

AUTISMO E ESQUIZOFRENIA: COMPREENDENDO DIFERENTES CONDIÇÕES¹

Rosanita Moschini Vargas²

Carlo Schmidt³

Resumo

Com base na revisão de literatura sobre Autismo percebemos diversas modificações em suas definições proferidas por autores ao longo de décadas, entre elas, a relação do Transtorno Autista com a Esquizofrenia Infantil. Frente a este aspecto, sente-se a necessidade de clarear a diferenciação entre Autismo e Esquizofrenia, uma vez que a distinção destes conceitos é fundamental para os encaminhamentos posteriores de pessoas com Transtorno Global do Desenvolvimento. Este estudo discorre sobre a definição atual dos transtornos do espectro do autismo, bem como retoma estudos vinculados a políticas públicas que ainda se baseiam numa definição anterior a atual.

Palavras-chave: Autismo, Esquizofrenia, Educação Especial.

Eixo Temático: Educação e Infância

1. Autismo: Histórico

Ao revisarmos a literatura específica sobre Autismo, encontramos a primeira experiência registrada sobre um menino com estas características com data de 1800, a qual descreve relações médico-pedagógicas entre o médico Jean Itard e um menino encontrado nas florestas do sul da França, em 1799, que convivia com uma manada de lobos, isolado de todo o contato humano, aparentemente desde muito pequeno (KUPFER, 2000). Posteriormente ficou conhecido como “Victor de Aveyron”⁴.

Na primeira década do século XX, Plouller⁵ introduziu o adjetivo autista na literatura psiquiátrica ao estudar pacientes com demência precoce. Alguns anos depois, Bleuler⁶ foi o primeiro a difundir o termo autismo, definindo-o como perda do contato com a realidade,

¹ Comunicação oral.

² Pedagoga, Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional, e-mail: rosanitamoschini@hotmail.com

³ Professor Adjunto do Depto. de Educação Especial da Universidade Federal de Santa Maria, e-mail: carlopsico@gmail.com

⁴ Com base na descrição de Itard, o menino teria um diagnóstico de autismo, sendo o primeiro caso descrito na literatura específica.

⁵ Na época, ele estudava o processo do pensamento de pacientes que faziam referências a tudo no mundo e à sua volta, consigo mesmo, num processo considerado psicótico. Estes pacientes tinham o diagnóstico de demência precoce, que ele mudou para esquizofrenia, também introduzindo este termo.

⁶ Paul Eugen Bleuler, psiquiatra suíço, notável pelas suas contribuições para o entendimento da esquizofrenia. É conhecido por nomear a esquizofrenia, doença que era anteriormente conhecida como *dementia praecox* e por criar o termo autismo em uma edição de 1912 do *American Journal of Insanity*.

causada pela impossibilidade ou dificuldade de comunicação interpessoal. Referiu-se originalmente ao autismo como transtorno básico da esquizofrenia (CAMARGOS, 2005).

Muito antes das primeiras publicações de Kanner, Melaine Klein, em 1930, pioneira no reconhecimento e tratamento de psicoses em crianças, também descreveu o caso de uma menina de quatro anos de idade que apresentava um quadro sugestivo de autismo (ARAÚJO, 2000). Em seus estudos, Klein percebeu que havia diferenças que caracterizavam as crianças com autismo, assim, reconheceu que se tratava de um caso distinto dos quais tratava (crianças psicóticas), diagnosticando de *dementia praecox* (BOSA; CALLIAS, 2000).

Finalmente, em 1943, Leo Kanner publica Os *Distúrbios Autísticos de Contato Afetivo*⁷, onde descreve um grupo de onze crianças que apresentavam um quadro clínico único. Observou como principal sintoma (patognomônico) a inabilidade nas relações com outras pessoas e situações desde o início da vida. Destacou entre outros a ausência de movimento antecipatório, falta de aconchego no colo e alterações importantes na linguagem (Ex.: ecolalia, falas descontextualizadas). Estas crianças também apresentavam distúrbios na alimentação, atividade e movimentos repetitivos e desejo obsessivo ansioso para a manutenção da mesmice (*sameness*). O artigo de Kanner incluiu descrições também dos pais, relatados como altamente intelectualizados, emocionalmente frios e com pouco interesse nas relações humanas da criança (KANNER, 1943).

Cabe destacar que Kanner referido que o quadro autista – fechamento autístico extremo⁸ – desde muito precoce, tornaria difícil atribuir toda a complexidade etiológica do autismo exclusivamente ao tipo de relações parentais. Portanto, Kanner destaca que a má qualidade da parentabilidade pode influenciar, mas não é determinante.

Devemos, portanto, supor que estas crianças vieram ao mundo com uma incapacidade inata de estabelecer o contato afetivo habitual com as pessoas, biologicamente previsto, exatamente como as outras crianças vêm ao mundo com deficiências físicas ou intelectuais. Se esta hipótese está correta, um estudo posterior de nossas crianças talvez permita fornecer critérios concretos relativos às noções ainda difusas dos componentes constitucionais da reatividade emocional. Pois aqui parece que temos exemplos “puros” (*pure-culture*) de *distúrbios autísticos inatos do contato afetivo*. (KANNER, 1997, p.170)

Podemos perceber que Kanner não define os fatores etiológicos para o autismo e, sim, hipóteses que consideram tanto a qualidade das relações parentais (fatores ambientais) quanto questões inatas (fatores biológicos).

Em 1944, Hans Asperger, psiquiatra austríaco, descreveu crianças que tinham dificuldade de integrar-se socialmente, mas diferentes das descritas por Kanner. Estas se

⁷ *Affective disturbances of affective contact*

⁸ Termo originalmente usado por Kanner

distinguiam por sua sintomatologia não ser tão severa e por apresentarem determinadas peculiaridades, como a fala extremamente gramatical e não apresentarem sintomas antes do terceiro ano de vida. Asperger denominou essa condição de “Psicopatia Autística”, mas este autor só se tornou conhecido mediante a tradução do seu texto original do alemão para o inglês, realizada por Lorna Wing, em 1981 (FACION, 2005).

Entre os primeiros psicanalistas a interessarem-se pelo autismo, Margareth Mahler⁹, definiu esta condição como psicose simbiótica, atribuindo como causa o mau relacionamento entre mãe e filho (MAHLER, 1968). A partir de sua teoria evolutiva, esta autora desenvolveu suas idéias sobre os autismos infantis, caracterizando o autismo como um subgrupo das psicoses infantis que ocorre por meio de uma regressão ou fixação a uma fase inicial do desenvolvimento de não diferenciação perceptiva, ou seja, derivado de dificuldades de integrar sensações vindas do mundo externo e interno, e em perceber a mãe na qualidade de representante do mundo exterior (BOSA; CALLIAS, 2000).

Mahler ainda identificou diferentes fases no processo de desenvolvimento psicológico do bebê (MAHLER, 1968; 1975), sendo dela a hipótese de que o estágio mais primitivo da infância é um estado autístico normal. Para Mahler, ocorrem dois tipos de psicose infantil distintas: 1) *psicose autística infantil* ou *síndrome autística* (semelhante à de Kanner), a qual se caracteriza por um distúrbio no estágio autístico normal da primeira infância; e 2) *psicose simbiótica infantil* ou *síndrome da psicose simbiótica*, resultante de distúrbios do estágio simbiótico normal, com manifestações mais tardias, por volta do terceiro ao quarto ano de vida (MAHLER, 1983). A psicose simbiótica foi considerada por muitos autores como uma possível condição pré-esquizofrênica. (MAHLER, 1983; TUSTIN, 1990).

Em 1975 outros autores seguiram estudando o autismo também na perspectiva psicanalítica. Meltzer (1975) não infere uma origem psicogênica para o autismo, mas acredita que os fatores de origem são intrínsecos (orgânicos) à criança. Descreve um funcionamento psíquico que associa o autismo à psicose, afirmando que os processos autísticos criam um estado psíquico não-integrativo, portanto, estabelecendo um “divorciamento da realidade”. Também supõe um erro primário na função continente¹⁰ da mãe, ou seja, que a ausência de um objeto interno confiável (seio bom) determina a ausência de um espaço interno ao eu e ao objeto. Portanto, os processos autísticos e o “desmantelamento da mente”, ao impedirem a possibilidade de desenvolvimento desse

⁹ Margareth Mahler nasceu em 1900, em Sopron, e faleceu em 1985, em Nova Iorque, EUA. Das suas principais obras destacam-se *Psychose Infantile* e *La Naissance psychologique de l'être humain*.

¹⁰ Donald Winnicott criou o termo “mãe suficientemente boa” para diferenciar-se da terminologia Kleiniana de “seio bom e seio mau”. Ele observa que a maternagem bem feita nos primeiros meses de vida é fator essencial para o bom desenvolvimento do bebê, exercendo assim a “função continente”.

espaço interior, também desordenam os processos introjetivos e projetivos, inviabilizando o desenvolvimento da simbolização.

No ano seguinte, uma das mais influentes psicanalistas no estudo do autismo e seguidora da escola Kleiniana, Frances Tustin (1975), classificou o autismo em quatro tipos: 1) Autismo primário normal; 2) Autismo primário anormal; 3) Autismo secundário encapsulado, e 4) Autismo secundário regressivo. Tustin pensava que ao nascer a criança seria inserida em uma matriz social que criaria condições para que ela vivesse a “ilusão de continuidade com a mãe” (simbiose). Postulava que, se por algum motivo, precocemente, a criança tivesse percepção dessa ilusão, ocorreria, o que chamou de *catastrofe*, por não ter um ego suficientemente desenvolvido, íntegro, a criança poderia sofrer de *depressão psicótica* (ARAÚJO, 2000).

Logo em seguida, Lorna Wing (1976) conclui que os indivíduos com autismo apresentariam déficits específicos em três áreas: imaginação, socialização e comunicação, o que ficou conhecido como “Tríade de Wing”. Neste estudo, a autora chama atenção para o fato do autismo ser uma desordem que envolve um prejuízo intrínseco (orgânico) relativo ao desenvolvimento do engajamento na interação social recíproca, tanto isoladamente quanto associado a prejuízos de outras funções psicológicas, o que denomina de *continuum* ou *spectrum* do autismo. Assim, passa a representar um conceito consideravelmente complexo, sendo muito mais que uma simples escala que vai do mais “severo” ao mais “leve”. É apresentada uma ideia de relação do autismo com a existência de alterações comportamentais que se apresentam em graus variados de tipo e severidade, podendo muitas vezes estar combinadas com outros prejuízos observados na criança. (FACION, 2005).

Dada a multiplicidade de modelos explicativos para o autismo, no final dos anos 70 e início dos 80, observa-se um esforço para uniformizar o diagnóstico do autismo. Ganha força os manuais de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID-9 (OMS, 1978) e o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais - DSM-III (APA, 1980). Com isso, os critérios diagnósticos do DSM-III foram os mais utilizados na literatura internacional até 1993 (SCHWARTZMAN, 1994).

Com isso, a partir dos anos 80, não somente os psicanalistas, mas teóricos cognitivistas também passaram a se interessar pelo autismo, oferecendo explicações teoricamente diferenciadas. De acordo com estes novos modelos (FRITH, 1984; BARON-COHEN et al, 1985), os aspectos cognitivos tomam relevo sobre os afetivos nas explicações sobre um possível déficit primário responsável pela tríade das crianças com transtorno Autista.

Neste contexto, Baron-Cohen apresenta o conceito de Teoria da Mente, oriundo da filosofia, ao entendimento do autismo. Descreve que as dificuldades destas crianças em

atribuir estados intencionais aos outros seria explicado por um déficit específico na Teoria da Mente. Conforme Baron-Cohen (1985), Teoria da Mente é a capacidade para atribuir estados mentais a outras pessoas e predizer o comportamento das mesmas em função destas atribuições.

Conforme Wimmer e Perner (1983), a Teoria da Mente estaria ligada inicialmente a uma habilidade inata para desenvolver um sistema de inferência e, em seguida, o processo de desenvolvimento desta teoria estaria a cargo da aprendizagem cultural, ou seja, da capacidade de incorporar as informações culturais. Esses autores apresentam evidências de que crianças com Autismo não desenvolvem uma Teoria da Mente como explicação para as alterações nos padrões básicos de interação social do autismo, por ter um déficit das funções cerebrais ligadas a metarepresentação¹¹.

No início dos anos 90, Christopher Gillberg, complementa a visão de espectro do autismo, anteriormente descrita por Wing. Este autor mostra que as desordens do autismo podem variar desde severos prejuízos sociais específicos, associados à severa deficiência mental (síndrome de Kanner), passando por prejuízos sociais específicos, associados a retardo mental moderado, até a inteligência quase normal ou normal – Síndrome de Asperger. Além disso, poderiam incluir também aqueles déficits sociais mais sutis, como os vistos nas crianças com *Déficit na atenção, no controle motor e na percepção - DAMP* (Araujo, 2000).

Ainda na década de 90, o termo *pervasive developmental disorder*¹² (PDD), incluso no DSM-III (1980), passou a ser questionado. Autores como Frith e Happé (1991), entre outros, passam a criticar a classificação do autismo como PDD, mostrando que as desordens do *continuum* não afetavam todas as funções em todos os níveis (biológico, cognitivo, comportamental e adaptação social). Com isso, foi sugerido que se deixasse a classificação categórica PDD e se enfatizasse a visão dimensional; ASD - *autistic spectrum disorder*¹³.

Contudo, ao considerar a Síndrome de Asperger como um tipo de autismo, Frith complementou que, mesmo as manifestações comportamentais podendo variar de acordo com a idade e habilidades específicas, as características básicas (alterações na socialização, comunicação e imaginação) se mantêm presentes ao longo de todos os estágios do desenvolvimento em diferentes níveis. Com isso, o autismo deixa de ser visto como um quadro específico e único e passa a ser considerado uma síndrome que comporta subtipos variados, com aspecto sintomatológico dependente do grau do comprometimento cognitivo. Ou seja, deixa de ser visto na condição de “doença”, com identidade indefinida e

¹¹ Processos de refletir sobre representações de estados mentais.

¹² Traduzido para o português como Transtorno Invasivo (pervasivo) do Desenvolvimento.

¹³ Traduzido para o português como Transtorno do Espectro Autístico.

distinta dos quadros envolvendo problemas orgânicos, como a esquizofrenia, para a de “síndrome”. (BOSA, 2002)

2. Autismo e esquizofrenia: do que estamos falando

De acordo com as pesquisas e descrições do autismo ao longo dos anos, observa-se que todas partem do estudo original de Kanner (1943), divergindo quanto às interpretações individuais, pois são derivadas de vertentes teóricas distintas, envolvendo principalmente abordagens de psicanalistas e cognitivistas.

Para Kanner, o autismo foi concebido como um distúrbio primário semelhante ao descrito para a esquizofrenia. A diferença estava no fato de a criança com autismo não realizar um “fechamento sobre si mesma”, mas buscar estabelecer uma espécie de contato particular e específico com o mundo (FACION, 2005). Além disso, também distinguia os dois quadros, em que o segundo estaria relacionado a casos que se configurariam mais tarde no desenvolvimento que o primeiro. Por isso sugeriu a necessidade de maiores estudos e pesquisas de cunho bioquímico para que surgissem novas contribuições em relação ao estudo do autismo.

As hipóteses sobre o autismo infantil que adotam o viés psicanalítico como eixo central trazem o determinismo psíquico como fundamento, adotando as representações mentais como objeto de estudo e atribuindo causas do comportamento anormal a disfunções relacionais da esfera psíquica (FACION, 2005). Tal abordagem enfatiza primordialmente a esfera afetiva na psicodinâmica do sujeito, considerando o papel da “frieza emocional” dos pais na etiologia do transtorno.

Entretanto, as mais recentes reformulações em termos de classificação e compreensão dessa síndrome têm sido permeadas por controvérsias quanto à etiologia do autismo, desvinculando-se de uma assertiva linear e reducionista (BOSA, 2000). Desde os anos 70 e 80 passou-se a questionar a respeito do autismo como psicose por meio das pesquisas desenvolvidas por, entre outros, Michael Rutter, Lorna Wing, Edward Ornitz e Edward Ritvo.

Para Rutter (1979; 1983), o autismo passou a ser definido como uma síndrome comportamental de quadro orgânico. A criança apresenta uma dificuldade central na compreensão do significado emocional ou social de estímulos tendo, portanto, dificuldades em fornecer respostas a pistas dessa modalidade. Assim, iniciou-se uma mudança na abordagem do autismo, o qual até então era classificado como uma psicose infantil (FACION, 2002).

A prevalência dessa condição começou a ser dada aos déficits cognitivos, ao invés dos afetivos, denominando uma tríade de comprometimentos: 1) social: dificuldades no manejo de pistas sociais e emocionais; 2) linguagem: dificuldades na comunicação tanto

verbal como não verbal; 3) atividades imaginativas: dificuldades em simbolizar, substituídas pelo comportamento estereotipado.

Destaca-se aqui que os estudos de Rutter foram fundamentais para uma nova abordagem em relação ao autismo, passando a ser visto como um Transtorno do Desenvolvimento e deixando de ser tratado, definitivamente, como psicose infantil. Esta modificação foi um marco, pois influenciou a definição da síndrome no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM III)*, em 1980.

Contudo, cabe citarmos os estudos que definem tanto o autismo quanto a esquizofrenia, podendo assim, traçar um comparativo, diferenciando-os entre si.

Historicamente, de acordo com os manuais, nos anos 70 o autismo ainda era associado à esquizofrenia pelo CID-9 (1979) e tinha como nomenclatura Psicose Infantil ou Síndrome de Kanner. Os sintomas presenciavam-se desde o nascimento até os 30 primeiros meses e a linguagem e a comunicação estavam restritas a respostas a estímulos auditivos anormais com severos problemas no entendimento da linguagem falada. Também citava a fala atrasada, ecolalias, inversão de pronomes, estrutura gramatical imatura e inabilidades para usar termos abstratos. No CID-9 um dos critérios de exclusão caracteriza-se pela Esquizofrenia Infantil.

Já no CID-10 (1993), o Autismo faz parte dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), sob o código F84.5 e caracteriza-se ainda por um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos com uma perturbação em três domínios: 1) interações sociais; 2) comunicação; 3) comportamento restrito 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).

A incidência populacional descrita nesse manual é em torno de 2-5 indivíduos com autismo para 10.000 nascimentos e o predomínio maior para o sexo masculino. Porém, estudos epidemiológicos mais recentes têm apontado taxas de até 16 crianças a cada 10.000 para casos de transtorno autista definidos de forma restrita, e entre 20 e 50 a cada 10.000 para crianças com diagnóstico dentro do espectro do autismo (CHAKRABARTI & FOMBONNE, 2001; FOMBONNE, 2003; YEARGIN-ALLSOP ET AL., 2003).

Já no DSM-III (1980) a definição de autismo começa a conceber-se como um *continuum* de “características autistas” que podem ocorrer em várias outras pessoas além das que têm a síndrome de Kanner (RIVIÉRE, 1995). Está classificado nos Distúrbios Globais do Desenvolvimento, havendo ainda as categorias Autismo infantil, com presença da Síndrome Completa (299.00) e Autismo Infantil, Estado Residual (299.01).

Os critérios apresentados para o autismo no DSM-III são mais detalhados que o CID-9 e definem-se em três aspectos: 1) Incapacidade de estabelecer relações interpessoais; 2)

Deterioração da comunicação e; 3)Respostas estranhas ao meio. Posteriormente, no DSM-III-R (1987), a nomenclatura modifica-se e torna-se Distúrbio Autista, ainda pertencente aos Transtornos Globais do Desenvolvimento.

Em 1994 os sistemas de classificação do DSM-IV e da CID-10 foram tornados equivalentes a fim de evitar equívocos entre pesquisadores clínicos que trabalham em diferentes partes do mundo, guiados por um ou por outro sistema nosológico. A confiabilidade entre os avaliadores foi medida para o autismo, indicando um acordo de bom a ótimo, principalmente entre os clínicos experientes (KLIN, 2006) Cabe salientar que neste manual o Transtorno Autista não está relacionado mais com a Esquizofrenia Infantil.

Embora termos como "psicose" e "esquizofrenia da infância" já tenham sido usados com referência a indivíduos com essas condições, evidências consideráveis sugerem que os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento são distintos da Esquizofrenia (entretanto, um indivíduo com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ocasionalmente pode, mais tarde, desenvolver Esquizofrenia). (DSM-IV,1994)

No DSM-IV-TR (2003), houve alterações textuais, entre elas a modificação do termo usado para classificar o autismo, sendo ele nomeado como Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGDs), os quais se caracterizam pelo comprometimento severo e invasivo em três áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação, e presença de comportamentos e interesses estereotipados. Nessa classificação estão incluídas cinco categorias diagnósticas: Transtorno Autista, o Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra Especificação, sendo o autismo o transtorno protótipo desta categoria (SCHMIDT; BOSA; 2003).

Portanto, é imperativo considerar que o autismo não pode mais ser confundido com a Esquizofrenia, dadas suas marcantes diferenças. Enquanto a esquizofrenia Infantil é manifestada tardivamente, o autismo é manifestado antes dos 30 meses. As características do autismo se manifestam de maneira grave por toda a vida, enquanto a Esquizofrenia ocorre em surtos em espaços curtos de tempo.

É pertinente salientar que a Esquizofrenia também pode desenvolver-se em indivíduos com autismo, ou seja, um diagnóstico de Esquizofrenia em indivíduos com autismo é indicado apenas se alucinações ou delírios estiveram presentes por pelo menos 1 mês. (DSM-IV-TR, 2003).

3. Transtornos Globais do desenvolvimento e Psicoses: vises teóricos e seus sujeitos

Atualmente o autismo não é concebido como um quadro único e sim, concebido como um transtorno complexo do desenvolvimento, definido de um ponto de vista comportamental, com etiologias múltiplas que se manifesta em graus variados de gravidade (GILLBERG, 1990; SCHMIDT, 2011), caracterizando-se pelo comprometimento grave e invasivo em três áreas do desenvolvimento: 1) habilidades de interação social recíproca; 2) habilidades de comunicação; e 3) comportamentos, interesses e atividades estereotipadas.

A avaliação compreende a observação dos comportamentos desviantes em comparação com aqueles presentes no curso normal do desenvolvimento infantil, em especial nas dimensões de orientação e comunicação social, e não ser apenas uma checagem da presença ou ausência de sintomas (SCHMIDT, 2011). Com isso, é fundamental que crianças com suspeita de autismo sejam avaliadas por profissionais que tenham conhecimento a respeito do desenvolvimento infantil típico.

Convém esclarecer também que a afirmação de que os indivíduos observados por Kanner seriam “secretamente inteligentes” não corresponde com estudos epidemiológicos atuais, que comprovaram que 70% dos indivíduos com autismo apresentavam alguma deficiência mental (SCHMIDT, 2011) e que talentos especiais foram observados em menos de 10% de pessoas com autismo (PRING, HERMELIN, BUHLER & WALKER, 1997).

Apesar de Kanner considerar a classe econômica, cultura ou etnia como associada ao transtorno, sabe-se que isso se deve apenas ao fato deste médico ser renomado e atender famílias com alto poder econômico, com pais culturalmente intelectualizados pertencentes a uma classe econômica abastada.

Além disso, a hipótese da depressão materna como etiologia do autismo pode ser entendida hoje através da ocorrência maior de transtornos afetivos, obsessivo-compulsivos e tiques familiares, assim como problemas de linguagem em pais e irmãos. Portanto o autismo pode ser explicado como possível consequência de um conjunto de fatores (genéticos) que levam a determinada geração à vulnerabilidade, não desconsiderando como primordiais as influências do ambiente ou relacionais (RUTTER ET AL, 1994).

Do mesmo modo, a observação de que autistas não toleram contato físico ou fixam o olhar é imprecisa. Há estudos que comprovam que nem todos os autistas mostram aversão ao toque ou isolamento (THEVARTHEN ET TAL, 1996).

Quanto à importância atribuída aos comportamentos estereotipados estima-se que estereotipias são as características que menos distinguem as pessoas com autismo das com outras deficiências, ou seja, comprometimentos isolados não definem o autismo.

Portanto, o sujeito autista é único em suas particularidades e trajetória de vida. Há características que assemelham um sujeito ao outro, mas o conjunto destas é único em cada indivíduo. Haverá os que terão sua linguagem mais desenvolvida, os que

estabelecerão vínculos afetivos e até aqueles que por obsessão terão maior conhecimento em relação à eletrônica, matemática, zoologia, etc... Mas todos únicos, singulares.

4. Conclusões

Após a revisão sistemática acima descrita, fica claro o lugar do autismo como distinto das psicoses e esquizofrenia. Contudo, ainda encontramos documentos oficiais, como o da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008) que caracteriza os alunos com Transtorno Global do Desenvolvimento como “[...] aqueles que apresentam alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e na comunicação, um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Incluem-se nesse grupo alunos com autismo, síndromes do espectro do autismo e psicose infantil”. (BRASIL, 2008).

Com base nesses documentos, questiona-se: quem é esse sujeito? Acredita-se que a ambivalência de conceitos prejudica a caracterização deste sujeito e consequentemente interfere na interpretação das Políticas Públicas, Censos e no próprio fazer inclusivo. É preciso definir consensualmente o autismo para definir suas políticas.

Referências

- ARAÚJO, C. A. **O Processo de Individualização do autismo**. São Paulo: Memnon, 2000.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-III**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. São Paulo: Manole, 1980.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-III-R**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. São Paulo: Manole, 1987.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-IV**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 Ed. Rev. Porto Alegre: Artmed, 1994.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-IV-TR**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 Ed. Rev. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- BARON-COHEN, S.; LESLIE, A. M.; FRITH, U. Does the autistic child have a theory of mind? **Cognition**, New York, v. 21, n. 37, p. 37-46, Oct. 1985.
- BAPTISTA, C. R. BOSA, C. & cols. **Autismo e Educação**: reflexões e propostas de intervenção. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BOSA, C. Autismo: atuais interpretações para antigas condições (In:) BAPTISTA, C. R. BOSA, C. & cols. **Autismo e Educação**: reflexões e propostas de intervenção. Porto Alegre: Artmed, 2002, p. 21-39.
- BOSA, C. CALLIAS, M. **Autismo**: breve revisão de diferentes abordagens. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 13, 1, 167–177, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC/SEESP, 2008.

CAMARGOS JR, W (coord.). **Transtornos Invasivos do desenvolvimento**: 3º Milênio. 2ª Ed. Brasília, DF: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, CORDE, 2005.

CHAKRABARTI, S.; FOMBONNE, E. Pervasive developmental disorders in preschool children. **Journal of American Medical Association**, 285, p.3093-3099, 2001.

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

FACION, J. R.. **Transtornos invasivos do desenvolvimento e transtornos de comportamento disruptivo**. Curitiba: IBPEX, 2005.

FRITH, U. A new perspective in research on Autism. (In:) ARAPIS (Eds.). **Contributions à la recherche scientifique sur autism: aspects cognitifs**. Paris: Association pour la Recherche sur l'Autisme et les Psychoses Infantiles, 1984.

GILLBERG, C. Autism and pervasive developmental disorders. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 31, 1990, p. 99-119.

KANNER, L. Affective disturbances of affective contact. **Nervous Child**, 2, 1943, p. 217-250.

KANNER, L. Os Distúrbios Autísticos de Contato Afetivo. (In:) P.S. Rocha (org.), **Autismos**. São Paulo: Ed. Escuta; Recife: Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem, 1997.

KLIN, A. Autismo e a Síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2006, 23 (2-3), p.143-152.

KUPFER, M. C. Educação: Especial? (In:) KUPFER, M. C. (Org) **Tratamento e escolarização de crianças com distúrbios globais do desenvolvimento**. Coleção Psicanálise de Criança. Salvador: Ágalma, vol. 1, n. 11, 2000. p. 89-99.

MAHLER, M. S. **On human symbiosis and the vicissitudes of individuation**: Infantile psychosis. New York: International Universities, 1968.

MAHLER, M. S. **The psychological birth of the human infant**: Symbiosis and individuation. New York: Basic Books, 1975.

MAHLER, M. **As Psicoses Infantis e Outros Estudos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983

MELTZER, D. et al. **Explorations in autism**: A psycho-analytical study. Strath Tay: Clunie, 1975.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-9**. Classificação de transtornos mentais e de comportamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**. 10ª. Rev. Classificação de transtornos mentais e de comportamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PRING, L., HERMELIN, B., BUHLER, M. WALKER, I. Native savant talent and acquired skill. **Autism**, 1, 199-214, 1997.

RIVIÈRE, A. O desenvolvimento e a Educação da Criança Autista. (In:) COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. **Desenvolvimento Psicológico e Educação**. Vol.3, Porto Algre: Artes Médicas, 1995.

RUTTER, M. Diagnosis and definition. (In:) RUTTER, M; SCHOPLER, E. (Orgs). **Autism: a reappraisal of concepts and treatment**. New York: Plenum Press, 1979.

RUTTER, M. Cognitive deficits in pathogenesis of autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 24, 513-531, 1983.

RUTTER, M; LORD, C. Autism and pervasive developmental disorders. (In:) RUTTER, M; TAYLOR, E.; HERVOV, L. (Orgs). **Child and adolescents psychiatry: modern approaches**. Oxford: Blackwell, p.569-615, 1994.

SCHMIDT, C.; BOSA, C. A investigação do impacto do autismo na família: Revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo. **Interação em Psicologia**, jul/ dez/ 2003, 7(2), p. 111-120.

SCHMIDT, C.; BOSA, C. Transtornos invasivos do desenvolvimento: autismo. (In:) PETERSEN, C. S.; Wainer, R. **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes**; ciência e arte. Porto Alegre; Artmed, 2011.

SCHWARTZMAN, J.S. **Autismo Infantil**. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1994.

THEVARTHEN, C.;AITKEN, K.; PAPOUDI, D.; ROBARTS, J. **Children with autism diagnosis and intervention to meet their needs**. London: Jessica Kingsley, 1996.

TUSTIN, F. **Autismo e psicose infantil**. Rio da Janeiro: Imago, 1975.

TUSTIN, F. **The protective shell in children and adults**. London: Karnac, 1990

WIMMER, H.; PERNER, J. Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. **Cognition**, 13, 1983, p.103-128.

WING, L.; RICKS, D. M. The etiology of childhood autism: cristicism of Tibergeren's ethological theory, **Psicological Medical**, London, 1976.

YEARGIN-ALLSOPP, M., RICE, C., KARAPURKER, T., DOERNBERG, N., BOYLE, C., & MURPHY, C. Prevalence of autism in a US metropolitan area. **Journal of the American Medical Association**, 289, p. 49–55, 2003.