

O AUTISMO E SUAS CONEXÕES: QUAL MEDICAÇÃO PARA O AUTISTA?

AUTISM AND ITS CONNECTIONS: WHAT MEDICATION FOR AUTISM?

AUTISMO Y SUS CONEXIONES: ¿CUÁL MEDICAMENTO PARA EL AUTISTA?

*Ana Maria Costa da Silva Lopes**

RESUMO

Este artigo tem como objetivo discutir a conexão entre psicanálise e psiquiatria, com base na questão: qual medicação para o autista? Empregou-se como metodologia a revisão narrativa. As evidências científicas demonstram que não há uma medicação específica para o autismo, mas sintomas específicos que perturbem a funcionalidade da vida diária, tais como insônia, agressividade, agitação, entre outros, podem ser medicados. O que o analista almeja não é mudar a forma de funcionamento autístico, mas permitir a possibilidade da construção de um universo singular, de soluções que nenhum manual diagnóstico pode antecipar. Nesse sentido, a psiquiatria e seu arsenal terapêutico, por meio do ato de medicar, entram no lugar de parceiro do analista, possibilitando que o sujeito não seja reduzido a ser um simples objeto de diagnóstico, em nome de uma suposta “normalidade”. A medicação pode contribuir de forma pontual, descontínua ou, por vezes, contínua, possibilitando o percurso do tratamento analítico.

Palavras-chave: Autismo. Transtorno do espectro autista. Medicação. Neuroléptico. Psicanálise.

ABSTRACT

This article aims to discuss the connection between psychoanalysis and psychiatry based on the question: what is the medication for the autist? Narrative review was used as methodology. Scientific evidence shows that there is no specific medication for autism, but certain symptoms which disrupt the functionality of daily life, such as insomnia, aggressiveness, agitation, among others, can be medicated. What the analyst aims at is not to change the form of autistic functioning, but to allow the possibility of building a unique universe, solutions that no diagnostic manual can anticipate. In this sense, psychiatry and its therapeutic arsenal, via the act of medicating, take the place of the analyst's partner, allowing the subject not to be reduced to being a simple object of diagnosis, in the name of a supposed “normality”. Medication can contribute in a punctual, discontinuous or, at times, continuous manner, enabling the course of analytical treatment.

* Professora adjunta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), membro aderente da Seção Minas da Escola Brasileira de Psicanálise, psiquiatra com atuação em infância e adolescência, psicanalista.

Keywords: Autism. Autism spectrum disorder. Medication. Neuroleptic. Psychoanalysis.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo discutir la conexión entre el psicoanálisis y la psiquiatría, desde la pregunta: ¿Cuál medicamento para el autista? La revisión narrativa fue utilizada como metodología. La evidencia científica muestra que no existe un medicamento específico para el autismo, pero los síntomas específicos que interrumpen la funcionalidad de la vida diaria, como el insomnio, la agresión, la agitación, entre otros, pueden ser medicados. El objetivo del analista no es cambiar la forma del funcionamiento autista, sino permitir la posibilidad de construir un universo único, soluciones que ningún manual de diagnóstico puede anticipar. En este sentido, la psiquiatría y su arsenal terapéutico, a través del acto de medicar, toman el lugar de pareja del analista, permitiendo que el sujeto no se reduzca a ser un simple objeto de diagnóstico, en nombre de una supuesta “normalidad”. La medicación puede contribuir de manera puntual, discontinua o, a veces, continua, permitiendo el curso del tratamiento analítico.

Palabras clave: Autismo. Trastorno del espectro autista. Medicación. Neuroléptico. Psicoanálisis.

1. O AUTISMO E SUAS CONEXÕES: QUAL MEDICAÇÃO PARA O AUTISTA?

Este artigo visa a discutir a psicanálise como uma condução legítima de tratamento para o autista, tanto no seu trabalho individual, junto a um dispositivo constituído em seu entorno pelo psicanalista, que, por sua vez, conduz e torna possível uma construção singular, quanto na prática institucional “entre vários” (Tendlarz, 2014). Nessa perspectiva, a psiquiatria e seu arsenal terapêutico entram nesse lugar do “entre vários”, que pode contribuir, de forma pontual, descontínua ou, por vezes, contínua, para o tratamento, possibilitando o percurso do tratamento analítico. O ato de medicar uma criança autista em tratamento analítico nos deixa como ensinamento que o sujeito nunca pode ser reduzido a um objeto de diagnóstico e que, ao nos aproximarmos da criança, como um analista pode fazer, abrem-se portas para um universo singular que nenhum manual diagnóstico poderia antecipar.

A criança autista apresenta um modo de funcionamento que lhe é próprio. Dirigir-se à criança autista como sujeito, e não como objeto a ser normatizado, possibilita a construção de soluções que permitem a ela reinserir-se no Outro

de um modo original, sem ser encerrada na incapacidade ou em protocolos preestabelecidos. É um tratamento de um a um, mas com outros. Nessa perspectiva, o que se visa ao se perguntar “qual medicamento para o autista?”. O objetivo é pensar na construção de uma resposta singular, para além do déficit, o qual nunca foi um bom critério diagnóstico, já que conduz quase inevitavelmente à prescrição medicamentosa e às terapias comportamentais (Tendlarz, 2014). Aqui, a aposta na medicação é feita para que ela seja parceira da construção singular de cada autista, indicada não para todos, mas singularmente, em condições a serem avaliadas caso a caso. Assim, o objetivo do ato de medicar não é que as crianças se tornem “todas educáveis e medicáveis” em nome da cura do sintoma, sem levar em conta a causa e o tratamento singular que ele convoca.

É importante destacar que as conexões entre os vários campos de tratamento visam a melhorar as condições de vida de cada sujeito, garantir a integralidade e equidade de cuidados, construindo-se, dessa maneira, um projeto terapêutico singular, que não deve ser reduzido à condição diagnóstica, mas deve, sim, contemplar os aspectos psíquicos no que tange aos pensamentos do sujeito autista, às suas formas de relacionar com as pessoas e com o seu ambiente. O medicamento é apenas um dos pontos do projeto terapêutico, que será individualizado e que deve atender às necessidades, às demandas e aos interesses de cada paciente e seus familiares.

A escolha terapêutica exige a avaliação periódica de sua eficácia de modo conjunto com a família e a criança e com os outros profissionais envolvidos no projeto terapêutico. Devem-se avaliar os ganhos funcionais como indicadores centrais na avaliação da indicação e eficácia do tratamento. Considerando-se a complexidade clínica, as intervenções devem ser realizadas de acordo com as necessidades das diferentes etapas do ciclo vital da criança. É primordial oferecer espaço de escuta, acolhimento, orientação e cuidados terapêuticos tanto para a criança como para a família. Assim, torna-se necessária a integração de ações de proteção social, educação, lazer, cultura e de trabalho para o cuidado integral (Brasil, 2014).

Nesse sentido, é essencial que o psicanalista, ao conduzir o tratamento analítico de uma criança, articule conexões com a escola, com os responsáveis por atividades de lazer, de modo a contribuir para a construção de intervenções compatíveis com o momento clínico de cada criança. Intervenções inadequadas, seja no âmbito escolar, seja no contexto familiar, podem exacerbar comportamentos de agitação e, ou, agressividade. Destaca-se, aqui, o importante papel do psicanalista, nesses diferentes espaços, como condutor e integrador de ações, para que o autista não seja tomado como objeto a ser normatizado pelo outro social.

A abordagem dos princípios gerais do tratamento medicamentoso para o autismo torna-se uma ferramenta importante para os psicanalistas, considerando-se a rápida proliferação da informação biológica e psicofarmacológica, fato que torna a tarefa de integrar as abordagens biológica e psicanalítica um desafio a ser conduzido pelo analista, juntamente com a família e com a criança em tratamento, visto que é necessário desenvolver abordagens mais harmônicas, combinando a abordagem psicanalítica e os recursos medicamentosos, quando indicados. Destaca-se que o tratamento psicofarmacológico, isoladamente, não muda o processo subjacente dos vários sujeitos autistas; não há uma medicação específica para o autismo, mas o tratamento psicotrópico pode exercer profundos benefícios sobre a cognição, o humor e os comportamentos agressivos, entre outros.

Antes de encaminhar a criança autista para a avaliação do uso ou não de psicofármacos, é importante que o psicanalista estabeleça uma aliança terapêutica com o profissional que avaliará a criança e a família. O médico, por sua vez, deve avaliar a capacidade do paciente e da família de compreender tanto os benefícios quanto os riscos dos medicamentos prescritos.

Nessa perspectiva, uma questão fundamental que se coloca é se há indicação do uso de psicofármacos no autismo. Sabe-se que, na ausência de sintomas que justifiquem seu uso, a criança pode e deve ser tratada sem o emprego de psicofármacos. A indicação de psicofármacos deve ser feita por especialistas que tenham hábito no manejo clínico do medicamento (dose, indicação e avaliação do custo-benefício). Assim, quando se deve indicar a avaliação para uso de psicofármacos diante de sintomas que interferem na qualidade de vida, tais como comportamentos disruptivos, irritabilidade, impulsividade, agitação, auto e heteroagressividade, destrutividade, prejuízos funcionais, prejuízos nas atividades de vida diária (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

Na presença de sintomas que prejudiquem a funcionalidade diária da criança e que repercutam na escola, na família e no próprio tratamento, o psicanalista deve encaminhar o paciente com autismo para avaliação da demanda de tratamento psicofarmacológico, a fim de controlar sintomas associados ao quadro, quando estes interferem negativamente na sua qualidade de vida. Merecem atenção também as comorbidades: ansiedade, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), epilepsia e transtornos do sono (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019). No entanto é importante lembrar que algumas manifestações clínicas são formas de resposta do autista e não necessariamente representam aquilo que, em Medicina, nomeamos comorbidades.

2. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Entre os psicofármacos mais utilizados estão a risperidona (um antipsicótico atípico, bloqueador serotoninérgico e dopaminérgico), a olanzapina, a quetiapina, a ziprasidona, a clozapina e o aripiprazol. Dos citados, a risperidona e o aripiprazol são os únicos medicamentos com indicação da Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos para os sintomas relacionados ao transtorno do espectro autista (TEA). Tanto a risperidona quanto o aripiprazol são eficazes como antipsicóticos de segunda geração, mas podem provocar efeitos colaterais importantes como aumento de peso, síndrome metabólica, hiperprolactinemia, síndrome extrapiramidal, diminuição do limiar convulsivo e, muito raramente, a síndrome neuroléptica maligna. Portanto, na ausência de sintomas que justifiquem seu uso, a criança pode e deve ser tratada sem o emprego de psicofármacos. Essas drogas poderão excepcionalmente ser administradas por especialistas que tenham hábito na sua indicação precisa (Polanczyk & Lamberte, 2012; Anagnostou *et al.*, 2014; Shafiq & Pringsheim, 2018).

É importante ainda fazer uma diferenciação entre o que se nomeia, na linguagem popular, remédio e medicamento (aqui sobretudo o psicofármaco propriamente dito). Um medicamento é um produto feito por farmácias de manipulação ou indústrias farmacêuticas para prevenir e tratar ou aliviar sintomas. Os efeitos são conhecidos e foram comprovados cientificamente por inúmeros testes. É um produto desenvolvido por uma indústria farmacêutica e que cumpriu todas as exigências legais definidas pelos órgãos regulatórios, no caso do Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O remédio, por sua vez, é diferente do medicamento. O termo “remédio” refere-se a métodos ou cuidados terapêuticos que ajudam a aliviar desconfortos, mas que não passaram necessariamente pelas etapas que um medicamento passa para ser liberado. Por exemplo, ácidos graxos, ômega 3, dietas especiais.

3. TRATAMENTOS ALTERNATIVOS

Abordagens alternativas ou complementares são frequentemente adotadas pelas famílias, apesar da falta de apoio empírico. Embora algumas dessas abordagens tenham promessa teórica e mereçam pesquisas adicionais (por exemplo, ácidos graxos, ômega 3, dietas especiais, probióticos), outras são potencialmente prejudiciais (por exemplo, quelação) ou simplesmente caras ou ineficazes, tal como a secretina e a ocitocina (Leppanen, Ng, Tchanturia, & Treasure, 2017).

A secretina é um hormônio produzido pelo epitélio do duodeno e do jejuno no contato com o quimo, ácido que vem do estômago, o qual desencadeia

as secreções digestivas. A ocitocina (ou oxitocina) é um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na neuro-hipófise, cujas funções envolvem promover as contrações musculares uterinas, reduzir o sangramento durante o parto, estimular a liberação do leite materno, desenvolver apego e empatia entre pessoas, produzir parte do prazer do orgasmo, e modular a sensibilidade ao medo do desconhecido. Não há evidências científicas que justifiquem o uso desses hormônios no tratamento do autismo (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

A terapia por quelação, por sua vez, tem como objetivo reduzir depósitos biológicos de cálcio, remover metais pesados; estes últimos podem agir inibindo os sistemas enzimáticos ou como intermediários na produção dos agentes pró-oxidantes, permitindo o controle da peroxidação lipídica, fenômeno que acontece nos processos oxidativos de que participam os radicais livres. Trata-se de método sem comprovação científica que implica riscos para a saúde.

O uso de melatonina em pacientes com TEA tem sido associado a melhores parâmetros de sono, resultados adversos mínimos e melhor comportamento diurno. Uma revisão sistemática do uso de melatonina (*versus* placebo) em pacientes mostrou uma melhora de 73 minutos no sono total e de 66 minutos no início do sono. Entretanto mais pesquisas são necessárias para definir quais alterações do padrão de sono respondem à higiene do sono e a intervenções comportamentais e quais requerem intervenção médica, do ponto de vista medicamentoso (Anagnostou *et al.*, 2014).

Outro tratamento que exige mais estudos é o uso de probióticos, os quais têm sido utilizados com base no eixo cérebro-intestino, visando a restaurar a microbiota de pacientes com TEA e que apresentam distúrbios gastrintestinais ligados à disbiose e que podem, por esse motivo, apresentar uma taxa mais alta de irritabilidade, raiva, comportamentos agressivos e distúrbios do sono. No entanto mais evidências sobre a função dos probióticos na disbiose intestinal e seus efeitos sobre os parâmetros comportamentais e neurofisiológicos são necessárias. Até o momento, não existem evidências sólidas sobre o papel dos probióticos na disbiose intestinal e sobre sua ação em alterações comportamentais e neurofisiológicas (Santocchi *et al.*, 2016).

4. INTERVENÇÕES DIETÉTICAS

Intervenções dietéticas configuram um ponto que gera muitas controvérsias. Sabe-se que um aspecto bem conhecido em pacientes com TEA são alterações no hábito alimentar, tais como seletividade alimentar (aversão, ou até recusa total, de determinados alimentos é frequente), presença de comportamentos ritualísticos,

entendidos pela nosografia psiquiátrica atual como comportamentos obsessivos disfuncionais, além de efeitos adversos, como redução do apetite, provocados por alguns medicamentos.

Não há embasamento científico que justifique restrições alimentares para pacientes com TEA, pois tais dietas expõem os pacientes a outros prejuízos nutricionais que podem comprometer seu neurodesenvolvimento. Existem também associações frequentes (até 91%) de sintomas gastrointestinais, como constipação, diarreia, distensão gasosa e dor abdominal ao TEA. Estudos descrevem a prevalência elevada de manifestações alérgicas (respiratórias e, ou, alimentares) e autoimunes em pacientes com TEA. No entanto os resultados de pesquisas científicas, até o momento, mostram efeitos clínicos modestos, inconclusivos e conflitantes. Dessa maneira, não há eficácia demonstrada para manipulações dietéticas, sobretudo dietas sem glúten e, ou, caseína, exclusão de aditivos alimentares e dieta oligo-antigênicas. Além disso, as restrições alimentares podem se associar à rejeição social, estigmatizações e dificuldades na socialização e na integração. Dessa forma, os pacientes com TEA só devem ser submetidos a dietas de exclusão caso haja diagnósticos confirmados de intolerância ao glúten não celíaca, doença celíaca, alergia alimentar ou algum tipo de intolerância ou hipersensibilidade a alimentos. É de grande relevância a avaliação formal da deficiência de micro e macronutrientes (pelo diário nutricional e de exames complementares quando necessários) e sua reposição a fim de garantir o crescimento e desenvolvimento satisfatórios (Gogou & Kolios, 2018).

5. *CANNABIS* COMO PRODUTO MEDICINAL

Estudos em modelos animais sugerem uma possível desregulação do sistema endocanabinoide no TEA (Bar-Lev Schleider, Mechoulam, Saban, Meiri, & Novack, 2019). O sistema endocanabinoide está envolvido na regulação de neurotransmissores excitatórios e inibitórios, sistemas esses comprometidos em indivíduos com TEA (Zamberletti, Gabaglio, & Parolaro, 2017). Esse sistema também está envolvido na modulação da liberação de ocitocina e vasopressina, que, por sua vez, atuam modulando comportamentos sociais. Até o presente momento, o uso de canabinoides para o manejo de sintomas de TEA se baseia em relatos de casos ou ensaios clínicos abertos, não controlados, e com número restrito de participantes (Barchel *et al.*, 2019). Nesses casos, o canabinoide de escolha tem sido o dronabinol, formulação sintética do tetraidrocanabinol (THC), já em uso entre adultos, para o controle da náusea associada à quimioterapia, redução da hipertonia e da dor neuropática em pacientes com esclerose múltipla (Koppel *et al.*, 2014).

No TEA, o objetivo principal do emprego do endocanabinoide é o tratamento das comorbidades, principalmente hiperatividade, distúrbios do sono ansiedade auto e heteroagressividade. Ressalta-se que, em alguns casos, houve piora sintomática e que também foram relatados efeitos colaterais, em especial sonolência e alteração de apetite. O método foi falho, sem critérios diagnósticos bem definidos; a captação dos pacientes foi baseada no interesse dos familiares, em tempo de seguimento curto e em resultados baseados em informações telefônicas sem avaliação clínica ou instrumentos padronizados (Bar-Lev Schleider *et al.*, 2019). Dessa forma, as evidências científicas disponíveis no momento apontam que a prescrição de canabinoides para o manejo de sintomas de TEA não é indicada. Estudos bem delineados encontram-se em andamento e podem abrir caminho no que diz respeito ao esclarecimento do potencial papel desses fármacos em doenças neurocomportamentais.

6. PARA CONCLUIR

Em nome de uma suposta “normalidade”, busca-se incluir as crianças em programas que as tornem iguais às outras. Desconhece-se, assim, que não há uma norma que valha para todos, já que não existe um critério de saúde universal. Todos diferentes, todos “normalmente” fora da norma no ponto em que se encontra a singularidade (Tendlarz, 2014). O médico opera a partir do lugar do mestre; a posição do analista disso é diferente, porque se parte do princípio de que não há conhecimento prévio sobre o sujeito. No âmbito das descobertas científicas atuais, a Medicina, por sua vez, afirma que, embora muito se tenha investigado sobre o autismo, ainda não há uma medicação específica indicada. O que há é a possibilidade de medicar, de forma pontual, alguns sintomas, como insônia, agressividade, agitação, entre outros, que perturbem o funcionamento, sobretudo social, do sujeito. No entanto não há fármacos que possam mudar a forma de funcionamento autístico. Em suma: o ato de medicar uma criança autista pode ser parceiro do tratamento analítico, a ser avaliado no caso a caso.

REFERÊNCIAS

- Anagnostou, E., Zwaigenbaum, L., Szatmari, P., Fombonne, E., Fernandez, B. A., Woodbury-Smith, M., . . . Scherer, S. W. (2014). Autism spectrum disorder: advances in evidence-based practice. *Canadian Medical Association Journal*, 186 (7), 509-519. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1503/cmaj.121756>
- Barchel, D., Stolar, O., De-Haan, T., Ziv-Baran, T., Saban, N., Fuchs, D. O., . . . Berkovitch, M. (2019, January 9th). Oral cannabidiol use in children with autism spectrum disorder to treat related symptoms and co-morbidities. *Front Pharmacol*, 9,1521. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.01521>
- Bar-Lev Schleider, L., Mechoulam, R., Saban, N., Meiri, G., & Novack, V. (2019) Real life experience of medical cannabis treatment in autism: analysis of safety and efficacy. *Scientific Reports*, 9, 200. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.1038/s41598-018-37570-y>
- Brasil. (2014) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA)*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado a partir de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf
- Gogou, M., & Kolios, G. (2018, June). Are therapeutic diets an emerging additional choice in autism spectrum disorder management? *World Journal of Pediatrics*, 14 (3), 215-223. Recuperado a partir de <https://link.springer.com/article/10.1007/s12519-018-0164-4>
- Koppel, B. S., Brust, J. C., Fife, T., Youssof, S., Gronseth, G., & Gloss, D. (2014). Systematic review: efficacy and safety of medical marijuana in selected neurologic disorders. Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 82(17), 1556-1563. Recuperado a partir de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24778283/>
- Leppanen, J., Ng, K. W., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2017, July). Meta-analysis of the effects of intranasal oxytocin on interpretation and expression of emotions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 78, 125-144. Recuperado a partir de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149763416307448>

- Polanczyk, G. V., & Lamberte, M. T. M. R. (2012). *Psiquiatria da infância e adolescência*. Barueri: Manole.
- Santocchi, E., Guiducci, L., Fulceri, F., Billeci, L., Buzzigoli, E., Apicella, F. . . . Muratori, F. (2016, June). Gut to brain interaction in autism spectrum disorders: a randomized controlled trial on the role of probiotics on clinical, biochemical and neurophysiological parameters. *BMC Psychiatry*, 16, 183. Recuperado a partir de <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0887-5>
- Shafiq, S., & Pringsheim, T. (2018, September). Using antipsychotics for behavioral problems in children. *Expert Opin Pharmacother*, 19(13), 1475-1488. Recuperado a partir de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14656566.2018.1509069?journalCode=ieop20>
- Sociedade Brasileira de Pediatria. (2019, abril). Transtorno do espectro do autismo. *Manual de orientação: Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento*, 5. Recuperado a partir de https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21775c-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf
- Tendlarz, S. (2014, janeiro-junho). Crianças autistas. *Almanaque Online – Revista Eletrônica do IPSM-MG*, 14. Recuperado a partir de <http://almanaquepsicanalise.com.br/criancas-autistas/>
- Zamberletti, E., Gabaglio, M., & Parolaro, D. (2017, September). The endocannabinoid system and autism spectrum disorders: insights from animal models. *International Journal of Molecular Sciences*, 18(9), 1916. Recuperado a partir de <https://www.mdpi.com/1422-0067/18/9/1916>