente com o forte interesse de satisfazer, assim como ocorreu com o DSM-IV, determinada compatibilidade com a versão atual do CID - nesse caso CID 11, que estava sendo elaborado e revisado (Luciano, 2015).

Em oposição ao histórico diagnóstico, os novos critérios eram fundamentados em 2 únicos domínios, e não 3 (como nas últimas versões do manual): comunicação social/comportamentos e interesses restritos e repetitivos. Cerca de 90% das pessoas com algum diagnóstico de TGD baseado na estrutura do DSM-IV se enquadraram no diagnóstico oferecido pelo novo DSM (Huerta, et al., 2012; Mandy et al., 2012), e aqueles como o diagnóstico de TGD-SOE provavelmente receberiam um diagnóstico de “transtorno da comunicação social”, um novo diagnóstico praticamente equivalente ao TGD-SOE estabelecido pelo DSM-IV. Além disso, na nova versão do manual era possível registrar entidades nosológicas como especificadores - o que mudou ligeiramente na edição revisada, conforme veremos.

O autismo agora se tratava de um amplo intervalo de indivíduos relativamente diferentes que cumprem o critério, o Transtorno do Espectro Autista, ocupando lugar na seção de transtornos do desenvolvimento, junto ao Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, por exemplo. Os antigos diagnósticos TGD não autísticos e SOE foram absolutamente dissolvidos. Havia muitas críticas acerca da validade dessas categorias diagnósticas, com especial descontentamento (perdurando até os dias atuais) relacionado à retirada da síndrome de Asperger, uma vez que significava não apenas uma forte alteração no sistema diagnóstico, mas também uma ameaça à identidade coletiva do grupo (Smith & Jones, 2020).

Um dos membros do comitê de condições do neurodesenvolvimento para o DSM-5 e importante pesquisador na área do autismo, Fred Volkmar, resignou de sua função por não concordar com a aglutinação das categorias TGD, argumentando que o critério se tornou muito estreito, “cortando” muitos indivíduos de receberem ajuda a partir do diagnóstico (Carey, 2012)

Dimensional X Categórico

É impossível, simultaneamente, abordar qualquer sistema de classificação diagnóstica e ignorar a estrutura e lógica interna da própria classificação. Dimensões e categorias são formas de definir e interpretar o diagnóstico. Para ilustrar, consideremos um indivíduo obeso. Sem muito esforço, podemos intuir que existem indivíduos mais obesos e menos obesos, a depender principalmente do peso corporal (mas também de outros parâmetros como a altura, a gordura corporal, etc). Se considerarmos um algoritmo binário para esse atributo, temos duas categorias: obeso e não obeso. Quebrar o limiar que separa os dois grupos e expor esses parâmetros (dimensões) poderia nos dar mais informações sobre o indivíduo (ex. peso: 89kg, altura: 1,7m, etc)

Até a quarta edição do DSM, a classificação diagnóstica do Autismo era baseada em categorias de TGD: Asperger, Rett, síndrome desintegrativa da infância, TGD-SOE e transtorno autista. Com a publicação do DSM-5 a abordagem categórica

foi substituída pela estrutura dimensional, o que implicava maior especificidade no diagnóstico. A decisão se deu por vários estudos que mostraram (1) variabilidade no número e severidade dos diagnósticos de pessoas com sintomas similares (Macintosh & Dissanayake, 2004; Ozonof et al., 2000; Snow & Lecavalier, 2011), (2) baixo poder preditivo dos subtipos (Szatmari et al., 2003; 2009), (3) pouca clareza diagnóstica (Lord et al., 2012; Walker et al., 2004), o que resulta em menor confiabilidade das categorias diagnósticas (4) restrições para o custeio médico determinada por subtipo.

DSM-5-TR

Em 2022, a APA publica o DSM-5-TR (APA, 2022a) - a revisão do DSM-5 -, com a clara intenção de garantir a manutenção da atualização do manual de tempos em tempos. Apesar de a grande maioria das alterações terem sido relativamente pequenas, principalmente para corrigir alguma inconsistência identificada ou atualizar as estatísticas e textos das condições, houve também a decisão de adicionar uma nova categoria diagnóstica, o Transtorno por Luto Prolongado, em congruência com o CID-11 (Trembl et al., 2024), publicado em 2019 - ainda não em vigor no Brasil, embora previsto para 2025 (Ministério da Saúde, 2022).

a) Mudanças no critério

No caso do Transtorno do Espectro Autista, o diagnóstico sofreu 2 modificações particularmente relevantes, apesar das mínimas alterações no texto descritivo da condição. A primeira alteração relevante foi a substituição, no critério A, do comando “[...] conforme manifestado pelo que se segue” para “[...] conforme manifestado por todos os seguintes aspectos”. O parecer oficial da APA acerca dessa alteração apontou a pequena imprecisão no comando anterior, que poderia ser equivocadamente interpretado como “um” ou “qualquer” e não exclusivamente “todos” os pontos listados. Essa modificação possivelmente se deu como medida de combate ao hiper diagnóstico da condição (APA, 2022b).

a.1) Hiper diagnóstico

O hiper diagnóstico pode ser definido como um diagnóstico que não justifica os sinais e sintomas apresentados (Kale & Korenstein et al., 2018). Conceitualmente, seria aumentar o número de diagnósticos concedidos para além do número de diagnósticos “verdadeiros” para uma dada condição. Aqui surge uma implicação importante: como definir o diagnóstico “verdadeiro” - e portanto saber se existe hiper diagnóstico?. Os diagnósticos psiquiátricos são em grande medida observacionais, o que significa que dependem fortemente da percepção e do julgamento do profissional encarregado. Além disso, esses profissionais muitas vezes não têm escolha senão se apoiar em dados de segunda mão trazidos por informantes (pais, cuidadores, etc) (Merten et al., 2017). Ou seja, frequentemente se trata da interpretação de um profissional sob a interpretação de um informante, o que levanta ainda mais o problema da confiabilidade diagnóstica. Vale salientar que isso é um problema inerente aos diagnósticos de natureza observacional.

Diante destas barreiras metodológicas é difícil dizer se o autismo sofre de hiper diagnóstico, embora algumas evidências apontem para essa direção. Um recente estudo mostrou que 47% de um grupo de pessoas com diagnóstico comunitário - uma abordagem que visa identificar determinada condição de saúde de uma dada população envolvendo a comunidade local no processo - de autismo permaneceram com o diagnóstico após uma extensa reavaliação por profissionais (Duvall et al., 2024). Além disso, no último estudo de prevalência do autismo conduzido por pesquisadores do CDC (Maenner et al., 2023), o estado da Califórnia registrou uma prevalência de 4.5% de autistas entre crianças de 8 anos - o estado logo abaixo no ranking registrou menos de 3%. Essa diferença isolada de prevalência em um mesmo país pode sugerir hiper diagnóstico.

É importante ressaltar que o diagnóstico do autismo sofreu grandes mudanças com a publicação do DSM-5, migrando de uma categoria menor, dentro dos TGD, para um amplo espectro que englobou todas as antigas categorias do TGD. Esse

alargamento conceitual propõe um natural aumento nas estatísticas de prevalência - assim também o faz o maior conhecimento da condição ao longo dos últimos anos. Apesar de justificar, ao menos em parte, o aumento do número de diagnósticos, o dado não exclui a possibilidade de que o hiper diagnóstico esteja acontecendo.

O hiper diagnóstico é um entrave, que ao lado de muitos outros (como baixa sensibilidade e especificidade), tende a ser reduzido à medida que a categoria sofre modificações que visem retratá-lo, após sua identificação por estudos. Apesar disso, dada a ausência de evidências conclusivas sobre o hiper diagnóstico no autismo, é impossível dizer se a alteração se dirige à resolução da questão ou se deriva de uma mera preocupação teórica (Hess, 2022). Catherine Lord (2022 como citado em Hess, 2022), pesquisadora membro do comitê de transtornos do neurodesenvolvimento do DSM-5, comentou acerca da alteração: “Hopefully, almost everybody making diagnoses got the message eventually that all three were required, even if it was slightly unclear.” (“Esperamos que quase todo mundo que faz diagnósticos tenha recebido a mensagem de que todos os três são necessários, mesmo que isso não esteja claro.”).

a.2) Entidade associada X Problema associado

A segunda alteração digna de nota foi a modificação do parâmetro de especificador. Na edição anterior (DSM-5), era possível a atribuição de condições anexas ao transtorno, como em “Associado a outro transtorno do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental” (APA, 2013, p.50). Na atual edição, o texto foi ligeiramente modificado: “Associado a uma alteração do neurodesenvolvimento...” (APA, 2022, p.56), oferecendo a possibilidade de inserção de características problemáticas, mas que não configurem necessariamente uma entidade reconhecida. Ou seja, se na primeira versão essa especificação era limitada apenas a outras comorbidades reconhecidas - com códigos próprios do CID -, a nova versão inaugura uma expansão desse equipamento, permitindo apropriada compreensão do quadro do indivíduo e eventual oferta de serviços.

Essa decisão de detalhar a natureza do comportamento/alteração associada está de acordo com os qualificadores multicategóricos do CID-11 (Greaves-Lord et al., 2022), que permitem subcategorias do TEA (com base, por exemplo, em suas habilidades intelectuais e linguísticas). Conforme ficou claro na presente revisão, a APA tem uma longa tradição histórica de tentar alinhar os critérios diagnósticos do DSM com aqueles da versão do CID mais atualizada. Aparentemente não foi diferente nesse caso. Quaisquer que tenham sido as razões para a modificação, foram abertas portas para maior detalhamento do quadro individual do sujeito que recebe o diagnóstico, para além de entidades nosológicas comórbidas.

Existe uma importante discussão acerca da eficácia dos “Níveis de Suporte” do DSM-5 para o autismo, já que indivíduos dentro das próprias subdivisões apresentam discrepâncias importantes (Weitlauf et al., 2014), o que coloca sob dúvida a utilidade desse sistema enquanto parâmetro de categorização em níveis de suporte. Apesar de não solucionar o problema, a mudança permite que mais informações sejam carregadas pelo diagnóstico, o que significa facilitar o acesso a informações de utilidade clínica e terapêutica, minimizando os prejuízos de uma heterogeneidade não especificada.

b) Mudanças no texto

As mudanças no texto da condição - e não no critério -, são uma classe distinta de alteração no manual, uma vez que possuem um impacto clínico menos relevante. É notável o interesse da APA em alinhar os textos das condições com as novas evidências e estatísticas que surgiram desde a última versão. Embora a maioria das alterações consistam em correções conceituais, ressalvas e atualizações de estatísticas, houve também a adição de alguns parágrafos, principalmente na seção de “Diagnóstico Diferencial”, onde foram adicionados comentários acerca do “Transtorno obsessivo-compulsivo”, “Transtornos da personalidade” e “Sintomas associados a transtornos de ansiedade”

Apesar das altas taxas de comorbidade no TEA (Bougeard et al., 2021), é provável que essa modificação pontual no texto se deva a preocupações pertinentes ao diagnóstico diferencial - especialmente quando algumas características de duas

condições diferentes se intercalam (ex: comportamento repetitivo e Transtorno Obsessivo Compulsivo; isolamento social e Transtorno de Ansiedade). É importante que o diferencial seja claro nesses casos, para evitar que o diagnóstico seja descartado - ou validado - equivocadamente.

b.1) Mortalidade e Suicídio

Foi também adicionado um parágrafo em “Consequências Funcionais do Transtorno do Espectro Autista, ressaltando a relação entre algumas comorbidades e o maior risco de mortalidade prematura. Aqui foram também abordadas algumas causas de morte mais frequentes no TEA: “[...] Mortes relacionadas a lesões ou envenenamento são maiores que na população geral, assim como mortes por suicídio. Afogamento é a principal causa de mortes acidentais de crianças com transtorno do espectro autista.” (APA, 2022, p.65)

Pessoas diagnosticadas com autismo sofrem de um maior risco de mortalidade prematura (Hirvikoski et al., 2016). Um estudo concluiu que indivíduos com autismo e com TDAH, além de terem o risco de mortalidade aumentado, são mais propícios à morte por causas não naturais (lesão, envenenamento, afogamento) (Peden & Willcox-Pidgeon, 2020). Neste mesmo estudo, maior mortalidade também por causas naturais (neurológico, câncer, etc) foi associada ao autismo, mas não para o TDAH. Um estudo associou o grau de prejuízo na reciprocidade social como um preditor de mortalidade em indivíduos com autismo (Smith, 2019).

Mortes por afogamento e sufocamento são mais proeminentes em autistas que possuam DI comórbida (Shavelle et al., 2001), enquanto que mortes intencionais por autolesão e suicídio são mais frequentes quando o autismo está presente sozinho (Hirvikoski et al., 2016). Nos casos de associação com epilepsia - aproximadamente 10% dos indivíduos (Lukmanji et al., 2019) -, medidas de gerenciamento de convulsões podem ajudar a reduzir a mortalidade.

Foi adicionada uma pequena seção - consistindo de um único parágrafo -, intitulada “Associação com Pensamentos ou Comportamentos Suicidas”, para retratar os conhecidos riscos aumentados de suicídio e automutilação (Richa et al., 2014; Kólves et al., 2021; Newell et al., 2023; Kirby et al., 2019).

Os estudos mostram que o risco é maior entre pessoas diagnosticadas com TEA sem deficiência intelectual (Oliphant et al., 2020; Hirvikoski et al., 2016). Quanto ao gênero, um estudo mostrou que as mulheres com TEA têm até 13x maiores chances de suicídio (Hirvikoski et al., 2016) quando comparadas à população típica, prevalecendo com relação aos homens.

Um estudo influente mostrou que 66% dos pacientes autistas experienciaram ideiação suicida, havendo planejamento ou tentativa de suicídio em 35% desse número (Cassidy et al., 2014). Ademais, um estudo conduzido na suíça procurou identificar as principais causas de morte prematura no TEA e encontrou o suicídio como a terceira no ranking (Hirvikoski, 2016). Nesse mesmo estudo, 83 indivíduos (0.31%) morreram por suicídio, comparados com 0.04% na população geral, o que configura uma diferença de quase 8 vezes no risco.

A hipótese de que traços autísticos poderiam estar associados com o risco aumentado de suicídio se mostrou verdadeira em alguns estudos que procuraram investigar a associação entre essas características e suicidalidade. (Pelton & Cassidy, 2017; Culpin et al., 2018; Newell et al., 2023). Dentre os fatores de risco, o gênero (riscos aumentados em mulheres), a ausência de deficiência intelectual (alto funcionamento) e comorbidades se destacam como os principais.

Um recente estudo de coorte na Dinamarca (Kólves et al., 2021) foi constatado que 90% das pessoas diagnosticadas com autismo que tentaram ou cometeram suicídio possuem pelo menos um outro diagnóstico psiquiátrico (principalmente ansiedade e transtornos de humor). Por outro lado, esse estudo não mostrou risco significativamente aumentado para suicídio em pessoas com autismo sem comorbidades. Além disso, fatores protetivos identificados para a população geral não foram encontrados na população com TEA (ex. maior nível de escolaridade e idade avançada). Alguns fatores, como ser casado e ter um emprego, foram associados como menos protetivos quando comparados com a população geral. Boa parte dos fatores

associados ao suicídio para a população geral não foram constatados na população com TEA (ex. sexo masculino, não estar casado ou coabitando).

b.2) Sexo e Gênero

Além disso, na seção de “Questões Diagnósticas Relativas ao Sexo e ao Gênero”, que no DSM-5 recebia outro nome (“Questões diagnósticas relativas ao Gênero”), foram adicionadas ao parágrafo maiores informações e uma descrição mais detalhada das características do transtorno em indivíduos do sexo feminino, em contraste com indivíduos do sexo masculino: “[...] Em comparação com pessoas do sexo masculino com transtorno do espectro autista, pessoas do sexo feminino podem ter uma melhor conversação recíproca e ser mais propensas a compartilhar interesses, a integrar os comportamentos verbais e não verbais e modificar seus comportamentos dependendo da situação, apesar de terem dificuldades de compreensão social similares às do sexo masculino.” (APA, 2022, p.65)

É provável que essa alteração reflita uma maior compreensão clínica e comportamental do autismo em mulheres derivada de estudos publicados ao longo da última década (Cridland et al., 2014; Young et al., 2018; Lockwood-Estrin et al., 2021).

A prevalência do autismo é significativamente menor em mulheres, com boa parte dos estudos epidemiológicos apontando para uma razão de 4:1 (quatro homens para uma mulher) (Zeidan et al., 2022). Quando se trata de casos com deficiência intelectual comórbida, essa diferença é bem menos pronunciada, aumentando de acordo com os níveis de inteligência (Kirkovski et al., 2013).

Pelas estatísticas pronunciadas no que diz respeito ao sexo e o risco para o autismo, se tornou predominante a ideia de que mulheres dispõem de um menor risco para o autismo. A hipótese de que as mulheres são mais proficientes em “mascarar” ou “camuflar” (Lai et al., 2016; Kirkovski et al., 2013) - *masking/camouflaging*, do inglês - contrapõe essa visão, ao sugerir que essa diferença poderia ser justificada por estratégias compensatórias que as meninas utilizariam para minimizar a percepção dos traços autísticos. Um recente estudo quantitativo encontrou em mulheres discrepâncias entre as avaliações pelo clínico e auto avaliação de traços autísticos e habilidades de sociocomunicação, com as mulheres pontuando menos na avaliação clínica (Lai et al., 2016). Esse e outros estudos mostrando diferentes padrões sintomatológicos entre os dois grupos dão força à hipótese do mascaramento, sugerindo também que os instrumentos atualmente disponíveis para triagem e rastreio de autismo não são precisos quando se trata de meninas.

Observa-se em mulheres uma maior frequência de diagnóstico tardio de autismo e maiores índices de comorbidade do que os esperados para o sexo (ex: razão mulher/homem de 2.2:1 no autismo e de 1.2:1 na população típica para transtorno de ansiedade) (Rødgaard et al., 2021). Indivíduos do sexo feminino diagnosticados com autismo tendem a pontuar menos nas escalas de comportamentos e interesses restritos e repetitivos (Restricted and Repetitive Behaviors - RRB), havendo uma predominância de interesses normativos nas meninas (celebridades, animais, livros) (Kirkovski et al., 2013; Halladay et al., 2015), o que justifica pelo menos em parte os índices - e também parte do novo parágrafo no DSM. Além disso, estudos mostram que, diferente dos meninos diagnosticados com autismo, as meninas sem DI comórbida possuem vocabulário apropriado à idade (Hiller et al., 2016; Halladay et al., 2015), além de habilidades de jogo e imitação intactas (Knickmeyer et al., 2008; Kirkovski et al., 2013). Um estudo constatou que as meninas com níveis comparáveis de prejuízo sócio-comunicativo possuem menor probabilidade de serem diagnosticadas com autismo e possuem melhores habilidades de camuflagem (Dworzynski et al., 2012; Lai et al., 2016). Todos esses achados convergem a algumas implicações: (1) as meninas com autismo podem possuir um perfil comportamental distinto (2) os instrumentos de avaliação do autismo provavelmente não são apropriados para examinar meninas; (3) é possível que o efeito de “overshadowing” - consiste na presença de um diagnóstico (possivelmente com características em comum) mascarando um outro diagnóstico comórbido - seja mais presente em mulheres, diminuindo a probabilidade de um diagnóstico

de autismo.

Por outro lado, é pouco provável que esta grande diferença de prevalência se deva exclusivamente a aspectos diagnósticos e socioculturais. Alguns estudos genéticos encontraram maior número de mutações de variação de número de cópias (CNV) e variação de nucleotídeo único (SNV) (Gilman et al., 2011; Jacquemont et al., 2014). Além disso, foi constatado maior probabilidade de diagnóstico de autismo e de traços autísticos em famílias que possuem pelo menos um membro do sexo feminino com o diagnóstico de autismo (Robinson et al., 2013). Em estudos com modelos de autismo em animais, foi encontrado menor índice de comportamentos autísticos em fêmeas (Kataoka et al., 2013; Schoch et al., 2017). Apesar das óbvias limitações dos modelos em animais, esse achado é importante, já que é improvável que essa diferença seja justificada por mascaramento ou camuflagem. Há ainda a sugestão de que o maior índice de mulheres com DI comórbida representa um risco genético aumentado.

4. Considerações Finais

Categorias diagnósticas precisam de um equilíbrio entre sensibilidade, especificidade e estabilidade diagnóstica, um balanço entre ser muito amplo e ser muito estreito que permita a identificação - e consequentemente intervenção - adequada da condição do indivíduo. Partindo de uma perspectiva pragmática, é preciso que eles sejam eficazes em identificar e oferecer opções de tratamento efetivas. O autismo passou por inúmeras alterações ao longo desses quase 80 anos, tendo sido por muito tempo entendido como um subtipo da esquizofrenia e alvo de interpretações psicanalíticas com pouca validade epistemológica (Bettelheim, 1967), posteriormente se comprometendo com um paradigma que ofereceria mais objetividade - e confiabilidade - que o anterior.

Sobre as alterações que motivaram a revisão, Fred Volkmar (2022 como citado em Hess, 2022), importante pesquisador da área e ex-membro do comitê de transtornos do neurodesenvolvimento do DSM-5, comentou: “The thing is more or less left unchanged. These are really trivial changes.” (“A coisa ficou mais ou menos inalterada. Essas são mudanças realmente triviais.”).

Foram cerca de 10 anos de intervalo entre as duas publicações e, mesmo assim, as alterações são mínimas. Longe de significar que foi atingido o máximo equilíbrio entre parâmetros de qualidade e confiabilidade da categoria diagnóstica, isso sugere um interesse pela preservação dos critérios, que demonstraram relativa estabilidade diagnóstica, apesar da grande heterogeneidade, ainda que não reivindique a incorporação de novos achados na literatura - ex: déficits na atenção dividida (Caruana et al., 2018) - ou solucione a incongruência com o sistema classificatório de níveis de suporte (Weitlauf et al., 2014).

Futuros estudos devem investigar o impacto dessas atualizações na prática clínica e nos desfechos de pacientes com autismo. É também interessante explorar o autismo em termos clínicos, fisiopatológicos e genéticos, visando uma compreensão mais profunda das configurações fenotípicas e genotípicas presentes na condição. Além disso, há uma lacuna a ser preenchida em relação à adaptação de instrumentos diagnósticos utilizados globalmente.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que não há conflitos de interesse relevantes relacionados à publicação deste artigo. Nenhum apoio financeiro ou material de empresas privadas ou influências externas afetou a condução da pesquisa, análise dos dados ou redação do manuscrito.

Referências

- Aftab, A., & Ryznar, E. (2021). Conceptual and historical evolution of psychiatric nosology. *International Review of Psychiatry*, 33(5), 486–499.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.).

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.,text rev.).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.,text rev.).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- American Psychiatric Association (2022a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
- American Psychiatric Association (2022b). *Autism Spectrum Disorder*. Recuperado em: 5 set. 2024. <https://www.psychiatry.org/getmedia/d48f7fa6-b6c8-4f6c-888b-b0adfeb9f5b6/APA-DSM5TR-AutismSpectrumDisorder.pdf>.
- Bettelheim, B. (1967). *The Empty Fortress* (Simon and Schuster, Ed.).
- Bell, J. (2014). *Doing Your Research Project: A guide for first-time researchers*. McGraw-hill education (UK).
- Bleuler, P. E. (1911). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*.
- Bougeard, C., Picarel-Blanchot, F., Schmid, R., Campbell, R., & Buitelaar, J. (2021). Prevalence of autism spectrum disorder and co-morbidities in children and adolescents: a systematic literature review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 744709.
- Carey, B. (2012). New definition of autism will exclude many, study suggests. *New York Times*.
- Caruana, N., Stieglitz Ham, H., Brock, J., Woolgar, A., Kloth, N., Palermo, R., & McArthur, G. (2018). Joint attention difficulties in autistic adults: An interactive eye-tracking study. *Autism*, 22(4), 502–512.
- Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M., & Baron-Cohen, S. (2014). Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger’s syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 1(2), 142–147.
- Cridland, E. K., Jones, S. C., Caputi, P. & Magee, C. A. (2014). Investigating the experiences of girls with autism spectrum disorders during adolescence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 1261-1274
- Culpin, I., Mars, B., Pearson, R. M., Golding, J., Heron, J., Bubak, I., Carpenter, P., Magnusson, C., Gunnell, D., & Rai, D. (2018). Autistic traits and suicidal thoughts, plans, and self-harm in late adolescence: population-based cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(5), 313–320.
- Duval, S. W., Greene, R. K., Phelps, R., Rutter, T. M., Markwardt, S., Grieser Painter, J., Cordova, M., Calame, B., Doyle, O., & Nigg, J. T. (2024). Factors Associated with Confirmed and Unconfirmed Autism Spectrum Disorder Diagnosis in Children Volunteering for Research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1–13.
- Dworzynski, K., Ronald, A., Bolton, P., & Happé, F. (2012). How Different Are Girls and Boys Above and Below the Diagnostic Threshold for Autism Spectrum Disorders? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(8), 788–797. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.05.018>
- Gilman, S. R., Iossifov, I., Levy, D., Ronemus, M., Wigler, M., & Vitkup, D. (2011). Rare De Novo Variants Associated with Autism Implicate a Large Functional Network of Genes Involved in Formation and Function of Synapses. *Neuron*, 70(5), 898–907. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2011.05.021>
- Greaves-Lord, K., Skuse, D., & Mandy, W. (2022). Innovations of the ICD-11 in the field of autism spectrum disorder: a psychological approach. *Clinical Psychology in Europe*, 4(Spec Issue).
- Halladay, A. K., Bishop, S., Constantino, J. N., Daniels, A. M., Koenig, K., Palmer, K., Messinger, D., Pelphrey, K., Sanders, S. J., Singer, A. T., Taylor, J. L., & Szatmari, P. (2015). Sex and gender differences in autism spectrum disorder: summarizing evidence gaps and identifying emerging areas of priority. *Molecular Autism*, 6(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s13229-015-0019-y>
- Hess, P. (2022). DSM-5 revision tweaks autism entry for clarity. *Spectrum*.
- Hiller, R. M., Young, R. L., & Weber, N. (2015). Sex differences in pre-diagnosis concerns for children later diagnosed with autism spectrum disorder. *Autism*, 20(1), 75–84. <https://doi.org/10.1177/1362361314568899>
- Hirvikoski, T., Mittendorfer-Rutz, E., Boman, M., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Bölte, S. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 232–238.
- Huerta, M., Bishop, S. L., Duncan, A., Hus, V., & Lord, C. (2012). Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of pervasive developmental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 169(10), 1056–1064.
- Jacquemont, S., Coe, B. P., Hersch, M., Duyzend, M. H., Krumm, N., Bergmann, S., Beckmann, J. S., Rosenfeld, J. A., & Eichler, E. E. (2014). A Higher Mutational Burden in Females Supports a Female Protective Model in Neurodevelopmental Disorders. *The American Journal of Human Genetics*, 94(3), 415–425. <https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2014.02.001>
- Kale, M. S., & Korenstein, D. (2018). Overdiagnosis in primary care: framing the problem and finding solutions. *BMJ*, 362, k2820. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2820>
- Kanner, L. (1968). Autistic disturbances of affective contact. *Acta Paedopsychiatrica*, 35(4), 100–136.

- Kataoka, S., Takuma, K., Hara, Y., Maeda, Y., Ago, Y., & Matsuda, T. (2013). Autism-like behaviours with transient histone hyperacetylation in mice treated prenatally with valproic acid. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 16(1), 91–103. <https://doi.org/10.1017/S1461145711001714>
- Kirby, A. v, Bakian, A. v, Zhang, Y., Bilder, D. A., Keeshin, B. R., & Coon, H. (2019). A 20-year study of suicide death in a statewide autism population. *Autism Research*, 12(4), 658–666.
- Kirkovski, M., Enticott, P. G., & Fitzgerald, P. B. (2013). A Review of the Role of Female Gender in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(11), 2584–2603. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1811-1>
- Knickmeyer, R. C., Wheelwright, S., & Baron-Cohen, S. B. (2008). Sex-typical Play: Masculinization/Defeminization in Girls with an Autism Spectrum Condition. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(6), 1028–1035. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0475-0>
- Kølves, K., Fitzgerald, C., Nordentoft, M., Wood, S. J., & Erlangsen, A. (2021). Assessment of suicidal behaviors among individuals with autism spectrum disorder in Denmark. *JAMA Network Open*, 4(1), e2033565–e2033565.
- Lai, M.-C., Lombardo, M. v, Ruigrok, A. N. v, Chakrabarti, B., Auyeung, B., Szatmari, P., Happé, F., & Baron-Cohen, S. (2016). Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. *Autism*, 21(6), 690–702. <https://doi.org/10.1177/1362361316671012>
- Lockwood Estrin, G., Milner, V., Spain, D., Happé, F., & Colvert, E. (2021). Barriers to autism spectrum disorder diagnosis for young women and girls: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 8(4), 454–470.
- Lord, C., Petkova, E., Hus, V., Gan, W., Lu, F., Martin, D. M., Ousley, O., Guy, L., Bernier, R., & Gerdts, J. (2012). A multisite study of the clinical diagnosis of different autism spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 306–313.
- Luciano, M. (2015). The ICD-11 beta draft is available online. *World Psychiatry*, 14(3), 375–376. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20262>
- Lukmanji, S., Manji, S. A., Kadhim, S., Sauro, K. M., Wirrell, E. C., Kwon, C.-S., & Jette, N. (2019). The co-occurrence of epilepsy and autism: A systematic review. *Epilepsy & Behavior*, 98, 238–248.
- Macintosh, K. E., & Dissanayake, C. (2004). The similarities and differences between autistic disorder and Asperger's disorder: A review of the empirical evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 421–434. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00234.x>
- Maenner, M. J. (2023). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2020. *MMWR. Surveillance Summaries*, 72.
- Mandy, W. P. L., Charman, T., & Skuse, D. H. (2012). Testing the construct validity of proposed criteria for DSM-5 autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 41–50.
- Merten, E. C., Cwik, J. C., Margraf, J., & Schneider, S. (2017). Overdiagnosis of mental disorders in children and adolescents (in developed countries). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11, 1–11.
- Ministério da Saúde (2022). Ministério da Saúde coordena tradução do novo Código Internacional de Doenças para a língua portuguesa. Recuperado em 19/08/2024. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/julho/ministerio-da-saude-coordena-traducao-do-novo-codigo-internacional-de-doencas-para-a-lingua-portuguesa>
- Newell, V., Phillips, L., Jones, C., Townsend, E., Richards, C., & Cassidy, S. (2023). A systematic review and meta-analysis of suicidality in autistic and possibly autistic people without co-occurring intellectual disability. *Molecular Autism*, 14(1), 12.
- Oliphant, R. Y. K., Smith, E. M., & Grahame, V. (2020). What is the Prevalence of Self-harming and Suicidal Behaviour in Under 18s with ASD, With or Without an Intellectual Disability? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(10), 3510–3524. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04422-6>
- Ozonoff, S., South, M., & Miller, J. N. (2000). DSM-IV-defined Asperger syndrome: Cognitive, behavioral and early history differentiation from high-functioning autism. *Autism*, 4(1), 29–46.
- Peden, A. E., & Willcox-Pidgeon, S. (2020). Autism spectrum disorder and unintentional fatal drowning of children and adolescents in Australia: an epidemiological analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 105(9), 869–874.
- Pelton, M. K., & Cassidy, S. A. (2017). Are autistic traits associated with suicidality? A test of the interpersonal-psychological theory of suicide in a non-clinical young adult sample. *Autism Research*, 10(11), 1891–1904. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/aur.1828>
- Richa, S., Fahed, M., Khoury, E., & Mishara, B. (2014). Suicide in autism spectrum disorders. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 327–339.
- Robinson, E. B., Lichtenstein, P., Anckarsäter, H., Happé, F., & Ronald, A. (2013). Examining and interpreting the female protective effect against autistic behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(13), 5258–5262. <https://doi.org/10.1073/pnas.1211070110>
- Rødgaard, E.-M., Jensen, K., Miskowiak, K. W., & Mottron, L. (2021). Autism comorbidities show elevated female-to-male odds ratios and are associated with the age of first autism diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144(5), 475–486. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/acps.13345>
- Schoch, H., Kreibich, A. S., Ferri, S. L., White, R. S., Bohorquez, D., Banerjee, A., Port, R. G., Dow, H. C., Cordero, L., Pallathra, A. A., Kim, H., Li, H., Bilker, W. B., Hirano, S., Schultz, R. T., Borgmann-Winter, K., Hahn, C.-G., Feldmeyer, D., Carlson, G. C., ... Brodtkin, E. S. (2017). Sociability Deficits and Altered Amygdala Circuits in Mice Lacking Pcdh10, an Autism Associated Gene. *Biological Psychiatry*, 81(3), 193–202. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2016.06.008>
- Shavelle, R. M., Strauss, D. J., & Pickett, J. (2001). Causes of death in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 569–576.

- Smeets, E. E. J., Pelc, K., & Dan, B. (2012). Rett syndrome. *Molecular syndromology*, 2(3-5), 113-127.
- Smith, L. D., Hong, J., Greenberg, J. S., & Mailick, M. R. (2019). Mortality in individuals with autism spectrum disorder: Predictors over a 20-year period. *Autism*, 23(7), 1732–1739.
- Smith, O., & Jones, S. C. (2020). ‘Coming out’ with autism: Identity in people with an Asperger’s diagnosis after DSM-5. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(2), 592–602.
- Snow, A. v, & Lecavalier, L. (2011). Comparing autism, PDD-NOS, and other developmental disabilities on parent-reported behavior problems: little evidence for ASD subtype validity. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 302–310.
- Szatmari, P., Bryson, S., Duku, E., Vaccarella, L., Zwaigenbaum, L., Bennett, T., & Boyle, M. H. (2009). Similar developmental trajectories in autism and Asperger syndrome: from early childhood to adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(12), 1459–1467. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02123.x>
- Szatmari, P., Bryson, S. E., Boyle, M. H., Streiner, D. L., & Duku, E. (2003). Predictors of outcome among high functioning children with autism and Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(4), 520–528. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1469-7610.00141>
- Treml, J., Linde, K., Brähler, E., & Kersting, A. (2024). Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: differences in prevalence and diagnostic criteria. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1266132.
- Walker, D. R., Thompson, A. N. N., Zwaigenbaum, L., Goldberg, J., Bryson, S. E., Mahoney, W. J., Strawbridge, C. P., & Szatmari, P. (2004). Specifying PDD-NOS: a comparison of PDD-NOS, Asperger syndrome, and autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(2), 172–180.
- Weitlauf, A. S., Gotham, K. O., Vehorn, A. C., & Warren, Z. E. (2014). Brief report: DSM-5 “levels of support:” A comment on discrepant conceptualizations of severity in ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(2), 471–476.
- Young, H., Oreve, M.-J., & Speranza, M. (2018). Clinical characteristics and problems diagnosing autism spectrum disorder in girls. *Archives de Pédiatrie*, 25(6), 399–403.
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scora, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, 15(5), 778–790. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/aur.2696>