

UFRRJ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO

**APROXIMAÇÕES DA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E DO AUTISMO NA
LITERATURA CIENTÍFICA**

LETÍCIA BENEDITO DE SOUZA

2022



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**APROXIMAÇÕES DA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E DO AUTISMO
NA LITERATURA CIENTÍFICA**

LETÍCIA BENEDITO DE SOUZA

*Sob a Orientação da Professora
Rosane Braga de Melo*

Dissertação submetida como requisito
parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia, no Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, Área de
Concentração em Psicologia.

Seropédica, RJ

Julho de 2022

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.” “This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.”

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S 719a Souza, Letícia Benedito de, 1995-
APROXIMAÇÕES DA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E DO
AUTISMO NA LITERATURA CIENTÍFICA / Letícia Benedito de
Souza. - SEROPÉDICA, 2022.
83 f.

Orientadora: Rosane Braga de Melo.
Dissertação(Mestrado). -- Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em
Psicologia PPGPSI, 2022.

1. Deficiência intelectual. 2. Autismo. 3.
Psicose. 4. Diagnóstico. I. Melo, Rosane Braga de,
1965-, orient. II Universidade Federal Rural do Rio
de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Psicologia
PPGPSI III. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E ORIENTAÇÃO



TERMO N° 902/2023 - DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)

Nº do Protocolo: 23083.051966/2023-32

Seropédica-RJ, 07 de agosto de 2023.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LETÍCIA BENEDITO DE SOUZA

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 29/07/2022

Profa Dra Rosane Braga de Melo / UFRRJ (Orientadora)

Profa Dra Deborah Uhr / UFRRJ

Profa Dra Roseane Freitas Nicolau / UFPA

(Assinado digitalmente em 08/08/2023 18:47)
DEBORAH UHR
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)
Matricula: ####953#4

(Assinado digitalmente em 07/08/2023 16:37)
ROSANE BRAGA DE MELO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)
Matricula: ####377#0

(Assinado digitalmente em 07/08/2023 16:38)
ROSEANE NICOLAU FREITAS
ASSINANTE EXTERNO
CPF: ####.###.102-##

Visualize o documento original em <https://sipac.ufrrj.br/public/documentos/index.jsp> informando seu número: 902, ano: 2023, tipo: TERMO, data de emissão: 07/08/2023 e o código de verificação: 51e393e1b8

Dedico esse trabalho ao meu pai Ivalcir Nunes de Souza e as vítimas da pandemia do COVID-19.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família que sempre me apoiou e ofereceu o suporte quando necessário, para que eu pudesse ingressar, permanecer e concluir o mestrado. Em especial à minha mãe Olga e meu irmão Rafael. Agradeço também ao meu marido Leonardo que com seus cuidados tornou a carga menos pesada.

Agradeço à minha professora orientadora Rosane Melo por todo o auxílio, ensinamento e paciência nesse período. Enfrentar o mestrado após o falecimento de um ente querido e permanecer durante a pandemia não foi fácil e eu não teria conseguido sem você.

Agradeço à banca por todas as sugestões realizadas, pois as escutei com muito carinho. Agradeço também pela paciência e pela disponibilidade oferecida para estar presente durante a qualificação e defesa.

Agradeço aos meus amigos por todo o apoio e ajuda prestada nesse período. Em especial, aos meus amigos Guilherme e Bárbara que também cursaram o mestrado na mesma instituição e viveram esse momento comigo.

RESUMO

SOUZA, Letícia Benedito de. Aproximações da deficiência intelectual e do autismo na literatura científica. 2022. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2022.

O objetivo deste trabalho foi analisar a história do diagnóstico do autismo e sua relação com o diagnóstico da Deficiência Intelectual. Por meio de uma análise histórica, buscamos compreender como essa história influenciou a compreensão atual do autismo. Para entender o surgimento da psiquiatria infantil, é necessário considerar a história da psiquiatria anterior, pois isso nos permite compreender o papel que a criança ocupava no campo psiquiátrico naquela época. Naquela época, era reconhecido que uma criança poderia ser diagnosticada com "*idiotia*", enquanto a loucura era associada aos adultos. Kanner e Asperger incluíram o quadro do autismo na esquizofrenia, e indicavam as diferenças entre um quadro e outro pelo tempo do surgimento dos sintomas. O autismo e o diagnóstico de psicose infantil foram marcados pela forte influência da psicanálise desenvolvimentista no discurso da psiquiatria. Tais influências marcam a história do autismo dentro das versões iniciais do DSM, mas sobretudo nas versões IV e V os *déficits* serão ressaltados como persistentes para a caracterização do Transtorno do Espectro Autista. O Manual destaca proximidade com a deficiência intelectual e a dificuldade de se realizar um diagnóstico diferencial no início da infância. A ideia de que o quadro do autismo inclui uma deficiência intelectual, com acento na relação do quadro do autismo com um rol de *déficits* cognitivos, pode ser verificada nos artigos sobre esta temática. Os artigos refletem ainda as polêmicas que cercam o cenário político atual no campo do autismo: a tentativa de um domínio do discurso médico sobre o autismo e, por consequência, uma desqualificação de outros discursos como o discurso pedagógico, e uma tendência do meio pedagógico ir em direção à lógica médico-psicológica; o papel dos familiares no trabalho com os autistas e mesmo o protagonismo que algumas associações de pais estão tendo na sugestão de algumas políticas públicas; os embates e divergências pelas partes interessadas no processo de formulação de políticas públicas; a reivindicação de que para fomentar políticas públicas e melhorias no campo da assistência torna-se urgente e necessário para que os equipamentos de saúde mental produzam dados qualificados sobre as estratégias para o tratamento dos autistas. Constatamos, então, as aproximações no manual dos DSM 5 entre os diagnósticos de Deficiência Intelectual com o quadro designado atualmente como TEA, sobretudo nos apontamentos das comorbidades e nos itens sobre os diagnósticos diferenciais. Apesar de haver outros modelos para a compreensão do autismo, o modelo que parece ter maior divulgação é o modelo cognitivista, desenvolvimentista, que por sua vez enfatiza um conjunto de *déficits*. Conclui-se que nem a passagem do tempo nem as mudanças sociais foram capazes de alterar a relação entre a educação e os discursos patologizantes sobre a infância, de tal modo que os discursos psiquiátricos atuais ainda mantêm a aproximação entre o adoecimento mental das crianças e o campo educacional. Temos indicações da prevalência da ideia de que se a criança adoece é porque ela não está educada.

Palavras-chave: deficiência intelectual, autismo, psicose, diagnóstico.

ABSTRACT

SOUZA, Letícia Benedito de. Approximations of intellectual deficiency and autism on scientific literature da deficiência intelectual e do autismo na literatura científica. 2022. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2022.

The aim of this study was to analyze the history of autism diagnosis and its relationship with the diagnosis of Intellectual Disability. Through a historical analysis, we sought to understand the impact of this history on the current understanding of autism. The emergence of child psychiatry can only be understood within the context of the preceding psychiatry history, as it determines the position allocated to children in the psychiatric field at that time: a child could suffer from "idiotia," while madness was reserved for adults. Kanner and Asperger included autism within the framework of schizophrenia, distinguishing between the two based on the timing of symptom onset. Autism and the diagnosis of childhood psychosis were strongly influenced by developmental psychoanalysis within psychiatric discourse. These influences shaped the history of autism within the early versions of the DSM, but particularly in versions IV and V, deficits became emphasized as persistent for the characterization of Autism Spectrum Disorder. The manual highlights the proximity to intellectual disability and the challenge of differential diagnosis in early childhood. The notion that autism includes intellectual disability, with an emphasis on a range of cognitive deficits, can be observed in articles on this subject. These articles also reflect the controversies surrounding the current political landscape in the field of autism: the attempt to establish medical discourse dominance over autism and consequently, the disqualification of other discourses such as educational discourse; a tendency for the educational field to move towards a medical-psychological logic; the role of family members in working with autistic individuals, including the increasing influence of parent associations in suggesting public policies; conflicts and divergences among stakeholders in the process of formulating public policies; the demand for qualified data from mental health facilities on strategies for the treatment of autism in order to promote public policies and improvements in the field of assistance. Thus, we observe the connections in DSM-5 between the diagnoses of Intellectual Disability and the condition currently designated as Autism Spectrum Disorder, especially in terms of comorbidities and differential diagnoses. Although there are other models for understanding autism, the most widely disseminated model appears to be the cognitive-developmental model, which emphasizes a set of deficits. It is concluded that neither the passage of time nor social changes have been able to alter the relationship between education and pathologizing discourses about childhood, to the extent that current psychiatric discourses still maintain the connection between mental illness in children and the educational field. There are indications of a prevailing belief that if a child becomes ill, it is because they are not properly educated.

Keywords: Intellectual Disability, Autism, Psychosis, Diagnosis.

LISTA DE SIGLAS

AAMD = American association of mental deficiency

APA = Associação Americana de Psiquiatria

DI = Deficiência Intelectual

DSM = Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais

TEA = Transtorno do Espectro Autista

SUMÁRIO

1. Introdução.....	11
1.1. Metodologia.....	18
2. A entrada da criança no campo psiquiátrico e a história do diagnóstico do autismo.....	20
2.1 O nascimento da psiquiatria infantil	20
2.2 A história do autismo.....	31
2.2.1. Eugen Bleuler, Leo Kanner e Hans Asperger	31
2.2.2. A psicanálise desenvolvimentista: Margareth Mahler, Bruno Bettelheim e Frances Tustin.....	38
3. Um breve percurso sobre as classificações psiquiátricas do autismo e da deficiência intelectual no dsm.....	46
3.1 Psiquiatria biológica e a psiquiatria do desenvolvimento.....	46
3.2 O autismo no DSM	51
3.3 A deficiência intelectual no DSM.....	57
4. Revisão bibliográfica da relação entre deficiência intelectual e autismo na produção científica atual.....	61
4.1 Aproximações do diagnóstico de autismo e da deficiência intelectual (di) em artigos acadêmicos.....	61
4.2 Questões sobre o cenário político atual no campo do autismo	68
5. Considerações Finais	73
Referências Bibliográficas.....	77

1. Introdução

O interesse pelo tema que converge para as aproximações dos diagnósticos da deficiência intelectual e do autismo, na literatura científica, surgiu através de estudos efetuados no desdobramento de atividades realizadas durante o curso de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Tanto a participação na pesquisa *Psicanálise e Educação: articulações entre a escola e os dispositivos clínicos em saúde mental que atendem a queixa escolar*, quanto o estágio profissional em clínica na abordagem psicanalítica contribuíram para o trabalho de conclusão de curso intitulado *Deficiência intelectual e transtorno mental*. Tais experiências se destacaram na minha formação e foram norteadoras para o caminho percorrido nesta dissertação, à medida que permitiram discussões e reflexões relacionadas a essa temática. No decorrer da graduação em Psicologia tornou-se notável como os termos deficiência intelectual e esquizofrenia, ao longo da história da psiquiatria, foram usados de forma aproximada. O presente projeto foi elaborado a partir do Trabalho de conclusão de curso, quando a aproximação dos diagnósticos de deficiência intelectual e esquizofrenia nos conduziu às perguntas sobre esta aproximação, se ela também ocorreria em outros quadros de psicose, sobretudo, se ocorreria na descrição da psicose infantil. O autismo surgiu como um exemplo a ser pesquisado à medida em que este diagnóstico se tornou cada vez mais presente nas classificações que cercam a infância na atualidade.

Para levarmos adiante nossa pesquisa, os conceitos de deficiência intelectual e autismo precisam ser retomados. Segundo Belo *et al.* (2008), por mais difícil que seja conceber definições iguais a uma população de indivíduos, a deficiência intelectual atualmente vem sendo estudada e entendida através de constructos sociais, de modo que papéis sociais são destinados a essas pessoas. Esta terminologia também se altera de acordo com diferentes localidades e, por exemplo, pode ser denominado de atraso mental, dificuldade intelectual, incapacidade mental, dificuldade mental, dificuldades desenvolvimentais e doença mental. De acordo com Carvalho e Maciel (2003), a deficiência mental pode ser descrita como uma demenciação, assim pode alcançar e alterar a racionalidade e o comportamento.

O campo do diagnóstico da deficiência intelectual é anterior ao surgimento do campo das medidas de avaliação da inteligência. Porém, com o surgimento de avaliações como, por exemplo, o teste de Quociente de inteligência, passamos a avaliar a D.I. pautada no resultado desses exames. Alfred Binet e Theodore Simon, em 1905 realizaram as primeiras publicações sobre avaliações de inteligência em crianças. Eles haviam criado testes que pudessem

diagnosticar deficiências mentais, e dificuldades de aprendizagem com o objetivo de atender a demanda de escolas da França que buscavam por um método de realizar esse diagnóstico (Mendonça *et al.*, 2018). Esses testes funcionavam da seguinte forma:

Originalmente mediam-se níveis mentais (Binet não gostava do termo “idade mental”) por meio da relação entre a idade cronológica e o desempenho em testes destinados a outras faixas etárias. Assim, se uma criança com idade de 10 anos tivesse o mesmo desempenho que a média das crianças de 8 anos, significaria que ela tinha um nível mental de 8 anos. Com isso se tornou possível medir o atraso ou o adiantamento mental das crianças, possibilitando oferecer a cada uma delas uma educação mais personalizada, adequada a seu próprio ritmo de aprendizado. (Melão, 2020, p.01)

Um resumo da história dos testes de QI pode ser acompanhado no texto de Melão (2020). O autor nos lembra que em 1912 surge o termo Quociente de inteligência (QI), tal qual conhecemos hoje. William Stern foi o responsável por cunhar esse termo e dar a ele a função de representar a idade mental. A partir desse momento o QI foi determinado pela divisão da idade mental pela idade cronológica. Por exemplo, no caso de uma criança com idade mental de 10 anos e idade cronológica de 08 anos seria preciso dividir 8 por 10, o que corresponde ao resultado: QI 0,8. Com o passar dos anos, o método de realizar o cálculo e classificar o nível de QI sofreu alterações. Em 1916, por exemplo, Lewis Terman (1877-1956) atualizou o cálculo do QI ao propor que se realizasse uma multiplicação do resultado do QI por 100, com o objetivo de eliminar números decimais, e essa fórmula resistiu ao longo das décadas. Se uma criança obtém o resultado 0,8 em seu teste, esse resultado seria multiplicado por 100, portanto, o resultado final é de QI 80. Com essa nova fórmula, Terman trouxe também uma classificação por grupo de resultados e David Wechsler (1896-1981) atualizou essa classificação da seguinte forma: acima de 127 superdotação, 120-127 designa inteligência superior, 110-120 designa inteligência acima de média, 90-110 designa inteligência média, 80-90 designa embotamento ligeiro, 65-80 designa limítrofe, 50-65 designa debilidade ligeira, 35-50 designa debilidade moderada, 20-35 designa debilidade severa, e abaixo de 10 designa debilidade profunda.

É importante observarmos que os testes de Q.I. foram criados em prol de uma demanda escolar, o que pode ter contribuído para uma certa naturalização da ligação entre inteligência e escolarização. Desde então, a escolarização tem se tornado um dos fatores correlacionados aos resultados na mensuração da inteligência, tal qual ocorre na Escala de

Avaliação de Inteligência de Wechsler para crianças e adultos. Na época da criação dos testes de inteligência, um modelo teórico hegemônico de deficiência intelectual é o que a caracteriza por limitações de inteligência (Hallberg & Bandeira, 2021). Todavia, este tem sido um modelo duramente criticado por não levar em consideração as diversidades culturais e sociais. Durante o período entre 1972 e 1992, a *American Association of Mental Deficiency* (AAMD) estendeu a compreensão da deficiência intelectual para além do QI, passando a considerar *déficits* no comportamento adaptativo durante o desenvolvimento infantil. Para traçar o que seria um bom desenvolvimento adaptativo foram criadas escalas para avaliação deste comportamento. Carvalho e Maciel (2003) observam que há autores que defendem a deficiência intelectual como um *déficit* cognitivo através de dois modelos. O modelo desenvolvimentista, como o nome sugere, descreve a deficiência como um atraso no desenvolvimento, e o modelo deficitário que descreve *déficits* cognitivos específicos, o que diferencia portadores de deficiência intelectual dos não portadores. Apesar desses termos serem descritos como contrapontos, alguns autores defendem que na verdade estes modelos se complementam.

A *American Association of Mental Deficiency* (AAMD) propõe definições acerca da deficiência intelectual que abarcam cinco dimensões, nas quais se encontram as habilidades intelectuais, o comportamento adaptativo, a participação, as interações, os papéis sociais, a saúde e os contextos. Podemos então perceber uma maior abrangência do entendimento de D.I. e seus atravessamentos ao longo do tempo, quando a deficiência intelectual passa a ser vista pela AAMD como um diagnóstico que vai além da avaliação da cognição. Fatores sociais, culturais, ambientais, entre outros, ganham espaço e recebem maior importância na avaliação do diagnóstico.

O Manual Diagnóstico e Estatísticos dos Transtornos Mentais (DSM) é amplamente utilizado por profissionais da saúde mental para a realização de pesquisas e estudos acadêmicos. A quinta edição do DSM publicado em 2013, O DSM 5, define a deficiência intelectual como um conjunto de *déficits* funcionais, intelectuais e adaptativos nos domínios conceituais, social e prático. A definição e os critérios de avaliação também consideram os campos das habilidades intelectuais, do comportamento adaptativo e dos papéis sociais, que podem ser vistas em três dimensões na proposta da AAMD. Porém, o campo adaptativo e o campo social estão inseridos no mesmo critério, o que pode denotar uma certa limitação e atrapalhar a avaliação e a discussão sobre a incidência desses campos nas dificuldades

enfrentadas pelos sujeitos submetidos a esta avaliação. O contexto ambiental e o comunitário ainda não ganham espaço no manual a ponto de se tornarem um critério avaliativo. Percebemos, assim, que a avaliação atual da deficiência intelectual ainda reserva maior importância aos fatores cognitivos individualizados, o que pode impedir um olhar amplo que explique dificuldades observadas no desenvolvimento por outra via que não pela deficiência. Os critérios citados até aqui serão retomados mais adiante na nossa pesquisa, quando investigaremos os critérios relacionados à descrição do autismo ao longo da história e a construção do diagnóstico do TEA. A presente pesquisa visa abordar a história da psiquiatria infantil para indicar a conexão entre a caracterização do autismo e da deficiência intelectual. Para tratar a questão central deste trabalho tornou-se necessário verificar como o autismo tem sido caracterizado pelo DSM 5. Optamos por utilizar o DSM em nossa pesquisa porque suas edições contêm precursores importantes do diagnóstico do TEA, além de ser utilizado como referência nas pesquisas de artigos apresentados no terceiro capítulo dessa dissertação.

O DSM 5 descreve cinco critérios diagnósticos do autismo, denominado no Manual de Transtorno do Espectro Autista/ TEA: *déficits* persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos; padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades; os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento - mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida -; os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente; é evidenciado a necessidade de se fazer antes o diagnóstico de Deficiência Intelectual e Atraso Global do Desenvolvimento ao ratificar que os sintomas descritos acima não são melhor explicados por esses dois transtornos.

Tanto o autismo quanto a deficiência intelectual fazem parte do grupo de transtornos do neurodesenvolvimento no DSM 5. Esse grupo compreende uma série de condições que surgem no início do período de desenvolvimento infantil. No que se refere à conexão entre a caracterização do autismo e da deficiência intelectual, apresentamos a seguir o que consta no Manual. Na página 31, o Manual traz a afirmação de ser comum haver comorbidades entre mais de um transtorno do neurodesenvolvimento, usando como exemplo indivíduos autistas que, frequentemente, são diagnosticados com deficiência intelectual. E na página 58, o DSM 5 assume que pode ser difícil diferenciar os transtornos nos primeiros anos de vida, e também

em indivíduos com DI que não desenvolveram habilidades linguísticas ou simbólicas, devido à similaridade dos comportamentos repetitivos que também se apresentam nesses casos.

O diagnóstico de transtornos e deficiências são realizados por médicos psiquiatras, neurologistas e psicólogos, e a partir deste é traçado metas de atenção institucional. Destaca-se no presente trabalho que a conceitualização desses termos está ligada ao entendimento social da época e por isso seu entendimento pode variar ao longo dos anos. No Brasil, em 27 de dezembro de 2012, foi sancionada a Lei 12.764 que Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Com essa Lei o autismo se torna, no Brasil, uma deficiência do ponto de vista legal:

§ 1º Para os efeitos desta Lei, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos I ou II: I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; [...] § 2º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais (Lei 12.764, 2012, p. 1).

Essa Lei torna-se um grande apoio para o autista e para os seus familiares, pois lhes garante alguns direitos, como por exemplo, medicamentos, incentivo à entrada no mercado de trabalho e garantia de poder se matricular em qualquer escola, sem que essa possa se recusar a recebê-lo devido seu diagnóstico, e criação de uma carteira de identificação que permita ao autista pronto-atendimento e prioridade em serviços públicos e privados como, por exemplo, nas instituições escolares. De acordo com a Lei:

Art. 7º O gestor escolar, ou autoridade competente, que recusar a matrícula de aluno com transtorno do espectro autista, ou qualquer outro tipo de deficiência, será punido com multa de 3 (três) a 20 (vinte) salários-mínimos. § 1º Em caso de reincidência, apurada por processo administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, haverá a perda do cargo (Lei 12.764, 2012, p. 1).

O DSM 5 e a Lei 12.764 de 2012 são textos amplamente conhecidos por profissionais da saúde, e são textos que acentuam *déficits* implicados no autismo. Esses textos indicam

grande preocupação com comportamentos e curso do desenvolvimento dito “normal”, sobretudo na infância. Textos como estes podem, ao nosso ver, contribuir para uma maior abertura para as indicações de abordagens cognitivas e comportamentais como modalidades de tratamento hoje para lidar com o autismo. Entretanto, há outras abordagens que discutem o diagnóstico.

O movimento da neurodiversidade, gerido principalmente por pessoas diagnosticadas com a forma mais branda do autismo, persevera na hipótese de que o autismo é uma diferença assim como quaisquer outras diferenças humanas. Ou seja, não é um transtorno ou deficiência, logo não é passível de ser curada. Os ativistas da neurodiversidade baseiam-se fortemente na perspectiva orgânica, e como disse Ortega (2008): “Os movimentos de autistas, por sua vez, servem-se das explicações cerebrais para destacar a diversidade e a singularidade das conexões cerebrais, muitas das quais são neuroatípicas ou neurodivergentes” (Ortega, 2008, p.484). O mesmo autor traz uma crítica aos ativistas mais radicais que, como já mencionamos, em geral são autistas de “alto funcionamento”. Segundo Ortega, seria uma hipocrisia “subsumir todas as formas de autismo ao alto funcionamento”, à medida que o movimento da neurodiversidade pode ser considerado minoritário dentro do espectro total do autismo.

A psicanálise sempre se fez presente nos debates sobre o diagnóstico do autismo, e suas contribuições acompanham o surgimento do conceito do autismo no campo da psiquiatria clássica. A partir desta posição encontrada na constituição da psiquiatria infantil como campo conceitual e clínico, alguns psicanalistas apresentam o autismo como um diagnóstico de psicose infantil (Azevedo, 2006). Para a psicanálise, ouvir e compreender a lógica do autista é imprescindível, para além das dificuldades apresentadas pelos sujeitos autistas. Portanto, no que se refere ao tratamento, ela privilegia a evocação do sujeito através da atenta escuta clínica (Catão & Vivès, 2011). De acordo com Ferreira e Vorcaro (2017), o autista pode trazer a forma pela qual permite ser abordado, como por exemplo, pelo olhar, voz ou objeto. É necessário que o analista esteja atento à modulação e ritmo da sua voz, olhares e gestos, para assim evitar ser colocado em uma posição insuportável pelo autista. É, então, a escuta do analista ao sujeito que irá sustentar e construir o curso da análise.

No presente trabalho, consideramos que se torna necessário que este debate sobre diagnósticos e aproximações entre os quadros integrem o saber e a formação do psicólogo, pois a condição dos profissionais da saúde mental realizarem o diagnóstico decorrerá da

perspectiva que mais amplamente será divulgada para o diagnóstico de autismo. Nos perguntamos como pode o sujeito autista ganhar espaço ou ser visto apenas através de uma série de sintomas? Torna-se imprescindível buscar compreender as noções que norteiam a formulação desses conceitos de autismo e deficiência intelectual, as influências da visão para o autismo no cenário político atual e no trabalho clínico, tendo em vista que o discurso dá lugar social ao indivíduo. Assim como descrevem Rahme e Vorcaro:

Abordando o domínio específico do campo médico, Stiker (2005) ressalta que o saber médico, na forma do parecer médico, é decisivo quando se tratam de questões relacionadas à deficiência, sejam daquelas que dizem respeito a tratamento (não apenas de natureza médica), a processos educativos ou à inserção social desse grupo. Pode-se indagar se essa perspectiva se constituirá de modo distinto, no caso da infância considerada anormal por questões de ordem psíquica. (Rahme & Vorcaro, 2015, p. 181).

No presente trabalho, procuraremos, abordar as discussões vigentes acerca do diagnóstico e das aproximações entre autismo e deficiência intelectual na produção textual científica. Propomo-nos a investigar qual a relação entre as dificuldades sociais dos autistas e a interferência destas dificuldades na sua escolarização? E em que medida esta relação pode conduzir a uma ideia de que o quadro do autismo inclua uma deficiência intelectual, e acentua a relação do quadro do autismo com um rol de *déficits*?

A partir destas questões, o objetivo deste trabalho é realizar uma análise da história do diagnóstico do autismo para compreender a sua aproximação com o diagnóstico da Deficiência Intelectual, e seus efeitos na compreensão atual do autismo. E como objetivos específicos nos propomos verificar as aproximações entre autismo e deficiência intelectual na história da psiquiatria infantil; analisar a relação entre deficiência intelectual e autismo na produção científica atual. O percurso a ser seguido por esta dissertação será dividido em três capítulos. No primeiro capítulo será apresentada a história da construção da psiquiatria infantil, a partir de uma perspectiva epistemológica proposta por Paul Bercherie. No segundo capítulo discutiremos a história do diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a atual definição de Deficiência Intelectual (DI), a partir de uma breve apresentação destes diagnósticos na sequência das edições do DSM, mas nos concentraremos nesta comparação no diagnóstico que culmina no TEA. Já no terceiro capítulo faremos uma breve revisão bibliográfica de pesquisas e textos acadêmicos atuais que abordam o TEA e a D.I e que

apontam a convergência dos diagnósticos, além de discussões vigentes sobre o autismo no campo político.

1.1. Metodologia

Para alcançarmos os objetivos propostos realizaremos uma investigação qualitativa de pesquisa bibliográfica. Como indica Severino (2007), a pesquisa bibliográfica "se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. E utiliza-se de dados ou de categorias teóricas já trabalhados por outros pesquisadores e devidamente registrados" (Severino, 2007, p.122). De acordo com Galvão (2010), "realizar um levantamento bibliográfico é se potencializar intelectualmente com o conhecimento coletivo, para se ir além" (p.1).

A forma de investigação escolhida permitirá a retomada do percurso de edificação da psiquiatria da infância como um campo que avança dentro do campo da medicina até os dias de hoje, seguindo o desenvolvimento de nosografias psiquiátricas anteriores, como é o caso da idiotia, até a mais atual delas, o TEA. Nossos eixos norteadores serão os textos dos autores Paul Bercherie, Oscar Cirino e Flávia Chiapetta de Azevedo que se tornam importantes no primeiro e segundo capítulo da dissertação por seus reconhecidos esforços e estudos no campo da epistemologia da psiquiatria para a compreensão da história da psiquiatria infantil e do autismo. Teóricos importantes nas formulações das teorias sobre o autismo também serão apresentados e discutidos, sendo estes: Eugen Bleuler, Leo Kanner, Hans Asperger, Margaret Mahler, Bruno Bettelheim e Frances Tustin. Esse modo de investigação será fundamental também para a apresentação da sequência e da comparação das edições do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, e que se tornam textos precursores do diagnóstico do TEA. A investigação proposta também permitiu uma busca de artigos que abordam o autismo e a deficiência intelectual em plataformas de pesquisas *on-line*. Esse caminho levou em consideração critérios como o temporal e o linguístico e decidimos que os materiais precisavam estar datados entre o ano de 2000 e 2020, na língua portuguesa. A plataforma de busca utilizada foi a biblioteca eletrônica *on-line Scielo* e os descritores pesquisados foram inicialmente **autismo e retardamento mental, autismo e deficiência intelectual**, posteriormente apenas **autismo**. O descritor autismo foi o mais produtivo para os nossos objetivos, porque através dele encontramos artigos que nos permitiram analisar a relação entre deficiência intelectual e autismo na produção científica atual e apresentar algumas das consequências para as propostas de tratamento do autismo na atualidade a partir

destes textos. Encontramos assim um total de 285 artigos. Em seguida foi realizada uma primeira leitura dos títulos e resumos dos artigos para que pudéssemos realizar uma seleção, e é a análise deste material que constituirá o Capítulo 3.

2. A entrada da criança no campo psiquiátrico e a história do diagnóstico do autismo

2.1 O nascimento da psiquiatria infantil

Cirino (2015) nos mostra que a clínica psiquiátrica da criança se estabeleceu na década de 1930 e que para entendermos a constituição dessa clínica torna-se necessário conhecer a história da psiquiatria que a precede. Segundo Bercherie (2000), essa história pode ser contada através de três momentos: o inicial que compreende os primeiros três quartos do século XIX e é dedicado a discussões acerca do retardo mental, sob o nome de idiotia; o segundo, marcado pelo modo de olhar para a criança através da clínica do adulto; e o terceiro momento, em que a clínica psiquiátrica infantil alcança sua autonomia. No decorrer deste capítulo iremos elaborar com maior nitidez estes três tempos históricos, e para tal nos apoiamos nos trabalhos de Oscar Cirino, Paul Bercherie e Michel Foucault.

Foucault (1974/2006) escreve que a construção da psiquiatriização da infância ocorreu através de dois percursos: a descoberta da criança louca; e a infância enquanto fundação da doença mental. A descoberta da criança louca foi um caminho tardio, como nos mostra Foucault (1974/2006), e tal descoberta ocorreu como resultado da psiquiatriização da infância, tal como veremos mais adiante. É possível perceber o papel da infância na psiquiatria através das anamneses realizadas em pacientes adultos considerados loucos, chamados de alienados nesse momento da história. Através dessas anamneses, o alienado era questionado sobre sua infância e assim os médicos procuram entender se haveriam sinais, ainda na infância, do desencadear de uma loucura do adulto, e também a hereditariedade da alienação. Mas não havia nesse momento um lugar, uma concepção de que uma criança poderia ser louca (Foucault, 1974/2006). Autores como Michel Foucault e Paul Bercherie convergem para a conclusão de que a psiquiatria infantil percorreu um longo caminho até a sua estruturação.

Sobre o primeiro momento da construção da psiquiatria infantil, Bercherie (2000) escreve que nessa época não se acreditava em uma loucura na infância, no máximo acreditava-se que a loucura do adulto poderia ser precocemente adquirida na infância, mas sem uma preocupação na descrição de quadros nosográficos na infância. Isso porque “o eu” nessa idade, de acordo com a concepção da época, não seria formado de maneira a ser possível a instalação de um adoecimento radical, e as doenças atribuídas à infância estariam ligadas à produção de interrupções no desenvolvimento que afetariam a inteligência. Ao discorrer sobre a história da psiquiatria infantil Cirino (2015) indica o quanto em uma dada

época havia uma impossibilidade da loucura ser diagnosticada na infância, pois de acordo com esta visão o processo de formação subjetiva da criança não permitiria que ela enlouquecesse. Bercherie (2000) cita o tratado de 1845 de Griesinger, do qual traz o seguinte trecho:

A loucura sistemática é excepcional na criança, pois o eu nesta idade não está ainda formado de maneira estável para apresentar uma perversão durável e radical; assim as diversas doenças produzem nas crianças verdadeiras interrupções no desenvolvimento, que atingem a inteligência em todas as suas faculdades (Griesinger, 1845 como citado em Bercherie, 2000, p. 131-132).

Wilhelm Griesinger (1817 - 1868) é considerado o pai da psiquiatria alemã (Costa, 2004). Como nos mostra Bercherie (1989), Griesinger possuía vertente anatomista e foi apontado como o primeiro organicista porque afirmava que nas doenças mentais havia uma afecção no cérebro. O psiquiatra escreveu o primeiro tratado de psiquiatria e influenciou os tratados do final do século XIX até o século XX, e essa influência se deu por causa de alguns aspectos como as divisões de considerações gerais, formas clínicas, prognóstico e tratamento (Bercherie, 1989). Afirmamos também que é possível encontrar a influência desse primeiro tratado nos manuais atuais, como por exemplo, o Manual Diagnóstico e Estatísticos dos Transtornos Mentais (DSM 5).

Griesinger concebe a inteligência como uma função intermediária entre a sensação e o impulso motor, por que entre a excitação sensorial e a resposta motora haveriam ações reflexas. De acordo com o autor, entre haveria uma multidão de reflexões importantes entre a percepção e a consciência, antes da ação. Para Griesinger a fome e o instinto sexual são as sensações mais fáceis de se compreender: “Eles produziam, inicialmente, movimentos obscuros da consciência que designamos, em parte, como sentimentos, e depois complexos de idéias relativas à meta a ser atingida, e que lutam contra obstáculos que se opõem a sua realização” (Griesinger, 1845 como citado em Bercherie, 2000, p. 74).

O “eu” para Griesinger é constituído pelos complexos dominantes, esses complexos variam para cada pessoa porque dependiam, por exemplo, da história, dos acontecimentos externos e do organismo interno. Para que alguns complexos se tornarem dominantes e constituir o “eu” é necessário tempo. Esses complexos lutam para ocupar a consciência e formar alianças. Além disso, o “eu” descrito por Griesinger não é uma unidade, pois era

conflituoso e a relação de força entre esses conflitos poderia evoluir. Desta forma, ganha força a afirmação de que o “eu” poderia modificar-se. A puberdade então seria um exemplo de mudanças do organismo interno que poderia gerar mudanças no “eu”. A partir dessa estruturação, durante esse processo de formação e mudanças do “eu”, poderia ocorrer a loucura, que modificaria de modo sutil o fluxo e ritmo dos pensamentos (Bercherie, 1989).

A loucura então se apresentaria primeiro como um sentimento obscuro de angústia e dor moral. Após isso, seu novo estado mental apresentava juízos falsos (ideias fixas). O louco não conseguiria rejeitar esses juízos falsos, porque no seu estado emocional não teria tempo para reflexão. Esse processo poderia dissociar o “eu” até a sua unidade desaparecer na demência, que seria o estado mais grave da loucura. Em relação às perspectivas de tratamento, geraria resultado na fase primária da loucura, na qual a loucura aparece no estado emocional. Já na secundária em que o antigo eu estaria suprimido seria quase impossível alcançar a cura. Ainda para Griesinger, as perversões “eram sinais de distúrbios na economia das paixões, das ideias, do cérebro etc”, e possivelmente uma das três figuras da loucura moral: as perversões sexuais (Costa, 2004). Confirmamos aqui que para Griesinger o “eu” precisa de tempo para se constituir, e que a puberdade traz importantes modificações. Também vimos que a loucura precisa desse processo para se manifestar, logo seria difícil pensar em loucura na infância.

A atribuição de uma nosologia própria à infância, em um primeiro momento, seria o de idiotia, noção constituída por Esquirol (1772-1840). Bercherie (1989) nos conta que Étienne Esquirol é comumente apresentado como o fundador da clínica psiquiátrica. Segundo Pacheco (2003), Esquirol foi um dos fundadores do pensamento psicopatológico vigente até hoje. O autor foi um fiel discípulo de Pinel e um dos mais ortodoxos quanto à obra do psiquiatra (Bercherie, 1989). Ele diferenciou a doença mental de deficiência mental, e atribuiu à idiotia a condição de diminuição das funções intelectuais (Bercherie, 2000).

Esquirol definiu a idiotia afirmando que ela não se tratava de uma doença, mas sim um estado tal em que as faculdades intelectuais nunca se manifestaram ou não puderam desenvolver-se o bastante, como escrito por Bercherie (2000) e reforçado por Marfinati e Abrão (2014). Porém, torna-se importante frisar que a noção de retardamento não foi cunhada através de estudos realizados com crianças, apesar de ser atribuído posteriormente a elas, mas de um conceito que marca um momento da história da psiquiatria do adulto (Bercherie, 2000; Marfinati & Abrão, 2014).

Foucault (1974/2006) escreve que foi através da criança não-louca que se fez a psiquiatriização infantil, pois por intermédio dela os diagnósticos infantis da época foram estabelecidos, que são: idiota, imbecilidade e retardo. Foucault (1974/2006) ainda comenta que havia duas maneiras de manifestações da loucura: através da agitação, furor e violência; e através do abatimento e inércia. Essa segunda maneira recebia o nome de imbecilidade, e apareceria também sob o nome de idiotia para se referir a um diagnóstico infantil, e sob o nome de demência para identificar um quadro semelhante que ocorreria após a infância. A imbecilidade é descrita no século XVIII como o erro de delírio através de uma perturbação da consciência de forma tão generalizada que já não seria mais capaz de formar ideias. O idiotismo seria então a forma total da loucura, um quadro no qual as faculdades intelectuais nunca se desenvolveriam satisfatoriamente. Nas palavras de Foucault: “é a vertigem da loucura, girando tão depressa sobre si mesma que mais nada, dos elementos, das crenças do delírio, pode ser percebido; a não-cor, pelo turbilhonamento dá cores sobre elas mesmas” (Foucault, 1974/2006, p. 259). Podemos perceber que neste momento a compreensão de desenvolvimento se torna importante. Esse critério, como escreve Foucault (1947/2006), seria o que diferenciaria a idiotia da loucura, pois a idiotia não estaria ligada à verdade ou capacidade de dominar a si, mas a ausência ou interrupções do desenvolvimento.

Foucault (1974/2006) nos mostra que para Esquirol, entre 1817 e 1820, a idiota não se desenvolveria, o sujeito podia ter ou não ter este quadro. A visão proposta por Esquirol se destaca por três pontos: 1. Pela possibilidade de distinção cronológica; 2. Pela diferença no tipo de evolução; 3. Pela concepção de que o quadro de idiotia está sempre ligado a vícios orgânicos. Sobre o primeiro ponto Foucault escreve que se não há desenvolvimento seria possível ocorrer o aparecimento da loucura, em oposição a outra doença mental, após certa idade mais precisamente após a puberdade. Em relação ao segundo ponto, entende-se que o idiota não evolui, ao contrário da demência que pode agravar ao longo do tempo. O terceiro ponto dá para a idiotia o lugar de enfermidade.

Segundo Cirino (2015), existiam pontos de discordâncias sobre a descrição do retardamento, classificação na qual a idiotia estava incluída. Para os médicos Pinel e Esquirol, grandes referências sobre o tema, o *déficit* seria global, definitivo e com um prognóstico negativo, o que ocasionaria não só a irreversibilidade do retardamento mental, como também a certeza da piora do quadro com o tempo. Para os educadores Séguin e Delasiauve, o *déficit* seria parcial e acarretaria falta de atenção, concentração e, principalmente, de vontade. A

visão desses educadores permitia uma visão positiva do prognóstico se fossem utilizados métodos educacionais direcionados para os considerados idiotas.

Dentro da tradição francesa, os métodos educacionais têm como partida o caso do menino de Aveyron, no qual o médico francês Jean-Marc Gaspard Itard investiu. Após ser encontrado por alguns caçadores, o menino de Aveyron é levado para Paris e avaliado por Pinel, que se mostrou desanimado frente às avaliações por ele realizadas e à conclusão que levava à descrença na possibilidade de educação de Victor. Itard (1774-1838), que era discípulo de Pinel, assumiu os cuidados para com o menino, acreditando ser possível sua educação, e assim sua reintegração na sociedade.

O caso que ficou conhecido como do menino selvagem de Aveyron conta a história e tentativas de um tratamento pedagógico com um menino, que nomearam Victor. De acordo com Gill (2013), ele foi encontrado em 1799 nos bosques de Caune, onde aparentemente viveu por anos sem contato humano, foi levado para Paris e foi primeiramente avaliado por Pinel. No momento em que foi encontrado, Victor não sabia falar, andar e se expressar de forma compreensível para outros seres humanos, o que era um indício do menino ter sido abandonado entre quatro ou cinco anos de idade e ter vivido assim por cinco ou seis anos (Pereira & Galuch 2012). Pinel descreveu a criança como um menino que possuía baixíssimas funções intelectuais, como incapacidade de atenção, memória, juízo, inteligência e aptidão para imitação, além de não possuir os sentidos desenvolvidos. Assim, Victor foi diagnosticado pelo médico como idiota. Como mencionado na introdução deste trabalho, Bercherie acredita que pelas descrições realizadas de Victor, ele hoje seria considerado uma criança autista, pois teria múltiplos traços que o assemelhavam a esse diagnóstico.

Posteriormente ao diagnóstico de Pinel, Itard assumiu o caso e descreveu o menino de Aveyron como alguém indiferente ao que estava à sua volta. E assim iniciou um tratamento pela via da educação. Para Itard, a falta de exercício de um órgão, como um órgão sensorial, por exemplo, o deixaria inapto a cumprir suas funções, e por isso era necessário estimular tais órgãos. “Itard parece acreditar que tudo é fruto da educação e por isso, através de suas metas de instrução, tentou educar o jovem Victor” (Gill, 2013, p.6). Para Cordeiro e Antunes (2010), Itard colocou a medicina para ser grande parceira da educação, de fato essa aproximação acontece com a forma de tratamento usada por Itard, que como já mencionado se dá pela via da educação e do ensinamento (ou tentativa de ensinamento), de alguns comportamentos, de

habilidades sensoriais e do desenvolvimento humano em si. Itard realiza as práticas de tratamento ao Victor com ajuda de sua governanta Madame Guérin (Pereira & Galuch 2012).

Cordeiro e Antunes (2010) escrevem sobre a descrença que médicos da comunidade científica possuíam em relação a uma possível melhora do quadro de Victor, como por exemplo Pinel, ao contrário do que acreditava Itard. Podemos ver aqui um exemplo das duas diferentes formas de se olhar o quadro de idiota, e como isso impacta, de forma drástica, na maneira em que o caso será guiado. Enquanto Pinel praticamente o exclui, Itard tenta uma intervenção. Gill (2013) descreve que no primeiro momento os métodos usados por Itard consistiram em deixar o menino Victor a vontade, para poder observá-lo e também deixá-lo feliz a seu modo. Após perceber as insensibilidades de Victor, Itard delimitou objetivos e iniciou o processo de estímulos para alterar comportamentos considerados inadequados. Os objetivos de Itard, descritos por Gill, foram “para poder educá-lo por meio de cinco metas estabelecidas: em que Victor, deveria se interessar pela vida social, despertar a sensibilidade nervosa, ampliar a esfera de ideias, falar e exercitar as operações da mente para com o uso dos objetos”. Nos próximos parágrafos veremos as cinco proposições de Itard para a educação de Victor.

A primeira proposição era atrair Victor para a vida social de forma gradual. Itard percebeu que Victor realizava as seguintes atividades antes de ser encontrado: dormir, comer, fazer nada e correr. O médico então procurou diminuir o tempo dessas atividades de forma gradual, para que ele e o menino pudessem aproveitar melhor o tempo para sua educação. A segunda era despertar a sensibilidade nervosa através de estimulantes. Itard então, tentava estimular os órgãos sensoriais de Victor, porque acreditava que a sensibilidade estava diretamente ligada com a sociabilidade (Gonçalves & Peixoto, 2001). Como exemplo de estímulos podemos citar a tentativa de provocar uma sensibilidade de Victor a diferentes temperaturas. Essas tentativas se deram através dos banhos de Victor, ao utilizar durante um longo período de tempo, água fervendo, e após o menino se acostumar com a temperatura e o banhar apenas com água morna, com isso o menino passou a demonstrar estar sentindo frio durante o banho (Gill, 2013).

A terceira proposição era ampliar a esfera de ideias do Victor, mas Itard admite que mesmo com suas tentativas, Victor não adquiriu gostos parecidos com outras crianças de sua idade. Na quarta proposição, Itard tenta ensinar Victor a falar, mas não possui grande êxito nessa tarefa. O médico então diz que há dois motivos para essa dificuldade: Victor não

possuía uma série de capacidades que uma criança nova possui, essas capacidades facilitariam o uso da voz e linguagem; o outro motivo é que Victor expressa suas necessidades de maneira mais fácil para ele, o que inibe o uso da fala. A quinta e última proposição é exercitar as operações da mente para o uso dos objetos, para alcançar esse objetivo, Itard tentou utilizar traços que o menino já possuía, ou seja, satisfazer necessidades e gostos (Gonçalves & Peixoto, 2001). A concepção de que Victor de fato possuía uma limitação intelectual é defendida por Pereira e Galuch (2012), à medida que estes autores comentam que apesar das intervenções de Itard, Victor não possuía uma atividade racional e planejada sobre os objetos, não associava o objeto a uma ação específica, o que o deixava sem reflexão ou sem conseguir expandir as possibilidades de uso de um determinado objeto.

Apesar das várias tentativas, Victor não aprende muitas coisas que são ensinadas a ele, o que faz Gill (2013), em seu artigo, afirmar que existe algo que está para além da educação. Pereira e Galuch (2012) atribuem três possíveis motivos para o insucesso de Itard na educação de Victor. O primeiro seria que o isolamento de Victor durante seus primeiros anos de vida provocara uma estagnação de suas capacidades intelectuais, o segundo é que além da privação de contato humano, Victor poderia possuir uma deficiência intelectual ou física, já o terceiro motivo seria que o modelo de educação utilizado por Itard não proporcionar um desenvolvimento satisfatório por ter sido pautado em reforço positivo, punição e atividades mecânicas.

Abrão (2020) aponta que o caso do menino de Aveyron é importante na constituição da psiquiatria infantil não apenas por ser o primeiro caso publicado em detalhes, como também por possibilitar o descobrimento de casos nosográficos inerentes à infância. De acordo com Abrão (2020), a preocupação da psiquiatria com infância se iniciou na tentativa de desvendar como a infância poderia impactar os quadros de patologia do adulto. Não havia então um foco em descrições nosológicas de patologias da infância.

A partir do que vimos até aqui, é possível começarmos a entender que a criança passa a ser do interesse da medicina quando se acredita que a ela é possível educar. Na segunda metade do século XIX surgem instituições para o tratamento de crianças consideradas idiotas. Porém, as crianças vagavam pelas instituições sem perspectiva de melhora em seus quadros clínicos, mas quando se pensa em um tratamento pedagógico ela passa a interessar os médicos. Instituía-se então, um tratamento médico-pedagógico. Marfinati e Abrão (2014) ainda dizem que se as crianças não eram passíveis de serem educadas, não eram passíveis de

tratamento algum. É possível então chegarmos à mesma conclusão de Abrão (2020), quando afirma ser difícil dissociar o nascimento da psiquiatria infantil com o campo da educação.

Em síntese, não há uma visão sobre a loucura na infância nos primeiros três quartos do século XIX. A criança não enlouquece, ela tem atrasos no desenvolvimento intelectual e com isso há uma abertura para o campo de métodos pedagógicos na medicina.

O segundo momento na construção da psiquiatria infantil, se dá entre 1880 e o primeiro terço do século XX. Ele é marcado pela tentativa dos médicos de encontrarem nas crianças as síndromes mentais descritas nos adultos, ou seja, busca-se nas crianças os quadros nosográficos existentes no adulto (Bercherie, 2000; Cirino, 2015). Cirino (2015), de forma assertiva, conclui que nesses dois momentos a criança é compreendida como um adulto em potência. Isso significa que a criança é olhada como um objetivo a ser cumprido, objetivo esse de se tornar um adulto desenvolvido.

Mas o que caracteriza todos esses trabalhos é que eles sempre buscam encontrar na criança, ao lado do retardamento, as síndromes mentais descritas no adulto, que variam, aliás, de acordo com as referências nosológicas dos autores; excitação e mania, depressão e melancolia, obsessões e fobias, alucinações e delírio, loucura moral, isto é, perversão, e também neurose no sentido antigo do termo: histeria, epilepsia, coréia, tiques. (Bercherie, 2000, p. 5).

Isso ocorre, por exemplo, com o diagnóstico de Bertschinger que, em 1901, postula a existência da demência precoce na infância (Marfinati & Abrão, 2014). Historicamente, o termo demência precoce, foi pela primeira vez usado por Morel¹, em 1853, e posteriormente por Kraepelin, em 1899. Morel (1809 - 1873), psiquiatra austríaco, propõe que cada grupo de nosografias clínico-evolutivas possui causas e mecanismos típicos. Ele afirma que alguns grupos de doença, como uma degenerescência mental, pode ter sido adquirida precocemente na existência, ou seja, enquanto criança (Bercherie, 2000). Kraepelin em 1899, escreveu sobre a demência precoce, concedendo a ela um *status* de identidade psiquiátrica clínica, mas se referia apenas ao campo da psiquiatria do adulto.

¹ Morel, C. (1853). *Études cliniques: traité théorique et pratique des maladies mentales considérées dans leur nature, leur traitement, et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés* (Vol. 2). Grimblot.

É interessante sabermos que para o psiquiatra suíço Bleuler (1857-1939), a demência precoce descrita por Kraepelin não poderia permanecer com essa nomeação. Bleuler propõe a substituição do termo demência precoce para esquizofrenia. Isso porque, para Bleuler, a deterioração irreversível das funções psíquicas não ocorreria em todos os casos, enquanto para Kraepelin a demência precoce ocorreria por comprometimentos de funções cerebrais, como a memória e o raciocínio, de forma gradativa (Pessotti, 2007). Com isso, Bleuler não apenas muda o nome utilizado para o quadro, como também o atualiza.

Vemos aqui que alguns termos utilizados no início da constituição da psiquiatria infantil foram apropriados da nosografia do adulto, como é o caso da demência precoce. Demência precoce foi um termo cunhado por Morel e utilizado Kraepelin para descrever quadros em adultos, e que posteriormente Bertschinger se apropria dele ao falar da infância.

Com um olhar mais atento à infância, essas noções se ampliam até que em 1906, Heller fala sobre a demência precocíssima, um diagnóstico até então decorrente do retardamento. A demência precocíssima apareceria por volta dos três, quatro anos de idade em crianças que até o momento haviam tido um desenvolvimento considerado normal. Após essa idade, ocorre um estado de idiotia, tendo perda de autonomia e capacidade de comunicação (Bercherie, 2000).

Heller ainda suspeitou de possíveis episódios alucinatórios e delirantes, e também constatou a conservação de algumas funções intelectuais, como a atenção, focalização e o que ele chama de uma fisionomia inteligente. Com essa suspeita, Heller atualiza o diagnóstico de modo a diferenciar essas crianças dos chamados verdadeiros retardados. Para Bercherie (2000), a possibilidade de existência de psicoses na infância que se diferenciam do retardamento mental e suas manifestações começa a tomar força. Nesta direção, Foucault resume seus estudos sobre a psiquiatriização da infância nesse período e a criança idiota ao escrever que até meados do século XIX o homem era louco mas a criança era anormal, por estar fora da norma. A psiquiatria, assim, se torna mais difundida porque a consequência de trazer o termo anormal para o campo psiquiátrico faz com que a psiquiatria se aproxime de regimes disciplinares e familiares, entre outros.

Foucault observa que Édouard Séguin, psiquiatra francês, em 1840, fez uma distinção das crianças idiotas propriamente ditas e das crianças retardadas. A criança idiota sofreria de uma interrupção do desenvolvimento, já a criança retardada teria um desenvolvimento mais

lento em relação a outras crianças de mesma idade. Foucault (1974/2006) afirma que essa visão de desenvolvimento, unida à visão de interrupção do desenvolvimento na criança idiota, seria seguida até o ano de 1894, pois trazem seis noções importantes que descreveremos a seguir, a partir do texto do autor.

A primeira noção importante é do desenvolvimento enquanto fator que afeta a vida orgânica e psicológica, além de adquirir noção temporal. A segunda, a noção temporal, ocorre com todos os sujeitos. A terceira noção refere que há duas possibilidades no percurso do desenvolvimento: pode-se parar em algum estágio ou desenvolver-se em tempo diferente de outras pessoas de mesma idade. A quarta noção, descrita como a mais importante para Foucault, é a noção em que o adulto é visto como o ponto ideal do desenvolvimento do término do desenvolvimento e, assim, ele será a norma. A quinta noção é a que a idiotia e o retardamento não podem ser vistos como doenças, pois não falta um estágio no sujeito, ele apenas não chegou no estágio em que deveria estar comparado a outras pessoas de mesma idade, e se encontra em uma certa fase da infância não chegando na fase adulta. A sexta noção diz respeito à lentidão do desenvolvimento, que apesar de não ser doença, deixa a criança cercada pela incapacidade de realizar aquisições e fazer emergir algumas organizações.

Como vimos anteriormente, havia o entendimento de que a idiotia não seria uma doença, e de que o adulto seria a norma, além disso outras crianças da mesma idade também seriam usadas como norma em comparação às crianças idiotas. Assim, o desenvolvimento mais lento significa estar abaixo da média quando se trata da norma. O idiotismo seria então uma fase da infância, não uma doença, representando as variedades temporais da infância (Foucault, 1974/2006). A partir disso, depreende-se que a forma com a qual uma criança idiota precisa ser tratada é pela via da educação:

Se é verdade que o idiota ou o retardado é alguém que está imerso até certo grau, não no interior do campo da doença, mas no interior da temporalidade da infância. Então os cuidados a lhe dispensar não vão se diferenciar em natureza dos cuidados que devem ser dados a qualquer criança, ou seja, a única maneira de curar um idiota, um retardado, é simplesmente lhes impor a própria educação, claro que eventualmente com certo número de variações, de especificações de método, mas não há nada a fazer além de lhes impor o próprio esquema educacional. A terapêutica da idiotia será a própria pedagogia, uma pedagogia mais radical, que irá buscar mais longe, que

montará mais arcaicamente nisso tudo, mas afinal uma pedagogia (Foucault, 1974/2006, p.265).

Apesar de, em teoria, a idiotia não ser vista mais como doença, a história nos mostra um processo de institucionalização de crianças diagnosticadas como idiotas em asilos. Havia internações de pessoas sob a nomenclatura de imbecis, dentre elas algumas crianças, algo recorrente nos últimos anos do século XVIII. Quando o termo imbecil passou a ser incluído nos discursos médicos, instaurou-se o cuidado de separar as crianças nos asilos e elas eram alocados nos institutos para surdos, que eram instituições conhecidas por serem pedagógicas (Foucault, 1974/2006, p.265). Entre 1835 e 1845 quando, por influência de Séguin, a idiotia não era mais considerada uma doença mental e sim problema no desenvolvimento, os asilos se reorganizam e surgem alas para as crianças idiotas. Na segunda metade do século XIX ainda há crianças idiotas asiladas. Um dos fatores que impulsiona o movimento de institucionalização da criança idiota é a necessidade de liberar os pais para retornarem ou permanecerem no mercado de trabalho. Desse modo leis de internação e de assistência às crianças e pobres são aplicadas na França, e os asilos passam a receber os alienados e os idiotas. A Alienação mental, portanto, se torna um termo que passa a ser utilizado tanto para se referir aos doentes mentais, quanto aos idiotas e o poder psiquiátrico considerado funcional traz o poder escolar para o asilo e faz a realidade escolar funcionar enquanto tratamento (Foucault, 1974/2006).

O terceiro momento da história da psiquiatria infantil se inicia na década de 1930. Esse período é marcado pela influência da psicanálise enquanto abordagem dominante na psiquiatria. Para a psicanálise, todo quadro psicopatológico é resultado de um passado quando o sujeito ainda era uma criança, ou seja, os conflitos que ocorrem na infância determinam a vida psíquica do adulto. Desse modo, se fez necessário um foco maior na infância, e para isso surge uma clínica com crianças com maior abrangência (Bercherie, 2000). Cirino (2015) nos concede uma definição sobre esse momento ao dizer que a partir disso a infância passa a ser vista com ordem própria de existência e racionalidade. O autor também afirma que a partir desse período, através da perspectiva psicanalítica, a criança é quem passa a elucidar o devir do adulto.

Além da psicanálise, outra grande influência nesse período é a clínica pediátrica e essa relação entre a psiquiatria infantil e a pediatria foi denominada pedopsiquiatria (Cirino, 2015).

Para Abrão (2020) é a partir das contribuições da pediatria e da psicanálise, que a psiquiatria infantil alcança sua autonomia em relação à psiquiatria do adulto. No que tange à pediatria, ela passa a considerar com maior atenção a condição psiquiátrica da criança, com o intuito de agregá-la nos diagnósticos e tratamentos.

A partir do que vimos até aqui, entendemos que a psiquiatria infantil começou a ser pensada e estruturada com uma visão educativa, pois inicialmente havia a visão de que a criança não enlouquece, mas pode vir a ter *déficits* em relação à norma. Essa visão influencia os primeiros tratamentos destinados às crianças. Ora, se a criança tem *déficits* cognitivos e no desenvolvimento, talvez seja possível educá-la.

A história da psiquiatria indica que na origem da psiquiatria infantil há a aproximação entre deficiência intelectual e quadros psicopatológicos na infância. Tal aproximação ainda está presente em algumas classificações psiquiátricas atuais, o que podemos constatar na quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatísticos dos Transtornos Mentais (DSM 5) publicado em 2013. Tanto o autismo quanto a deficiência intelectual fazem parte do grupo dos transtornos do neurodesenvolvimento, ou seja, quadros que compreendem uma série de condições que surgem no início do período de desenvolvimento neuronal infantil. A nossa hipótese é que essa aproximação retorna porque existe uma resistência em compreender que uma criança pode enlouquecer. O tempo e as atualizações não conseguiram furar os discursos psiquiátricos sobre a infância, e assim não foi possível um afastamento dessas concepções que colocam o adoecimento infantil como uma causalidade orgânica. Em contrapartida, o que a psicanálise propõe é que há uma causalidade psíquica no adoecimento mental infantil. No presente trabalho a história do diagnóstico de autismo torna-se um caminho fundamental, considerando que é um dos transtornos infantis mais discutidos atualmente.

2.2 A história do autismo

2.2.1. Eugen Bleuler, Leo Kanner e Hans Asperger

Eugen Bleuler, nascido em 1857, cunhou o termo autismo, como ele mesmo admite a partir de sua leitura de textos de Sigmund Freud. Bleuler é o psiquiatra que propõe a substituição do termo demência precoce, termo utilizado e difundido por Kraepelin, pelo termo esquizofrenia. Para Bleuler, uma das características mais essenciais desta doença é a cisão das funções psíquicas e essa cisão diz respeito à desconexão dos pensamentos, tendo como efeito possível a perda de conexões sintáticas, semânticas (como as que expressam

relação entre causa e efeito), entre outras. O que acarreta uma confusão nas ideias e no discurso do doente (Quinet, 2009; Pessoti, 2007). Para Bleuler, a esquizofrenia possui quatro sintomas fundamentais, sendo esses: os distúrbios da associação, da afetividade, do autismo e da ambivalência. No presente trabalho, interessa-nos destacar que entre os sintomas fundamentais da esquizofrenia, diagnóstico aplicado aos adultos, Bleuler insere o autismo para indicar que nestes pacientes há um quadro que se manifesta como a perda de contato com a realidade (Quinet, 2009).

É importante pontuarmos que neste momento falamos sobre o sintoma autismo presente na esquizofrenia, que ainda não é compreendido como hoje enquanto uma entidade clínica propriamente dita. Nos casos mais leves de esquizofrenia, Bleuler afirma que a perda da realidade ocorre ligeiramente, e nos casos mais graves, completamente. Quinet (2009) observa que Bleuler acentua muito mais o caráter de vivência de outra realidade do que de perda da realidade e esses dois mundos são a realidade para ele.

Em 1924, Sigmund Freud afirma que a perda da realidade ocorre tanto na neurose quanto na psicose, aproximando os dois diagnósticos, e no texto *Esboço da Psicanálise*, Freud (1938) considera que o desligamento do sujeito em relação à realidade não é levado à cabo totalmente. Quinet (2009) comenta que a perda da realidade mesmo que não seja levada a cabo totalmente acarreta uma impossibilidade ou uma grande dificuldade no estabelecimento de laços sociais. Até esse momento falamos sobre o surgimento do termo autismo enquanto sintoma da esquizofrenia e, portanto, buscamos explicar sua manifestação enquanto sintoma, a partir do próximo parágrafo escreveremos sobre o surgimento do autismo enquanto entidade clínica.

Em 1943, o psiquiatra Leo Kanner publicou o primeiro trabalho científico reconhecido utilizando o termo *distúrbio autístico do contato afetivo* (Goldberg, 2005) para designar a síndrome “autismo infantil precoce”. Kanner (1943/1997) relata no início de seu trabalho intitulado *Os Distúrbios Autísticos de Contato Afetivo*, que desde 1938 havia percebido em um grupo de onze crianças um estado marcadamente diferente de tudo que fora descrito anteriormente na psiquiatria. Kanner escreve sobre a rejeição de crianças autistas ao mundo exterior e associa os comportamentos dessas crianças às formas de resistência a esta invasão do mundo exterior, tal como ocorre com os ruídos provocados por pessoas ou objetos externos e à rejeição de alimentos. Outro sintoma descrito por Leo Kanner é a obsessão ansiosa de permanência, na qual há necessidade de não alteração de objetos e rotinas, expressados

através de repetições de comportamentos, sons e falas. Kanner (1943/1997) descreve o autismo através do seu material clínico a partir do atendimento de onze crianças com idade inferior a onze anos, sendo oito do sexo masculino e três do sexo feminino.

Para Kanner (1943/1997) a característica fundamental do autismo está nas dificuldades que estas crianças apresentam nas relações sociais, e descreve sua falta de habilidade para crianças se relacionarem com pessoas e situações de maneira comum desde o início da vida. Quanto à fala, Kanner (1943/1997) observa que das onze crianças, oito adquiriram fala, três continuaram “mudas” durante o estudo, entretanto nenhuma das crianças falantes usavam a fala para transmitir mensagens às outras pessoas. Além disso, Kanner (1943/1997) reconhece que as crianças “mudas” apresentam habilidades de fala, pois de acordo com relatos dos cuidadores de tais crianças, elas são capazes de pronunciar palavras. A principal característica da síndrome era algo que se apresentava desde o início da vida: uma inaptidão para estabelecer relações ditas normais com as pessoas, “uma solidão autística extrema, que desdenha, ignora e exclui tudo o que vem do exterior até a criança” (Kanner, 1997 [1943], p.156).

Diante dessa leitura, nos perguntamos se não seria possível confundir uma deficiência intelectual com as dificuldades nas relações sociais e estímulos externos. Nosso questionamento surge ao compreendermos que as dificuldades nas relações sociais e à estímulos externos podem fazer com que o autista não aprenda nos moldes convencionais, como por exemplo, a imitação de outros adultos. Ou então, essas dificuldades sociais poderiam ao menos fazer a dificuldade de aprendizagem aparentar ter um alcance maior do que realmente possui. Nos perguntamos se os discursos sobre o autista confundem as dificuldades sociais e comportamentos estereotipados com deficiência intelectual, porque entendemos que essas características podem interferir na forma que a aprendizagem acontece.

Além das questões já apresentadas no parágrafo anterior, entendemos que a incidência do discurso médico na educação faz com que ainda hoje encontremos um discurso que estabelece uma associação entre dificuldade de aprendizagem e o *déficit* intelectual. Isso pode impedir a observação dessa dificuldade de aprendizagem propriamente dita, que pode sugerir dificuldades em conteúdos específicos e não um comprometimento intelectual. Perde-se possibilidades de reflexão sobre a forma de lidar com essa questão.

Outro ponto interessante no trabalho de Kanner é que na discussão dos casos das 11 crianças, algumas foram consideradas esquizofrênicas, idiotas ou imbecis e, portanto, algumas delas foram colocadas em escolas para tais casos. O autismo extremo, os traços obsessivos, a estereotipia e a ecolalia, destacados na apresentação destes 11 casos, combinados formam o quadro global em certos quadros esquizofrênicos adultos. Um fenômeno de linguagem sublinhado em quase todos os casos é o da ecolalia, que consiste na repetição da fala de outras pessoas, tal como ela é ouvida pela criança. Apesar das semelhanças, entretanto, o estado das crianças com *distúrbio autístico do contato afetivo* diferem em muitos aspectos do adulto, segundo Kanner. Isso ocorre porque, de acordo com Kanner, o distúrbio autístico do contato afetivo não ocorre através de uma regressão sobre relações previamente estabelecidas como na esquizofrenia, mas sim de um fechamento autístico que faz com que a criança rejeite o que vem do mundo externo. Kanner também diferencia esse diagnóstico do que foi proposto por Heller, e diz que uma dessas diferenças se mostra no tempo de aparecimento dos sintomas, visto que na demência precocíssima diagnosticada por Heller os sintomas aparecem a partir dos dois anos e há uma mudança gradual do comportamento, enquanto as crianças estudadas por ele mostraram um fechamento extremo desde cedo (Kanner, 1943/1997). Um ponto de reflexão que poderia estar mais avançado é: como criar um ambiente menos intrusivo para crianças autistas?

Kanner nos fala também sobre o distúrbio autístico do contato afetivo aparecer muito cedo no bebê e que isso pode ser percebido através de observações e alguns relatos dos pais. Um exemplo era o fato de a criança não possuir atitude antecipatória ao ser levada ao colo e não mudar suas feições (Kanner, 1943/1997). O autor, portanto, distingue o autismo da esquizofrenia, ao lhe dar o status de entidade diagnóstica. Para o psiquiatra, uma das características comuns mais surpreendentes desta entidade é a incapacidade de manter relações consideradas normais. De acordo com ele, as crianças autistas podem ter sido consideradas retardadas antes da descoberta desse novo diagnóstico. Kanner então, separa o autismo tanto da esquizofrenia, quanto do retardamento (Ferreira & Vorcaro, 2017).

Hans Asperger (1906-1980), austríaco, se formou em medicina em Viena e em seguida foi contratado pelo Hospital Infantil da Universidade de Viena. No ano de 1944, após três décadas de atendimentos de crianças, publicou o texto intitulado “*Psicopatia autística na infância*” no qual ele trouxe observações sobre um possível diagnóstico infantil que era muito

parecido com o de Kanner. É interessante lembrarmos que o primeiro trabalho reconhecido de Kanner que descrevia o autismo foi publicado um ano antes, em 1943.

Asperger, em seu artigo de 1944, propôs a definição de uma nova patologia, a qual ele chamou de Psicopatia Autística, nome presente no título do artigo (Tamanaha *et al.*, 2008). Asperger cita o trabalho de Bleuler para explicar a escolha do termo autismo, reconhecendo o precursor desta nomenclatura. Asperger escreve que os autistas possuem interações com o ambiente consideravelmente limitadas e perturbadas e que este sintoma se manifesta de forma extrema em pacientes esquizofrênicos. Para Asperger, uma das diferenças do "sintoma autismo" na esquizofrenia em relação à psicopatia autística diz respeito ao fato de que na esquizofrenia há uma perda progressiva de contato, enquanto que na criança autista a perda de contato ocorre desde o início. A esquizofrenia e o autismo teriam então em comum o desligamento das relações do eu com o mundo exterior, e a diferença estaria no fato de que os autistas não apresentam uma desintegração da personalidade e por isso não são esquizofrênicos (Asperger, 1944/1991).

Após explicar o termo utilizado, Asperger descreve quatro casos clínicos de crianças e aponta que uma das principais características do autismo seria a constância dos sintomas. Os primeiros traços surgiram a partir de dois anos de idade e persistiram ao longo da vida. A partir desses casos ele destaca alguns pontos observados, tais como: aparência física e características expressivas, inteligência autista, comportamento no grupo social, afeto, e fatores genéticos e biológicos (Asperger, 1944/1991). Em seguida iremos descrever os pontos observados por Asperger de acordo com o que foi escrito pelo autor no texto de 1944.

Sobre a aparência física e características expressivas, Asperger escreve que crianças autistas perdem suas características de bebê de forma acelerada em comparação a outros bebês. Não possuem rosto gordinho e macio, mas fino. Também possuem teste franzida, o que indica preocupação introspectiva, e dificilmente possuem olhar fixo para um objeto ou pessoa em particular como sinal de atenção e contato afetivo. Como exemplo da falta de olhar fixado, Asperger diz que uma criança autista dificilmente olha para a pessoa com quem está falando. Porém, o olhar da criança autista percebe e processa uma quantidade surpreendente do mundo ao seu redor. O olhar se torna expressivo quando estão concentradas em algum ato malicioso. Com essa observação, Asperger chega à conclusão de que crianças autistas possuem escassez de expressão gestual pois, além do olhar, a criança também apresenta poucos gestos ou mudanças no rosto ao falar.

Para Asperger as habilidades que uma criança adquire são aprendidas de duas maneiras: produção espontânea e imitação de adultos. Essas formas de aprendizado precisam estar em equilíbrio, pois ao faltar a ideia original, o aprendizado se torna uma cópia superficial e mecânica. Uma criança autista possui inteligência caracterizada pela produção de ideias originais, mas possui dificuldade quando o aprendizado é mecânico. Ou seja, o aprendizado de uma criança autista através do conhecimento dos adultos é difícil. A deficiência e as habilidades especiais de pessoas autistas estão interligadas. Para ele quanto à linguagem, por exemplo, os autistas podem produzir expressões novas, além de apresentarem a capacidade de perceber eventos com outro ponto de vista, pensar sobre problemas que estão além dos interesses de outras crianças não autistas de mesma idade. Por causa da produção espontânea e da introspecção, crianças autistas podem ter uma compreensão surpreendentemente sofisticada sobre determinados temas, esses temas variam para cada criança.

Ainda sobre a inteligência dos autistas, Asperger comenta que podemos identificar autistas entre os cientistas ilustres, mas que os aspectos positivos do autismo não superam os negativos. No que se refere às próprias produções espontâneas, os autistas demonstram bastante habilidade. Mas, por possuir, dificuldades com a aprendizagem de imitação, obedecerem aos próprios impulsos e não prestar atenção às demandas sociais, podem ser originais, mas também fracassarem no aprendizado, sobretudo o fracasso escolar. No que se refere à alfabetização e cálculos, atividades que costumam ser lecionadas e aprendidas através de métodos mecânicos, mesmo os autistas considerados ‘*savant*’ em matemática podem encontrar obstáculos, pois por estarem introspectivos em seu próprio caminho de aprendizagem, podem não aprender os métodos de cálculos matemáticos que a escola exige. Crianças autistas podem ser facilmente reprovadas em testes de inteligência como o de Binet, pois de acordo com Asperger, estes consideram o conhecimento escolar como índice de inteligência.

No que se refere ao comportamento no grupo social, característica fundamental do autista, toda a personalidade dessas crianças é determinada pela limitação que ela possui nessa área. O transtorno de comportamento no grupo social é o traço percebido com maior facilidade nos autistas, desde a primeira infância. A dificuldade com o grupo social pode ser percebida inicialmente na família. Os pais costumam relatar uma insensibilidade por parte de seus filhos autistas, essas crianças encaram os pais com incompreensão e até rejeição. A

criança autista possui dificuldade em perceber que suas ações podem afetar negativamente o outro e com isso surgem os “atos maliciosos”, no qual a criança autista pode ferir o outro fisicamente ou emocionalmente sem isso ser sentido pela criança autista. O comportamento no grupo social de autistas também pode prejudicar seu aprendizado na escola, pois é difícil para a criança autista permanecer sentada, quieta e prestando atenção na aula. A criança autista também é frequentemente rejeitada por seus colegas.

No que se refere ao afeto no autista, Asperger escreve que os impulsos e instintos podem ser severamente perturbados e que isso pode ser observado na dificuldade em adaptação situacional intuitiva e nas exigências práticas do dia a dia. Crianças autistas frequentemente possuem aversão forte a determinados objetos táticos, esses objetos podem ser um determinado tecido de roupa, giz, água, entre outros. A água pode ser fonte de sensações desagradáveis. Em autistas hospitalizados foi percebido hipersensibilidades na garganta que dificultavam inspeções rotineiras com a espátula, pois a criança ficava agitada. Outro exemplo é a sexualidade que pode se apresentar através de duas maneiras, na primeira há desinteresse e um não desenvolvimento da saúde sexual; na segunda forma há sinais de forte atividade sexual, como por exemplo um início precoce da masturbação e de forma intensa.

Por último, Asperger descreve fatores genéticos e biológicos sobre o autismo. O autor diz que foram percebidos traços autistas iniciados nos pais, mas assume que é necessária mais investigação sobre essa questão. Entre esses traços encontrados nos pais, estão a anormalidade das funções expressivas e gagueira, também presente em muitos autistas. De acordo com Asperger, se o pai é quem passa os genes, esse costuma ter uma profissão intelectual, ou um trabalhador manual que perdeu sua vocação intelectual herdada por seus antecessores. Sobre os fatores biológicos outra questão é que na grande parte dos casos o autista é do sexo masculino, e as meninas autistas costumam aprender com maior facilidade através de trabalho prático e metódico. Asperger declara que nunca atendeu uma menina autista com o quadro completo, mas que muitas mães possuem traços autistas que podem ser herdados por seus filhos. O autor explica a maior incidência de autistas meninos em relação às meninas ao afirmar que pode haver um fator limitante nos sexos nessa herança genética.

A partir dessa construção histórica, pudemos acompanhar o nascimento do termo autismo que ocorre associado ao diagnóstico da esquizofrenia, bem como vimos surgir a separação do autismo da esquizofrenia a partir da psiquiatria infantil. Kanner e Asperger foram os primeiros psiquiatras a escreverem sobre quadros que incluem autismo nos

diagnósticos de crianças. Os dois autores diferenciam a esquizofrenia do autismo através do tempo de surgimento dos sintomas. Enquanto o esquizofrênico apresentaria uma regressão das relações já estabelecidas (Kanner) ou uma perda progressiva do contato (Asperger), o autista apresenta uma limitação desde bebê. Os autores ainda concordam que a característica fundamental do autista incide sobre suas dificuldades no campo social.

Kanner observa que algumas crianças estudadas por ele foram consideradas idiotas ou imbecis, e defende que elas na verdade possuíam uma síndrome, a síndrome autística do contato afetivo. Constatamos com isso que desde o surgimento do termo autismo na psiquiatria, já havia confusões diagnósticas. Como o quadro da idiotia indicava impossibilidades e/ou dificuldades para a aprendizagem, o diagnóstico de autismo trouxe outras possibilidades de discussões no campo da psiquiatria infantil quanto à aprendizagem destas crianças. Embora não encontremos no texto de Kanner discussões sobre as formas de aprendizagem da criança autista, ao apresentar e descrever os sintomas autísticos depreendemos que alguns sintomas autísticos poderiam interferir na forma como a aprendizagem acontece. Com Asperger, por exemplo, vemos que a criança autista pode não aprender de forma mecânica e por imitação de adultos, mas ele se mostrou mais otimista que Kanner quanto à evolução.

2.2.2. A psicanálise desenvolvimentista: Margaret Mahler, Bruno Bettelheim e Frances Tustin

A associação entre o autismo e as psicoses retorna à discussão através de alguns psicanalistas após 1950. Seguiremos neste item com as publicações dos autores Margaret Mahler em 1958, Bruno Bettelheim em 1967, e Frances Tustin em 1972 para ilustrar uma vertente da psicanálise conhecida como vertente desenvolvimentista. Azevedo (2006) chama essa vertente da psicanálise de vertente desenvolvimentista, pela forma como comprehende a constituição do sujeito, e encontrou nela psicanalistas pós-freudianos que se dedicaram e olharam o autismo como uma fase do desenvolvimento, além de uma entidade clínica. Bosa e Callias (2000) confirmam a importância da psicanálise na história do autismo, ao afirmar que nas duas décadas seguintes da primeira publicação de Kanner, o autismo foi atribuído a causas psicogênicas e que isso se deve às observações clínicas através da abordagem psicanalítica. Dessa forma entendemos que os autores que traremos aqui ampliaram as discussões sobre o diagnóstico do autismo e contribuíram para a prática clínica.

Margaret Mahler, pediatra, publicou em 1958 o livro intitulado *On child psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychosis*². Maleval (2017) comenta que Mahler, uma psicanalista formada em Viena, se interessa pela psicose infantil e trabalha desde os anos 1940 no serviço de crianças do Instituto Psiquiátrico de Nova York e da Universidade de Colúmbia, apoderou-se da descoberta de Kanner para integrá-la em uma teoria geral do desenvolvimento da criança. Mahler vai para os Estados Unidos em 1940 em razão da ascensão do nazismo. Azevedo (2006) destaca que Margaret Mahler distingue três estágios determinantes para o desenvolvimento infantil normal: a fase autística normal, a fase simbiótica normal e o processo de separação-individuação. Essas fases se desenrolam nos três primeiros anos de vida e culminam em um indivíduo que fala e que está munido de um objeto permanente.

A fase autística iria do nascimento até o segundo ano de vida. Mahler (1958) nos diz que os animais possuem um instinto de sobrevivência desde o seu nascimento, mas que o mesmo não ocorre com os humanos, portanto, segundo a autora, caberia à mãe garantir a sobrevivência do recém-nascido. Nas palavras da autora: “Em um sistema ou unidade quase fechada, a mãe executa vitalmente importantes ministrações sem as quais os jovens humanos seriam incapazes de sobreviver” (Mahler, 1958 p. 286). Essa relação do bebê com a mãe é denominada pela autora como “símbiose social”.

No mesmo texto, Mahler propõe que a criança humana nasceria não com o instinto de sobrevivência, mas com o que a autora chama de ego rudimentar. O ego rudimentar não consegue distinguir e reter estímulos externos de qualquer dimensão, e assim necessita que a mãe execute importantes ações para a sobrevivência do bebê. A mãe então seria o substituto para o instinto de sobrevivência e complemento do ego nessa fase. Na fase simbiótica, a criança começaria a se tornar vagamente consciente da existência de algo fora do seu eu corporal que garante sua satisfação. Porém, a criança ainda entende o corpo da mãe como uma extensão do seu corpo. Quanto ao processo de separação-individuação, como observa Azevedo (2006), ele é importante tanto para o desenvolvimento do ego quanto para as relações com objeto, e ocorre na idade de um ano e meio até os três anos de idade. Nessa fase ocorre a formação de limites e afastamento da mãe.

² Sobre psicose infantil e esquizofrenia: psicoses infantis autistas e simbióticas.

De acordo com Mahler (1952), o autismo ocorre por um retorno ou até mesmo uma fixação do bebê na primeira fase do desenvolvimento, ao não realizar uma separação do seu corpo com o exterior e não haveria assim sinais de consciência afetiva com outros seres. A percepção afetiva de demandas da mãe estaria ausente. Nesse ponto do texto a autora traz o conceito de Kanner sobre a ausência de comportamentos antecipatórios por parte dos bebês, e traz como exemplos o não levantar as mãos quando enfermeiras vão pegá-las no colo, e a falta de feições no rosto como um sorriso (Mahler, 1952). Na psicose autística infantil, a deficiência do ego torna-se um impedimento para que o bebê possa perceber a mãe como “figura representativa do mundo externo” (Azevedo, 2006, p. 25).

Bosa e Callias (2000) comentam que Mahler inclui o autismo no subgrupo das psicoses infantis, esse subgrupo faz parte da teoria evolutiva da psicanalista. Como vimos, para a Mahler o autismo é uma regressão ou fixação da fase inicial do desenvolvimento, a fase autística normal. Essa fase é chamada de não-diferenciação perceptiva, na qual há dificuldade do bebê em integrar sensações do mundo externo e interno e assim se torna difícil perceber a mãe como representante do mundo exterior (Bosa & Callias, 2000).

Sobre o tratamento, Mahler (1952) nos diz que a criança precisa ser extraída de seu estado autístico através de estratégias, mas, quanto ao prognóstico, Mahler considera que a cura real seria difícil. Os estratégias incluem atividades rítmicas e principalmente as que estimulam os órgãos sensoriais, como a música. Influenciada por sua formação na psiquiatria e através de Anna Freud, Mahler realiza os tratamentos através do confronto com a realidade empírica, mas não traz resultados significativos nos casos relatados por ela (Azevedo, 2006).

Outro autor que trabalha o autismo a partir da perspectiva desenvolvimentista é Bruno Bettelheim, que publicou em 1967 o livro intitulado: *A fortaleza vazia: o autismo infantil e o nascimento de si mesmo*. À época ele era diretor da Escola Ortogênica de Chicago, onde eram acolhidas crianças “com problemas”. Preso pela Gestapo em 1938 foi encaminhado para o campo de concentração de Buchenwald e, em 1939, emigrou para os Estados Unidos. Como destaca Azevedo (2006):

A partir da experiência no campo de concentração, Bettelheim (1967) elaborou o conceito de situação extrema, pela qual ele designava as condições de vida das quais o homem pode tanto abdicar – identificando-se com a força destruidora, constituída seja pelo carrasco, seja pelo ambiente, seja pela conjuntura – quanto resistir, praticando a

estratégia da sobrevivência, que consiste em construir para si um mundo interior cujas fortificações o protegeriam das agressões externas. Esta última posição, como se há de ver adiante, seria o que Bettelheim (1967) supõe estar na origem do autismo". (Azevedo, 2006, p.30)

Bettelheim (1967/1987) descreve o período do recém-nascido como "a idade dourada", à medida que na primeira infância nada é pedido à criança e lhe é dado tudo que quer, portanto, há uma relação de plenitude. De acordo com Azevedo (2006), essa plenitude primordial na relação entre a mãe e o bebê recém-nascido, é que faz com que Bettelheim elabore o conceito de mutualidade. O conceito de mutualidade implica uma ação de comum interesse entre mãe e bebê, por exemplo, o ato de amamentar. Na amamentação a criança sente fome e a mãe sente o desejo de aliviar o seio que pode sofrer um acúmulo de leite. Bettelheim destaca que o bebê não é apenas passivo durante a amamentação, mas também ativo. Ele é ativo porque demonstra que quer o leite através do choro, faz movimentos e sucção durante a amamentação e por isso não é amamentado apenas pela benevolência da mãe, mas também pelo resultado de seu esforço (Bettelheim, 1967/1987). Azevedo (2006) então conclui que, para Bettelheim, o que propicia um bom desenvolvimento é também a influência que a criança tem no meio externo.

Bettelheim (1967/1987) explica que, se a criança tem muitos esforços inibidos pela mãe, a mutualidade é bloqueada. Com a recorrência desse bloqueio em diversos momentos e com esforços variados as consequências podem ser graves e, nestes casos, o autismo infantil se torna uma possibilidade. Para além da amamentação, Bettelheim também usa outros exemplos. Um desses exemplos é quando ainda na primeira infância a criança tenta agarrar uma colher com a qual é alimentada e a mãe afasta sua mão na tentativa de evitar que a criança se suje ou suje a casa. Nesse exemplo a criança fica frustrada ao tentar algo por conta própria e com a repetição de momentos como esse pode se sentir inibida em realizar outras tentativas de fazer coisas por conta própria. O autor destaca a importância do processo da autonomia, que segundo ele ocorre nos primeiros tempos de vida:

A importância de todo esse processo para o desenvolvimento de um eu não pode ser subestimada. Graças a ele, o eu passa não só a atuar como também a interagir, a responder aos outros lentamente e a tomar consciência de que pode modificar as respostas deles. (Bettelheim, 1967/1987, p. 29)

Para além da plenitude primordial e da mutualidade, Bettelheim propõe também que há mais três fases importantes a serem consideradas no desenvolvimento da criança, são essas as fases críticas do desenvolvimento. A primeira refere-se à habilidade da criança conseguir reconhecer rostos de pessoas amigas; já a segunda refere-se à criança reconhecer outras pessoas como indivíduos, inclusive a si mesmo; a terceira ocorreria entre dezoito meses e dois anos, quando o autismo pode ser detectado, fase em que a criança pode se aproximar do mundo ou se afastar dele (Bettelheim, 1967/1987).

Bettelheim (1967/1987) classifica três graus de gravidade no autismo de acordo com a fase crítica em que o autismo ocorre. O grau de maior gravidade seria desencadeado antes mesmo do primeiro período crítico e portanto, a criança acredita que não tem influência alguma no mundo externo e assim também não tem nenhuma satisfação. A gravidade é alta e pode acarretar na morte dessas crianças. O segundo nível de gravidade ocorre quando o autismo é desencadeado durante o primeiro período crítico, no qual a criança já experimentou algumas satisfações mesmo que não considere ter tido qualquer influência na obtenção dessas satisfações. Azevedo (2006) explica esse fenômeno da seguinte maneira:

Na experiência dessas crianças, o que ocorreria é que, ao tentarem se relacionar com os outros, os achariam insensíveis às suas ações. Por isso desistiram de agir. Diferentemente do marasmo infantil, essas crianças manteriam algum investimento no mundo interno, apesar de desistirem de investir no mundo externo (Azevedo, 2006, p.31).

O último grau do autismo ocorre então no terceiro período crítico, e assim essas crianças continuam a agir, mas de acordo com seus processos internos. Assim estariam focadas apenas em si, no seu mundo interior, acreditando não serem capazes de alterar o ambiente exterior (Bettelheim, 1967/1987).

Ao considerar que a causa do autismo é um bloqueio no desenvolvimento, na mutualidade e na autonomia da criança, para Bettelheim (1967/1987) o tratamento requer a separação de crianças e seus pais. O autor diz que a criança acredita que suas ações não têm influência no mundo exterior e também conclui que:

A criança autista considera todas as relações como destrutivas e inevitáveis, nossa tarefa será ajudá-la a reconhecer que existem outras formas de relacionamento. Dada a

relação única que a impeliu para fora de uma situação de amor e de ambivalência com força esmagadora, ficou, por assim dizer, colada no ódio. É nossa tarefa ajudá-la a mover-se dessa posição de extremo ódio e depressão para aquela ambivalência em que existe uma relação normal (Bettelheim, 1967/1987, p. 99).

A escola *Sonia Shankman Orthogenic School*, instituição vinculada à Universidade de Chicago e dirigida por Bruno Bettelheim entre 1944 e 1969, foi arquitetada com o intuito de estimular a criança a agir por sua própria iniciativa, com o objetivo de propiciar um desenvolvimento considerado normal (Azevedo, 2006). Azevedo (2006. p. 32) escreve: “Dessa forma, o tratamento seguia a ideia de uma terapia de substituição: o mundo insensível é então substituído por outro estimulante, proporcionando à criança autista uma segunda oportunidade para se desenvolver”.

Frances Tustin (1913-1994), formada na Inglaterra, psicoterapeuta e com formação analítica a partir de uma orientação Kleiniana, é outra autora de destaque na abordagem psicanalítica desenvolvimentista, com publicações sobre autismo e psicoses infantis a partir de 1970. A abordagem dessa autora na história do autismo possui dois marcos. No primeiro momento, a autora relata a existência de dois estados autísticos, nos quais um seria considerado normal e o outro patológico. Com o apoio nos estudos de Mahler, em 1972 Tustin escreve sobre a fase inicial do desenvolvimento como o autismo primário normal e o autismo patológico que seria uma fixação ou retorno a esse estágio. Bosa e Callias (2000) explicam que a diferença entre a fase do autismo normal e do patológico ocorre por uma questão de grau. Tustin (1972/1984) resume o autismo como a conjuntura na qual a experiência não é diferenciada em qualquer extensão separada de si. Um termo usado por Tustin (1972/1984) é o útero pós-natal. Útero pós-natal é como a autora descreve a constante preocupação da mãe combinada com a experiência do bebê recém-nascido. Azevedo (2006) comenta que seria a partir da experiência de útero pós-natal que o bebê começaria a ter consciência sobre a mãe ser um objeto separado dela. Ainda de acordo com Tustin, esse seria o nascimento psicológico da criança. Tustin continua a linha de seu pensamento ao falar que a criança autista encara o seu nascimento psíquico e os conflitos incumbidos nessa separação de forma precoce, sem uma preparação. Seria como nascer de forma prematura. E assim o autismo é desencadeado para lidar com o fato de ter perdido parte de seu corpo (Tustin, 1972/1984). Para Maleval (2017), Tustin considera que a criança autista está fechada em uma cápsula protetora, no interior da qual a atenção se volta para sensações autogeradas. Por trás

da capsula protetora há uma experiência traumática, como se fora a de um buraco negro, promovido pela sensação de que o sujeito teria perdido uma parte vital do seu corpo, como se eles tivessem tido uma experiência da separação no que se refere ao objeto da satisfação, “de modo que provaria uma catastrófica sensação de mutilação” (Maleval, 2017, p. 57)

De acordo com Azevedo (2006), em 1986 Tustin escreveu outro livro com algumas alterações na sua teoria, mas é em 1993 que essas alterações atingem o ápice. Advindas da experiência no atendimento clínico, a autora vai realizando essas alterações. Tustin reforça a importância de separar as manifestações ditas normais e as patológicas, por isso não utiliza mais o termo autismo primário normal, e começa utilizar o termo auto-sensível para se referir ao primeiro estágio do desenvolvimento, e assim o termo autismo passa a ser utilizado apenas para o desenvolvimento patológico. Segundo ela, essa mudança foi necessária porque o desenvolvimento autístico estava sendo visto como normal (Azevedo, 2006).

Com a mudança citada acima, não só o termo é abandonado, mas também a ideia de regressão a um estágio autístico normal. Como bem explica Azevedo (2006), o autismo antes era visto como uma reação à separação antes do bebê estar preparado; já em um segundo momento, o autismo passa a ser considerado uma irregularidade no desenvolvimento que tomou um caminho errado muito cedo:

Nas crianças, o desenvolvimento anormal teria início com uma perpetuação da unidade dual entre mãe e bebê. (...) Nesse segundo momento teórico, o autismo seria uma reação protetora para lidar com o *stress* associado à ruptura do estado anormal de fusão com a mãe. Tratar-se-ia de uma reação à conscientização da criança da separação de seu corpo, do corpo da mãe, com quem ela previamente se sentiu anormalmente fundida, não-diferenciada (Azevedo, 2006, p.40).

Entre os anos de 1970 e 1990 Tustin desenvolveu o termo “objetos autísticos” caracterizados pelo uso persistente e manipulação pelo autista. São objetos que não são utilizados com o objetivo para os quais foram criados. A falta da fantasia em relação ao uso dos objetos faz com que sua manipulação seja repetitiva e sem aprendizado, sendo assim, um observador poderia dizer que os autistas utilizam os objetos autísticos de forma inútil, mas para a criança o uso possui um sentido (Ferreira & Abrão, 2014). Mas afinal, qual o sentido para o uso do objeto autístico? Ferreira e Abrão (2014) escrevem que a criança autista demonstra dificuldades em lidar com a retirada desse objeto por terceiros, isso ocorre porque

a criança já experimentou uma perda ilusória da mãe como parte de seu corpo. Ou seja, a criança percebe o objeto como parte do seu corpo e a retirada dele é sentida também como a perda de uma parte do seu corpo, como ocorreu com sua mãe. Além disso, a criança não substitui o cuidador pelo objeto, mas enxerga o objeto como o próprio cuidador, pois proporciona a sensação que desejam. Com isso algumas crianças autistas apresentam ter deficiência mental em um primeiro momento, e o uso desses objetos podem contribuir para a falta de confiança da criança nos seus cuidadores, já que não sentem a necessidade deles (Ferreira & Abrão, 2014).

A história do conceito de autismo é marcada pela forte influência da psicanálise no discurso da psiquiatria. Na tentativa de apreender a causa do autismo, autores como Mahler, Bettelheim e Tustin marcaram as décadas dos anos de 1950 a 1990 e contribuíram para os debates sobre o diagnóstico e o tratamento do autismo. Maleval (2017) assim resume o que há de comum nestas abordagens: “a intuição de que se trata da patologia mais arcaica” (Maleval, 2017, p. 57). Mahler (1952) considera que o autismo ocorre porque o bebê não realiza uma separação de si com o exterior e o coloca no subgrupo das psicoses infantis, uma “regressão libidinal profunda” (Maleval, 2017, p. 57). Bettelheim escreve que a causa do autismo é um bloqueio no desenvolvimento, na mutualidade e na autonomia da criança, “uma angústia extrema” (Maleval, 2017, p. 57). Tustin descreve o autismo como uma reação para lidar com a ruptura do estado normal de unidade com a mãe, “uma fantasia catastrófica” (Maleval, 2017, p. 57). Com esses estudos, a associação do autismo com a psicose retorna, após as concepções trazidas por Kanner e Asperger em anos anteriores, que por sua vez diferenciavam o autismo da esquizofrenia pelo tempo do surgimento dos sintomas. Desde a primeira descrição sobre o diagnóstico de autismo de Kanner há o reconhecimento do adoecimento psíquico desde a primeira infância, quando há uma maior dependência da criança com seus cuidadores. Por outro lado, os relatos e descrições dos casos clínicos destacam ainda certos comportamentos das crianças, o uso que realiza dos objetos, e suas relações com os cuidadores de tal modo que favorecem os questionamentos sobre a capacidade de aprendizagem destas crianças. Por exemplo, quando relatam a incapacidade destas crianças de imitar os adultos, de fazer um uso adequado dos objetos etc.

3. Um breve percurso sobre as classificações psiquiátricas do autismo e da deficiência intelectual no DSM

3.1 Psiquiatria biológica e a psiquiatria do desenvolvimento

De acordo com Aguiar (2015), a psiquiatria surge sem estar em total conformidade com as metodologias utilizadas pela medicina e recebe influências de diversas áreas do saber, como a psicologia e a sociologia, por exemplo, o que proporciona mudanças em referenciais teóricos e metodológicos ao longo do tempo. Nesse item nossa atenção recai sobre duas vertentes da psiquiatria: a psiquiatria biológica e a psiquiatria do desenvolvimento. É importante compreendermos essas duas vertentes, pois são vertentes presentes no atual Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM 5). Para explicitar a vertente da psiquiatria denominada de psiquiatria biológica, tentaremos também compreender o percurso dessa vertente até sua inserção como abordagem predominante na psiquiatria, para tal precisaremos também visitar a elaboração dos DSM.

No final do século XIX e início do século XX, a Biologia ganha destaque nas reflexões científicas e a psiquiatria sofre essa influência ao introjetar com maior proeminência os termos biológicos nos seus estudos e prática. Mas após o final da segunda Guerra Mundial a insuficiência das teorias fisicalistas para explicar a gama de questões sobre o adoecimento mental torna-se um problema a ser resolvido. Além disso, teorias da degenerescência, que são grandes influências para as teorias fisicalistas, foram utilizadas para corroborar com o discurso eugênico nazista, o que trouxe um olhar receoso e de desprestígio para elas (Aguiar, 2015; Aguiar & Ortega, 2017).

A utilização clínica dos primeiros medicamentos psiquiátricos teve início em 1950, mas não foi suficiente para favorecer a retoma de teorias fisicalistas neste período de pós-guerra. Mas afinal, do que trata as teorias fisicalistas/organicistas? De forma resumida, podemos dizer que é uma abordagem que tem como argumento central a causa biológica para o adoecimento mental, e que torna a visão moral-humanista sobre doenças psiquiátricas dispensáveis ou secundárias (Aguiar, 2015). As teorias fisicalistas também recebiam diversas críticas nesse momento como a escassez de provas para o estabelecimento de uma relação entre fatores os biológicos e as doenças mentais. Outra crítica recebida dizia respeito ao papel secundário dado para a influência do ambiente social no adoecimento mental. O pós guerra fortalece esses argumentos a partir do momento que soldados, sujeitos antes considerados saudáveis, retornam da guerra adoecidos mentalmente. São exemplos utilizados para refutar

questões hereditárias e biológicas como fatores exclusivos para o adoecer psíquico (Aguiar, 2015).

É assim que acompanhamos historicamente uma maior incidência da psicanálise e da antipsiquiatria no campo da doença mental. Abordagens que têm em comum perceber a doença mental como multifatorial, não restringida ao biológico e à hereditariedade. Nos Estados Unidos, aos poucos cresce a parceria da psiquiatria com a psicanálise. Como exemplo, destaca-se a Associação Psicanalítica Americana que, do ano de 1938 em diante, requeria aos interessados, em ingressar na formação ofertada pela Associação, que eles tivessem ao menos completado um ano de residência na área psiquiátrica. No ano de 1940 várias instituições psicanalíticas recomendavam que residentes em psiquiatria realizassem formação em psicanálise. Com isso, grande parte dos psiquiatras também eram psicanalistas, alcançando seu auge na década 1960, após a publicação da primeira edição do DSM (Aguiar, 2015).

A construção do primeiro DSM, segundo a Associação Americana de Psiquiatria, ocorreu em decorrência da necessidade de harmonizar os diagnósticos entre os psiquiatras, pois a metodologia e diagnósticos poderiam variar muito, o que ocasionava uma dificuldade de consenso entre os profissionais. Apesar da Associação Americana de Psiquiatria (APA) ter buscado diversas vertentes da psiquiatria, a psicanálise foi a vertente com maior espaço na primeira publicação do manual (DSM-I). Além da grande abrangência que a psicanálise possuía na época no meio psiquiátrico, outro fator importante é que a Classificação Internacional das Doenças (CID), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), já possuía uma abordagem psicanalítica nas classificações das doenças mentais. É nesse contexto que em 1952 é publicado o DSM-I, pela APA, porém o Manual não ganha destaque e algumas instituições decidem não utilizá-lo (Aguiar, 2015).

A segunda versão do Manual, publicada em 1968 também pela APA, não possui grandes alterações e tinha o intuito de se ajustar com a edição mais recente da CID, lançada após a criação do DSM-I (Aguiar, 2015). Nos DSM I e II havia um modelo dimensional para apresentar os diagnósticos, que apresentava, como escreve Aguiar (2015), “uma espécie de *continuum*”, e assim não era possível definir fronteiras bem delimitadas entre as diferenças nos diagnósticos.

É na terceira edição que o manual (DSM-III), publicada em 1980, que ocorre uma mudança significativa, na qual a vertente prevalecente se torna outra. Dois fatores podem ter contribuído para o enfraquecimento da psicanálise como abordagem dominante na psiquiatria:

1. abusos na interpretação, sobretudo em relação à função materna, a partir do quais os familiares sentiam-se excessivamente culpabilizados pelas doenças mentais dos filhos; 2. a compreensão da psicanálise de que a doença mental tinha raízes em questões psíquicas e sociais, resultava na visão de que embora os medicamentos psiquiátricos pudessem trazer alívios dos sintomas, através deles não seria possível agir na fonte da questão (Aguiar, 2015; Aguiar & Ortega, 2017).

O movimento da antipsiquiatria, apesar de possuir pontos em comum com a psicanálise, por priorizar a fala do paciente, também reservava críticas para a mesma por entender que a psicanálise estaria ligada às questões da vida psíquica de cada sujeito, enquanto os aspectos políticos e sociais estariam fora das discussões. Na década de 1970 ainda ocorreriam muitas discussões e tensões entre as abordagens da psicanálise, das antipsiquiatrias e da psicofarmacologia (Aguiar, 2015). Veremos mais adiante como a indústria farmacêutica passa a se tornar uma aliada da psiquiatria biológica. Ainda no século XX, mais precisamente ao final deste século, as teorias fisicalistas retornam ao discurso psiquiátrico com maior potência, e isso ocorre como consequência da biologia também retornar como o referencial mais difundido (Aguiar, 2015).

O DSM-III representa a ascensão da psiquiatria biológica e, por efeito, a perda de espaço da psiquiatria marcada pela teoria e pela clínica psicanalítica. Desse modo, o DSM-III reformula o olhar sobre a doença mental. Psiquiatras da Universidade de Washington, em St. Louis foram grandes responsáveis por reivindicar as mudanças que deu origem ao DSM-III, este grupo é denominado de “neokraepelinianos” porque suas ideias são releituras das propostas de Emil Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemão (Aguiar, 2015). Sobre Kraepelin nos interessa saber que ele se dedicou a estudar as etiologias da doença mental, e procurou entender os marcadores biológicos no adoecimento mental. Ao se deparar com dificuldades em encontrar tais explicações, buscou entender a relação de hereditariedade dessas doenças através de sintomas presentes nos pais que desencadearam doenças mentais nos filhos (Caponi, 2011).

Em 1974, o psiquiatra Robert Spitzer (1932-2015) recebeu o cargo de chefe do grupo que iria organizar o novo DSM, e Spitzer era afinado com as ideias dos “neo-kraepelianos”. O projeto do DSM-III foi apresentado em 1975 e entre 1977 e 1979 ocorreu ensaios de campo com versões revisadas do projeto. Ao todo, 12.667 pacientes foram observados em tais ensaios. A versão final foi aprovada em 1979 e publicada em 1980. O DSM-III passa a ser

reconhecido como um Manual ateórico e baseado na mensuração empírica das doenças mentais (Aguiar, 2015).

Os diagnósticos presentes no DSM-III passam a ser descritos por uma lista de características dos diagnósticos, abolindo ao modelo de apresentação dimensional, que vimos anteriormente. O modelo categorial apresenta fronteiras marcadamente delimitados e por isso recebe essa denominação. O DSM-III, seguindo a lógica da vertente que o estruturou, adverte que todo processo psicológico é cerebral e depende do seu funcionamento. Fatores psicológicos e sociais ganham pouco destaque, e quando aparecem como fatores desencadeadores de doenças mentais são quantificados, como por exemplo, o *estresse* que aparece como o subtítulo: *Quantificação da Gravidade de um fator de stress* (Aguiar, 2015).

O DSM-III é então difundido e aceito na psiquiatria e essa absorção é atribuída à influência da indústria farmacêutica e ao uso de psicofármacos. Havia uma necessidade vinda da farmacologia de parâmetros classificatórios dos diagnósticos sobre as doenças mentais para que fosse possível a realização de experimentos com medicações. Esses experimentos partem de ensaios clínicos randomizados, exigidos pela *Food and Drug Administration* (FDA), para conseguir a entrada de medicamentos psiquiátricos no mercado dos Estados Unidos. Dada a relevância do mercado farmacêutico norte-americano para outros países, os laboratórios mundiais procuraram se encaixar nas exigências da FDA, contribuindo para uma maior absorção do DSM-III. Com a disseminação do DSM-III e a utilização desse para os experimentos na psicofarmacologia, os psiquiatras biológicos se alinham com o uso de medicações. Os psicofármacos que antes eram vistas como uma das opções de tratamento, entre outros disponíveis, agora ganham destaque e começam a ser defendidos pelos psiquiatras adeptos das explicações biológicas como fator determinante na abordagem e tratamento da doença mental (Aguiar, 2015).

O DSM-IV, publicado em 1994, expande significativamente o número de categorias de transtornos, essa expansão ocorre em consonância com a criação de novos medicamentos, e vemos a relação da psiquiatria biológica e da farmacologia se estreitarem ainda mais. A quarta versão do manual dá um maior destaque às evidências empíricas com objetivo de obter maior validação para os diagnósticos (APA, 1994; Aguiar, 2015).

O DSM 5 foi publicado em 2013 e é a versão atual do Manual. Apesar da vertente biológica procurar marcadores biológicos para as doenças mentais até hoje, a sua ascensão não ocorreu porque de fato encontrou-se marcadores para os diagnósticos descritos no DSM-III. É possível ressaltar que não ocorreu muitos avanços nesse sentido até a publicação da

atual versão do DSM 5, ou seja, não é possível dizer a causalidade orgânica tenha recebido confirmações apesar de inúmeras pesquisas perseguirem tal hipótese (Ortega & Aguiar, 2017).

Outra abordagem que ganha força a partir da terceira edição do DSM é a psiquiatria do desenvolvimento. Essa psiquiatria é, como afirmam Nascimento e Coimbra (2012), uma vertente que vai além da psiquiatria da infância, pois é uma vertente que se preocupa não apenas com o psicodiagnóstico infantil, mas também com o anúncio de possíveis patologias. Embora pretenda ultrapassar a psiquiatria biológica, tem seus fundamentos em uma medicina mental, que acaba por descrever os fenômenos mentais com o uso de conceitos fisicalistas e biológicos, “colocando o cérebro como órgão da mente” (Cf. Nascimento & Coimbra, 2012). O psiquiatra Michael Rutter (1933-2021), do Reino Unido, é um dos nomes de destaque dessa vertente. É ele que propõe uma definição de autismo baseada em quatro critérios que somada a outras influências acabaram por influenciar a definição de autismo no DSM III.

Dentre as temáticas trabalhadas pela psiquiatria do desenvolvimento, encontramos: estudos sobre a prevenção de transtornos mentais; mapeamento das diferenças individuais; e estudos sobre transtornos incapacitantes na infância. Quanto aos estudos sobre a prevenção de transtornos mentais destaca-se a hipótese de que é possível buscar na infância fatores desencadeadores do transtorno mental, e este pode aparecer na infância ou na vida adulta. Já o mapeamento das diferenças individuais se torna importante para a compreensão de que o ambiente influencia o adoecimento psíquico, pois o indivíduo processa de forma singular suas experiências ao longo da vida, sem excluir os fatores genéticos e processos cognitivos ligados a isso. O terceiro ponto diz respeito aos estudos sobre transtornos incapacitantes, que torna necessário mapear aspectos que podem ser considerados normais ou anormais (Sroufe & Rutter, 1984; Silva & Uhr, 2022). Sobre esse último ponto destacamos o diagnóstico de autismo e deficiência intelectual, temas do presente trabalho, dois diagnósticos que não deixam de passar por comparações em relação aos aspectos esperados de uma criança não neurotípica.

Os psiquiatras do desenvolvimento realizam estudos que buscam compreender padrões de comportamentos infantis considerados desordenados sem a presença de um quadro completo de transtorno mental, e compararam com os comportamentos com as crianças que manifestaram um transtorno mental completo ao longo do tempo. Dessa forma, buscam encontrar variáveis que contribuíram para o desenvolvimento patológico. A psiquiatria do

desenvolvimento, assim como a psiquiatria biológica, também está presente nos DSM desde sua terceira edição até a atual (Silva & Uhr, 2022).

A psiquiatria do desenvolvimento, portanto, não se preocupa apenas com o comportamento patológico, mas procura avaliar quais seriam os comportamentos ideais, que permitem lidar com as dificuldades da vida cotidiana, no âmbito ambiental e social. A infância então é vista como período fundamental porque é neste período que poderá ser percebido transtornos mentais futuros (Sroufre & Rutter, 1984; Silva & Uhr, 2022).

Um marco da psiquiatria do desenvolvimento no Brasil e que mostra sua influência atual na psiquiatria do país é a fundação do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento em 2009, e tem como objetivos: 1) testar ferramentas e métodos para promover o desenvolvimento saudável da criança e do adolescente, preparando-o para a vida adulta; 2) introduzir um novo paradigma para a psiquiatria brasileira – o da Psiquiatria do Desenvolvimento (Nascimento & Coimbra, 2012). O Instituto funciona ligado ao Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (Oliveira, 2012).

No próximo item falemos sobre os diagnósticos de TEA e da DI a partir dos DSM. Reiteramos que optamos por utilizar esse Manual porque ele é utilizado nos artigos presentes no terceiro capítulo desta dissertação. A partir do que vimos até aqui, o próximo item contribuirá para acompanharmos as mudanças quanto às vertentes dominantes no diagnóstico do autismo, sobretudo a partir do DSM-III.

3.2 O autismo no DSM

Como descrito anteriormente, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) é um livro utilizado para pesquisas no tema da saúde mental o que retrata o impacto do Manual na formação dos profissionais deste setor para os diagnósticos de transtornos mentais. O Manual foi criado em 1952 pela American Psychiatric Association (APA), e encontra-se atualmente na sua quinta edição (DSM 5) publicada em 2013. Desde sua criação até a atual edição ocorreram mudanças fundamentais em seu conteúdo. Na criação do DSM, como vimos anteriormente, a psiquiatria utilizou de conhecimentos oriundos da psicanálise, assim como a psicanálise também se aproximou de uma linha psiquiátrica. De acordo com Dunker e Neto (2011), os estudos de Adolf Meyer, psiquiatra adepto da psicanálise, tiveram grande influência na criação do DSM: “O DSM-I teve grande influência do sistema diagnóstico de Meyer (1866-1950) com predomínio de categorias de extração psicodinâmica, ressaltando-se a oposição entre neurose e psicose.” (Dunker & Neto, 2011,

p.613). O DSM-I publicado em 1952, fornecia uma classificação em concordância com a psiquiatria moderna e conceitos da neurologia com o objetivo de classificar as perturbações do funcionamento mental (Mas, 2018).

Para fazer o percurso sobre as classificações e as mudanças ao longo das publicações das cinco versões do DSM, além de utilizarmos os textos dos próprios Manuais, utilizaremos também o trabalho realizado por Mas (2018) em sua tese “*Transtorno do espectro autista-história da construção de um diagnóstico*” para nos auxiliar, a dissertação de Burkle e Martins (2009) “*Uma reflexão crítica sobre as edições do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais-DSM*” , o artigo de Gadia *et al.* (2004) *Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. Jornal de pediatria.* E no que se refere à Deficiência intelectual, utilizaremos o trabalho de Bezerra e Martins (2015) *A concepção de deficiência intelectual ao longo da história. Interfaces da Educação.*

Mas (2018) indica que os transtornos mentais descritos no DSM-I eram divididos em duas grandes categorias. A primeira categoria incluía aqueles em que há perturbação da função mental resultante de/precipitado por uma deficiência primária da função do cérebro, geralmente devido à diminuição difusa do tecido cerebral. Nesta categoria havia dois principais sintomas: os prejuízos intelectuais e a superficialidade dos afetos. A classificação conta com três estágios: leve, moderada ou grave. Se fosse associada à perturbações adicionais, poderia ser adicionado na nomenclatura as seguintes descrições: reações psicóticas, neuróticas ou comportamentais. O uso de termos como neurose apoia a compreensão da influência da psicanálise nos termos utilizados no DSM-I. A segunda grande categoria do DSM-I se referia aos distúrbios que são o resultado de uma dificuldade mais geral de adaptação do indivíduo, de modo que qualquer perturbação da função cerebral associada é considerada secundária ao transtorno psiquiátrico (APA, 1952; Mas 2018). Para Mas (2018) essas categorias eram formas de distinguir perturbações mentais orgânicas das não orgânicas, para a partir dessa diferenciação decidir o tratamento adequado na prática clínica. Em seu trabalho de tese, Mas (2018) realiza uma busca do termo *autismo* nos DSM.

De acordo com a pesquisa realizada por Mas, a psiquiatria infantil não ocupou lugar de grande preocupação nesse primeiro momento do DSM, e a autora escreve que no DSM-I (1958) o termo *autism* foi encontrado duas vezes. A primeira para descrever uma forma de reação psicótica, a segunda como uma reação esquizofrênica típica infantil. A palavra *autistic* também têm duas menções no DSM-I, uma para contribuir na descrição de reação

esquizofrênica típica paranóica e outra para se referir ao tipo de pensamentos da personalidade esquizóide “*autistic thinking*”. Assim como Mas (2018), traduzimos as palavras *autism* e *autistic* para autismo e autístico, respectivamente. Percebemos assim que não há no DSM-I um diagnóstico de autismo separado da psicose, o autismo está inserido como sintoma nos transtornos psicóticos, como a esquizofrenia. Kanner já havia lançado seu estudo sobre o autismo em 1943, concedendo status de diagnóstico separado da esquizofrenia, mas esse estudo não foi incluído nas descrições diagnósticas do DSM-I.

O DSM-II foi publicado no ano de 1968, também pela APA. Nesta segunda edição encontramos aparições do termo *austism*, e o termo *autistic* permanece com o mesmo número de aparições, uma para se referir a uma forma de manifestação da esquizofrenia do tipo infantil somado a outros sintomas, e a outra aparição ocorreu novamente para descrever um tipo de pensamento na personalidade esquizóide “*autistic thinking*”.

Burkle e Martins (2009) nos mostram que se nos primeiros DSM há a influência da psicanálise em seus textos, na terceira edição, publicada em 1980 pela APA, podemos observar uma mudança estrutural profunda do DSM. É a partir da terceira edição que encontramos uma linguagem cada vez mais descriptiva no DSM, chamada de ateórica pela APA. Como bem alertam Burkle e Martins (2009) e como vimos no item anterior deste presente trabalho, o Manual possui sim uma vertente, que é a psiquiatria biológica, considerada a mais forte até hoje. Mas (2018) escreve que no DSM-III é a primeira vez que há uma relação, por escrito no manual, entre diagnóstico e tratamento.

Sobre a terceira edição do DSM-III de 1980, Mas (2018) observa que nesta edição há um olhar para a infância maior que as edições anteriores, porém ainda sem descrições detalhadas sobre nomenclaturas de casos infantis, como no caso da seção intitulada *Distúrbios que habitualmente se manifestam primeiro na Infância ou Adolescência*. Mas (2018) relata um aumento considerável (2850%) da palavra autismo em relação do DSM II para o DSM III. Será no DSM-III que veremos o autismo ser reconhecido pela primeira vez enquanto diagnóstico e colocado na categoria de transtornos invasivos do desenvolvimento (TID). “O termo TID foi escolhido para refletir o fato de que múltiplas áreas de funcionamento são afetadas no autismo e nas condições a ele relacionadas” (Klin, 2006, p.4). Gadia *et al.* (2004) destacam as habilidades sociais e comunicativas dos autistas como as áreas mais afetadas. Percebemos que o autismo ganhou *status* de diagnóstico próprio no DSM III e foi retirado do

campo das psicoses, além de a escolha do termo TID para o autismo sugerir uma visão desenvolvimentista para explicação do autismo, destaca-se a noção de *déficit*.

A partir do DSM-III, os critérios estabelecidos por Kanner influenciam na descrição do diagnóstico de autismo no Manual. Sob a classificação TID havia dois possíveis diagnósticos: 1) autismo; e 2) transtorno invasivo do desenvolvimento não-especificado. Os dois diagnósticos têm sido usados em pessoas com *déficits* nas relações sociais, *déficits* em comunicação e padrões repetitivos do comportamento, critérios pensados a partir dos trabalhos de Kanner (Gadia *et al.*, 2004).

Apesar de termos visto ao longo deste trabalho que a psiquiatria infantil já estava estabelecida e o diagnóstico do autismo estava em construção antes da primeira edição do DSM, nos perguntamos a que se deve esse atraso do DSM em relação ao que Kanner propôs no campo da psiquiatria infantil? Nossa hipótese é que a necessidade do uso dos trabalhos de Kanner se deve à retirada de termos psicanalíticos das classificações do DSM, pois como vimos anteriormente o contexto da época direcionava a psiquiatria para uma maior relação com as abordagens da psiquiatria biológica e desenvolvimentista.

No DSM-IV, publicado pela APA em 1994, encontramos outras mudanças na descrição do autismo, como a inclusão de novos transtornos no TID: síndrome de Rett, síndrome de Asperger e Transtorno desintegrativo da infância, além das duas categorias já presentes na terceira edição. A síndrome de Rett acrescenta que as meninas possuem sintomas parecidos com o dos autistas (Gadia *et al.*, 2004). A inclusão de novos diagnósticos tem relação com o estreitamento das relações entre a psiquiatria e a psicofarmacologia, que por consequência traziam diagnósticos associados aos novos psicofármacos.

É no DSM-IV que aparece a separação da síndrome de Asperger e do autismo. Os critérios avaliativos para o diagnóstico em autismo são divididos em A, B e C, no qual o critério A é subdividido em 1, 2 e 3. O critério A corresponde em 1) *Déficits* qualitativos na interação social; 2) *Déficits* qualitativos de comunicação; e 3) Padrões de comportamento, atividades e interesses restritos e estereotipados. Já o critério B) refere-se a atrasos ou função anormal em pelo menos uma das áreas acima presente antes dos 3 anos de idade; e o C) refere-se ao distúrbio não poder ser melhor explicado por um diagnóstico de síndrome de Rett ou transtorno desintegrativo da infância. Os critérios avaliativos para o diagnóstico na síndrome de Asperger são divididos através dos seguintes critérios: A) *Déficits* qualitativos na

interação social; B) Padrões de comportamento, atividades e interesses restritos e estereotipados; C) Esse transtorno causa distúrbios clinicamente significativos em termos sociais, ocupacionais ou em outras áreas importantes de funcionamento. D) Não há atraso clinicamente significativo de linguagem; E) Não há atraso clinicamente significativo do desenvolvimento cognitivo, de habilidades de autoajuda, de comportamentos adaptativos (excetuando-se interação social) e de curiosidade em relação ao seu ambiente durante a infância; F) Não há critérios suficientes para o diagnóstico de outro transtorno invasivo de desenvolvimento ou esquizofrenia.

Através da descrição desses dois diagnósticos pelo DSM-IV, podemos notar um olhar psiquiátrico que acentua o *déficit*, como por exemplo nas relações sociais. Apesar disso, vemos que a descrição da síndrome de Asperger se preocupa em evidenciar que não há atrasos de funções cognitivas. Tal preocupação pode ser lida como um esforço de separação do autismo e da deficiência intelectual.

Quanto ao item F) *Não há critérios suficientes para o diagnóstico de outro transtorno invasivo de desenvolvimento ou esquizofrenia*, ele indica os vestígios das edições anteriores nas quais havia uma aproximação desse diagnóstico com a psicose. Ou seja, ao mesmo tempo em que na síndrome de Asperger o Manual parece afastar o autismo da deficiência intelectual, pela menção ao quadro da esquizofrenia denuncia uma antiga aproximação do quadro ali descrito com um quadro de psicose. Veremos a seguir que o DSM 5 extingue a separação do autismo da síndrome de Asperger, colocando apenas níveis de gravidade que podem variar entre 1, 2 ou 3.

A quinta edição do Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM 5) insere o autismo, agora sob a nomenclatura Transtorno do Espectro Autista (TEA), na categoria dos transtornos do neurodesenvolvimento. Nesta categoria também estão inseridas as deficiências intelectuais, os transtornos da comunicação, o transtorno de *Déficit* de atenção/Hiperatividade, o transtorno da aprendizagem, os transtornos motores e outros transtornos do neurodesenvolvimento. Mas (2018) escreve que um dos avanços do DSM 5 são as explicações sobre mudanças em alguns termos. Para nós, é importante a explicação que o Manual traz sobre o surgimento da nomenclatura do TEA:

Fusão de transtorno autista, transtorno de Asperger e transtorno global do desenvolvimento no transtorno do espectro autista. Os sintomas desses transtornos

representam um *continuum* único de prejuízos com intensidades que vão de leve a grave nos domínios de comunicação social e de comportamentos restritivos e repetitivos em vez de constituir transtornos distintos. Essa mudança foi implementada para melhorar a sensibilidade e a especificidade dos critérios para o diagnóstico de transtorno do espectro autista e para identificar alvos mais focados de tratamento para os prejuízos específicos observados. (APA, 2013, p. 42)

Os critérios para o diagnóstico em TEA passam a ser: A) *Déficits* persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia; B) Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia; C) Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida). D) Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente. E) Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento.

O Manual apresenta ilustrações para ajudar na compreensão dos critérios A) e B). Há também uma tabela para auxiliar no diagnóstico dos níveis de gravidade do autismo e, de acordo com o comprometimento da comunicação social e ações repetitivas e restritivas, os níveis podem variar de 1 “Exigindo apoio”, 2 “Exigindo apoio substancial” e 3 “Exigindo apoio muito substancial” (APA, 2013). Como uma das características associadas que apoiam o diagnóstico, encontra-se o comprometimento intelectual e mesmo os autistas com inteligência considerada média ou alta, teriam irregularidades de capacidades. A capacidade intelectual é novamente colocada em questão, ao ser traçada uma dificuldade de seu desenvolvimento, mesmo nos autistas que não possuem deficiência intelectual, por consequência da dificuldade de relações comunicacionais. Deste modo:

Muitos indivíduos com transtorno do espectro autista também apresentam comprometimento intelectual e/ou da linguagem (p. ex., atraso na fala, compreensão da linguagem aquém da produção). Mesmo aqueles com inteligência média ou alta apresentam um perfil irregular de capacidades (APA, 2013, p. 96).

Entre os fatores de risco, o Manual do DSM 5 propõe fatores ambientais e fatores genéticos. É importante salientar que os fatores ambientais não estão ligados a fatores sociais, o que fica evidente com os exemplos descritos no Manual, como o baixo peso ao nascer. Entre os diagnósticos diferenciais encontra-se a deficiência intelectual, ela também faz parte do grupo de transtornos neurocognitivos.

É possível apontar uma perspectiva organicista do autismo no DSM em suas versões mais atuais, além de uma visão na qual os *déficits* são ressaltados como persistentes e manifestações diversas. O Manual destaca a proximidade com a deficiência intelectual e a dificuldade de se realizar um diagnóstico diferencial no início da infância. Acreditamos que a ênfase no *déficit* ocorre porque a vertente da psiquiatria biológica e da psiquiatria do desenvolvimento baseiam a forma de realizar diagnósticos na comparação daquilo que está fora do padrão em comparação a uma criança não neurotípica, ou porquê está fora do padrão de desenvolvimento esperado, ou porquê está fora do padrão de “normalidade” do cérebro.

3.3 A deficiência intelectual no DSM

Ortega (2009) explica que os trabalhos acadêmicos que tratam da deficiência emergem no mundo anglo-saxão no final dos anos setenta do século XX, em paralelo com o movimento antipsiquiátrico, o movimento organizado do feminismo e dos movimentos de raça, tais como o *black power*. Comparável ao deslocamento conquistado nas áreas de gênero, sexualidade e raça, nas quais os estudos da deficiência se inspiram, este movimento faz referência a um vínculo imposto por uma sociedade entre o indivíduo e alguma lesão. O movimento defende que a deficiência nunca pode ser reduzida ao nível biológico e/ou patológico e que deficiência tem as marcas de uma construção cultural. Apesar deste movimento promover uma virada linguística importante, muitos médicos e psicólogos continuam pautando suas intervenções em um modelo que exclui a cultura e o modelo social como fatores determinantes para a compreensão de uma construção discursiva da deficiência. A seguir, descreveremos as definições do DSM 5 para a construção do diagnóstico de deficiência intelectual (D.I.) e as principais diferenças em relação ao DSM-IV. Não faremos a construção do diagnóstico ao

longo das diferentes edições do DSM, como fizemos com o autismo, pois o foco deste trabalho é compreender através da história do diagnóstico do autismo a sua aproximação com o diagnóstico da D.I.

No DSM-IV-TR (quarta edição revisada do DSM), a Deficiência Mental faz parte do grupo “Perturbações que aparecem habitualmente na primeira e na segunda infância ou na adolescência”, ou seja, entra na série: perturbações da aprendizagem; perturbação das aptidões motoras; perturbações da comunicação; perturbações globais do desenvolvimento; perturbações disruptivas do comportamento e de *déficit* de atenção; perturbações da alimentação e do comportamento alimentar da primeira infância ou do início da segunda infância; perturbações de tiques; perturbações da eliminação; e outras perturbações da primeira infância e da segunda infância ou da adolescência. No DSM-IV-TR encontra-se a explicação de que o título desta seção se deve a uma questão de conveniência, admitindo-se que há outras formas de fazer referência às perturbações infantis até porque algumas destas perturbações fazem parte de quadros de adultos. Existem ainda perturbações da vida adulta que não estão nesta seção e que emergiriam na infância. Observa-se que a nomenclatura do DSM 5 substitui a Deficiência Mental pela Deficiência Intelectual.

Os critérios diagnósticos de deficiência mental de acordo com o DSM-IV são: A) Funcionamento intelectual significativamente inferior à média (Um Q.I. aproximadamente igual ou inferior a 70, analisado por um teste de Q.I. individual); B) *Déficits* ou insuficiências concomitantes no funcionamento adaptativo atual em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados próprios, vida familiar, aptidões sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, auto controle, aptidões escolares funcionais, trabalho, ócio, saúde e segurança; C) Início antes dos 18 anos. A quarta edição do manual divide a deficiência em cinco níveis: leve, moderado, grave, profundo e gravidade Não Especificada. Tais níveis seriam identificados de acordo com escores em testes de Q.I. Assim, no nível profundo o Q.I. seria menor que 20-25; no nível grave o Q.I. seria entre 20-25 e 35-40; no nível moderado o índice de Q.I. seria de 35-40 até 50-55; e no nível leve seria entre 50-55 até aproximadamente 70. O manual considera uma margem de erro de 5 pontos presentes nos testes de Q.I. A gravidade não especificada, ocorre quando há forte suspeita de deficiência mental, mas que a inteligência do sujeito não pode ser medida por testes usuais.

Como o próprio Manual escreve, a principal característica do diagnóstico de deficiência mental é o funcionamento intelectual global inferior à média, presente o critério A

e avaliado pelos testes de Q.I. O manual usa como exemplo, a escala de inteligência de Wechsler Revista para as Crianças, 3^a edição, Escala de Stanford Binet, 4^a edição, Bateria de Avaliação de Kaufman para Crianças. Mesmo que essa seja a característica fundamental, não há diagnóstico se os funcionamentos adaptativos não estiverem afetados. O funcionamento adaptativo é a forma como o sujeito lida com situações da vida cotidiana e de independência pessoal. O Manual enfatiza ser necessário considerar o contexto cultural e social em que o indivíduo está inserido ao utilizar os testes.

De acordo com o DSM 5, a deficiência intelectual (D.I.) é diagnosticada através de três critérios e possui quatro níveis de gravidade. Os critérios diagnósticos da DI são descritos na página 33 do Manual: A) *Déficits* em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência confirmados tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados; B) *Déficits* em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação a independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio continuado, os *déficits* de adaptação limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como comunicação, participação social e vida independente, e em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade; e C) Início dos *déficits* intelectuais e adaptativos durante o período do desenvolvimento.

Os níveis de gravidade da D.I. são divididos em: leve, moderada, grave ou profunda. Diferente do que era estipulado pelo DSM-IV, no DSM 5 os níveis de gravidade não são mais definidos pelo Q.I, mas sim de acordo com o funcionamento adaptativo que determina o nível de apoio necessário para realizar determinadas ações. São avaliados os domínios: conceitual; social; e prático. Por exemplo: no nível prático é avaliado se o indivíduo é capaz de realizar atividades de cuidados pessoais, como alimentar-se e vestir-se ou se há a necessidade de algum apoio. O Manual ainda descreve que é comum a realização de testes de inteligência para a mensuração do critério A, e que indivíduos com D.I. possuem escores abaixo de 70 (65-75, ao considerar a margem de erro de 5 pontos). Mas também escreve que testes de Q.I. são insuficientes para mensurar o raciocínio em situações da vida real e de tarefas práticas, sendo apenas aproximações do funcionamento conceitual. Esta compreensão presente no DSM 5 explica por que a forma de avaliar os níveis mudou. O funcionamento adaptativo ganhou maior atenção, o que faz com que o uso dos testes de QI não sejam mais obrigatórios.

Mesmo quando os testes de inteligência são utilizados para avaliar o critério A), os resultados não são suficientes para concluir a avaliação. Sugere-se o uso de testes neuropsicológicos e não apenas os resultados no teste de QI, além de julgamento clínico para a interpretação dos resultados.

O DSM 5 coloca o TEA entre os diagnósticos diferenciais de D.I., porque segundo o manual a D.I. é comum em autistas. E ainda de acordo com o manual, devido à complexidade da investigação de autismo no que se refere aos *déficits* sócio comunicacionais e comportamentais, podem ocorrer interferências na interpretação dos resultados dos testes. O Manual propõe ser comum que o TEA seja uma comorbidade da D.I, além de colocar o TEA entre um dos possíveis diagnósticos diferenciais. Vejamos:

A deficiência intelectual é comum entre pessoas com transtorno do espectro autista.

Sua investigação pode ser complicada por *déficits* sócio comunicacionais e comportamentais, inerentes ao transtorno do espectro autista, que podem interferir na compreensão e no engajamento nos procedimentos dos testes. Uma investigação adequada da função intelectual no transtorno do espectro autista é fundamental, com reavaliação ao longo do período do desenvolvimento, uma vez que escores do QI no transtorno do espectro autista podem ser instáveis, particularmente na primeira infância. (APA, p.40, 2013).

O parágrafo anterior corrobora com a hipótese que temos traçado ao longo deste trabalho, qual seja, a relação entre as dificuldades sociais dos autistas e a interferência destas dificuldades na sua escolarização, o que pode conduzir a uma ideia de que o quadro do autismo inclua uma deficiência intelectual, e acentua a relação do quadro do autismo com um rol de *déficits*. No presente capítulo, constatamos ainda as aproximações nos DSM IV e V entre os diagnósticos de Deficiência Mental e Deficiência Intelectual com o quadro designado atualmente como TEA, sobretudo nos apontamentos das comorbidades e nos itens sobre os diagnósticos diferenciais.

4. Revisão bibliográfica da relação entre deficiência intelectual e autismo na produção científica atual

Para a realização desta dissertação, a busca por referências bibliográficas que abordam o autismo e a deficiência intelectual na infância foi realizada com um critério temporal e linguístico: entre o ano de 2000 e 2020 e em língua portuguesa. A plataforma de busca utilizada foi a biblioteca eletrônica *on-line Scielo* e os descritores pesquisados foram inicialmente **autismo e retardo mental, autismo e deficiência intelectual**, posteriormente apenas **autismo**. A busca mais produtiva para os nossos objetivos foi com o uso do descritor de autismo, pois foi através dele que encontramos artigos que nos permitiram analisar a relação entre deficiência intelectual e autismo na produção científica atual e apresentar algumas das consequências para as propostas de tratamento do autismo na atualidade a partir destes textos. Encontramos assim um total de 285 artigos, e em seguida foi realizada uma primeira leitura dos títulos e resumos dos artigos para que pudéssemos realizar uma seleção. Descartamos os artigos que tratavam apenas da perspectiva histórica do autismo. A partir destes critérios e dos objetivos deste trabalho utilizados, chegamos a um total de 14 artigos que dividimos em dois conjuntos: o primeiro conjunto com 10 artigos traz referências tanto ao diagnóstico de autismo quanto à deficiência intelectual. O segundo conjunto, com 04 artigos, traz artigos que têm como tema central debates que elucidam o cenário político, entre pais e profissionais, no qual encontra-se o autismo.

4.1 Aproximações do diagnóstico de autismo e da deficiência intelectual (di) em artigos acadêmicos

Os artigos *Atuação do psicólogo na inclusão escolar de estudantes com autismo e deficiência intelectual*, de Benitez e Domeniconi (2018), *Ensino de Relações Espaciais de Esquerda e Direita a Participantes com Autismo e Deficiência Intelectual*, de Silva e Elias (2018), são exemplos de textos acadêmicos que tratam de intervenções no campo da educação e que usam como participantes crianças diagnosticadas com autismo e deficiência intelectual. O que encontramos nestes trabalhos é o uso da aproximação histórica entre os quadros de deficiência intelectual e autismo, pois são artigos que usam grupos de participantes com estes diagnósticos em trabalhos que sugerem importância de intervenções sistematizadas e planejadas no processo de escolarização destas crianças e adolescentes sem se preocupar em discriminar as diferenças existentes entre os quadros, tampouco fazer referências a estas diferenças nas análises dos resultados. Importa observar o número pequeno de participantes

nos dois estudos e a ausência de uma reflexão sobre as principais características dos dois diagnósticos nas análises dos dados.

O objetivo da pesquisa de Benitez e Domeniconi (2018) foi operacionalizar a atuação do psicólogo-pesquisador no processo de inclusão escolar de estudantes com autismo e deficiência intelectual, a partir de intervenções aplicadas pelos professores e pais; e avaliar a aprendizagem de leitura e escrita do grupo experimental (exposto às intervenções) e controle. Participaram do estudo 14 estudantes, sete pais e nove professores. O procedimento incluiu o planejamento das intervenções, a capacitação com os agentes, aplicação das intervenções e supervisão pelo psicólogo, pós-teste e *follow-up*. Os critérios de seleção dos estudantes para os grupos foram o diagnóstico atribuído a todos os estudantes por uma equipe multidisciplinar de uma instituição especializada e os resultados obtidos pela aplicação do WISC-III. Os resultados obtidos são discutidos destacando-se alguns elementos considerados importantes em relação à atuação do psicólogo-pesquisador no processo de inclusão escolar, tal como o apoio e suporte às intervenções aplicadas pelos professores (da sala de aula e da Educação Especial) e pais, enquanto promotores do ensino de leitura e escrita com estudantes com TEA e DI; a existência de uma programação de ensino detalhada para estes grupos; o local em que ocorre a aprendizagem; o papel do aplicador em tal situação de aprendizagem com os estudantes com DI e TEA. Entretanto, não encontramos menção às diferenciações possíveis entre os resultados dos alunos autistas e os portadores de DI.

O objetivo do artigo *Ensino de Relações Espaciais de Esquerda e Direita a Participantes com Autismo e Deficiência Intelectual*, de Silva e Elias (2018), foi ensinar respostas de ouvinte para relações espaciais de direita-esquerda envolvendo partes do corpo e verificar o uso dessas relações em um contexto diferente. Os autores dividiram o estudo em dois estudos, mas em nenhum desses momentos ocorreu uma distinção dos grupos através do diagnóstico. No primeiro estudo, o grupo era composto por um menino de nove anos de idade, com diagnóstico de TEA, apresentava estereotipias, fala na terceira pessoa quando se refere a si mesmo e não estava alfabetizado; e dois adolescentes com 16 anos. Um com síndrome de Down (nível moderado), com boa compreensão verbal e conseguia escrever seu nome com ajuda verbal e o outro com diagnóstico de Deficiência Intelectual e características autistas, não alfabetizado e necessitava de instrução verbal para realizar a maioria das atividades cotidianas. No segundo estudo, o grupo era composto por quatro meninos com diagnóstico de TEA, na faixa etária de 10 a 12 anos. De acordo com declaração médica e avaliação

multiprofissional, um participante tinha sido diagnosticado com autismo infantil e apresentava limitação motora por causa de um tumor no cérebro. O segundo participante tinha diagnóstico de TEA sem outras especificações, boa compreensão verbal, mas não se comunicava por meio da fala, apenas balbuciava algumas palavras e fazia uso de medicação para controle de hiperatividade. O terceiro participante tinha o diagnóstico de TEA e apresentava quadro psiquiátrico. O quarto foi diagnosticado com TEA e Epilepsia Focal, o que lhe causava sérios problemas de comportamento, socialização e comunicação, fazia uso de medicações e não apresentava repertório de fala. Os resultados indicam desempenho mais baixo nos testes de imitação motora e o repertório de entrada foi considerado uma variável relevante para o desempenho final. O ensino foi suficiente para que os participantes dos dois experimentos passassem a discriminar as partes do corpo, os movimentos e as relações espaciais sem a necessidade do ensino de repertórios verbais de falante. Tal como ocorre no artigo de Benitez e Domeniconi (2018), a discussão dos resultados não menciona possíveis diferenças entre os quadros diagnósticos e os desempenhos dos participantes.

A ideia de que o quadro do autismo inclui uma deficiência intelectual, e acentua a relação do quadro do autismo com um rol de *déficits* cognitivos pode ser verificado nos artigos a seguir. Esta ideia já aparece no título dos artigos:

No artigo *Deficiência Intelectual e o transtorno do espectro autista: fatores genéticos e neurocognitivos*, os autores Freitas, Nishiyama, Ribeiro e Freitas (2016) têm como objetivo apresentar uma revisão, demonstrando a importância de pesquisas que investiguem os aspectos genéticos e neurocognitivos do TEA, com a finalidade de contribuir melhor com o perfil e com procedimentos de avaliação e reabilitação. O artigo parte do princípio que existem *déficits* e sintomas clínicos no autismo que interferem no processamento de informações nos domínios social, não-social e linguagem. Seriam estes *déficits* o que constituiria uma limitação das habilidades intelectuais desses indivíduos. O artigo cita estudos envolvendo “Genome Wide Association” (GWAS), os quais têm apontado para o envolvimento de fatores genéticos complexos além dos estudos que apontam para a ligação da genética com a epigenética. O artigo conclui considerando que a DI é o transtorno de co-ocorrência mais comum com TEA e um forte preditor do que os autores nomeiam como mau prognóstico. Logo, evidências sobre marcadores genéticos, o perfil cognitivo e suas consequências tornam-se fundamentais para avanços nos procedimentos de diagnóstico e intervenção.

O trabalho de Campos e Fernandes (2016), *Perfil escolar e as habilidades cognitivas e de linguagem de crianças e adolescentes do espectro do autismo*, tem como objetivo analisar a correlação entre tempo de permanência semanal na escola, e o desempenho de crianças com TEA em teste de inteligência não verbal e em habilidades comunicativas e de comportamento. Logo na introdução, os autores mencionam alguns países que consideram o autismo enquanto uma deficiência. O autismo é visto como uma deficiência em países europeus desde 1996 e nos Estados Unidos desde 1990, ao ser inserido no Estatuto de Educação dos indivíduos com deficiência (IDEA), no qual eram assegurados os serviços de intervenção, educação especial e outros serviços relacionados nos Estados e agências públicas dos Estados Unidos. Em 2012, no Brasil, foi promulgada a Lei nº 12.764, instituindo a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa Com Transtorno do Espectro Autista que considera a pessoa com TEA como deficiente para todos os efeitos legais. No estudo de Campos e Fernandes (2016), participaram 44 crianças com idade entre seis e 12 anos, de ambos os gêneros, matriculados em escola, e diagnosticados com TEA segundo os critérios do DSM-IV. Os resultados indicaram que crianças com melhores resultados em inteligência não verbal e melhores habilidades de comunicação e comportamento tendem a permanecer mais tempo na escola por semana. Os autores interpretam a partir de alguns estudos que o sistema educacional ainda não oferece o serviço adequado para educar e ensinar as crianças com TEA, sobretudo pela formação insuficiente dos educadores e pela falta de informações sobre o quadro. E isso pode ser um fator importante para que a criança com TEA permaneça mais tempo na escola, e para que realizem atividades importantes para o seu desenvolvimento.

O acento no *déficit* cognitivo e sua relação com o diagnóstico do autismo também pode ser constatado no artigo “*As Relações entre Autismo, Comportamento Social e Função Executiva*”, de Bosa (2001), que tem como objetivo discutir o papel do lobo frontal nos comportamentos que caracterizam a síndrome do autismo. O artigo pretende indicar possíveis relações entre função executiva, teoria da mente e habilidade de atenção compartilhada. Após uma revisão bibliográfica de artigos que mencionam tal relação, Bosa conclui que, apesar da investigação sobre a hipótese de comprometimento da função executiva como *déficit* subjacente ao autismo ser uma área promissora, muitas questões ainda permanecem abertas, e alguns estudos revelam inconsistências quanto à especificidade deste comprometimento na área de autismo. Destaca-se a necessidade de mais investigações e a importância de compreender essa possível relação em um contexto interativo, considerando aspectos psicossociais como possíveis mediadores das funções cerebrais.

Em 2002, Bosa escreve o artigo *Atenção Compartilhada e Identificação Precoce do Autismo*, com o objetivo de discutir sobre o desenvolvimento da habilidade de atenção compartilhada e suas implicações para a identificação precoce do autismo. O método utilizado foi a revisão da literatura com artigos que utilizam as teorias do desenvolvimento e em evidências empíricas. A revisão da literatura não permitiu apresentar evidências sobre o potencial preditivo do comportamento de atenção compartilhada como indicador precoce do autismo. As discussões sobre atenção compartilhada, embora extensas, carecem de bases epistemológicas. Ao tentar compreender o desenvolvimento da habilidade de atenção compartilhada, e a articulação com os conceitos de intencionalidade e comunicação com estudos longitudinais da área sociocognitiva, Bosa conclui que o próprio termo cognitivo presta-se a inúmeras confusões. Quando abordou-se as evidências e inconsistências dos achados sobre os indicadores precoces de autismo, Bosa observa que as informações sobre o desenvolvimento inicial de bebês, mais tarde diagnosticados como autistas, têm sido controversas.

A busca por sinais precoces do autismo aparece também no artigo “*Associações entre Sinais Precoces de Autismo, Atenção Compartilhada e Atrasos no Desenvolvimento Infantil*”, dos autores Zaqueu, Teixeira, Carvalho e Paula (2015). O artigo teve como objetivo buscar associações entre sinais precoces dos TEA, falhas na atenção compartilhada e atrasos de desenvolvimento. Participaram do estudo 92 crianças entre 16 e 24 meses, matriculadas em creches públicas. Os Instrumentos utilizados foram Development Screening Test–DENVER-II (desenvolvimento neuropsicomotor), Modified Checklist for Autism in Toddlers–M-CHAT (sinais precoces de TEA), Pictorial Infant Communication Scales–PICS (comunicação social). Todos os instrumentos usados são de rastreamento e portanto não permitem fechar diagnósticos. Os resultados indicam 28,3% de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, cinco crianças com sinais precoces dos TEA e todas falharam nas provas de Comunicação Social. A área de desenvolvimento que mostrou maiores prejuízos foi a da linguagem (54,48%), seguida da área pessoal-social (17,97%), da motora fina adaptativa (14,74%) e da motora grossa (12,81%). Foram encontradas associações entre o atraso de desenvolvimento neuropsicomotor e sinais precoces de TEA, com as variáveis prematuridade e falta de acompanhamento pré-natal. Entre as crianças com sinais sugestivos de TEA os maiores *déficits* foram observados nos indicadores de AC, especificamente relacionados ao gesto de apontar para chamar a atenção, mostrar um objeto/evento e solicitar ajuda para pegar um objeto. Apontou-se que as informações sobre o desenvolvimento inicial de bebês, mais tarde

diagnosticados como “autistas”, têm sido controversas. Alguns estudos demonstraram que esses bebês tendem a apresentar menor frequência de contato olho-a-olho, sorriso e orientação para a face, durante interações iniciais com suas mães. Há também evidências de menor frequência do balbucio ou de resposta ao ser chamado pelo nome, em comparação aos bebês de grupos de controle, observados no final do primeiro semestre. Entretanto, outras pesquisas falharam em produzir qualquer evidência de comprometimento nos primeiros meses, seja utilizando a observação de vídeos domésticos ou informações dadas pelos pais.

No artigo “*A relação entre regressão da linguagem e desenvolvimento socio comunicativo de crianças com transtorno do espectro do autismo*”, Bosa, Backes e Zanon (2013) pesquisaram a correspondência entre a regressão da linguagem e o desenvolvimento socio comunicativo posterior de crianças pré-escolares diagnosticadas com TEA. Logo na introdução os autores escrevem sobre a presença de *déficits* e atrasos no desenvolvimento em crianças diagnosticadas com TEA. Participaram do estudo 30 crianças diagnosticadas com TEA, divididas em dois grupos. O primeiro grupo com seis crianças foi formado com crianças que apresentavam regressão da linguagem, e o segundo grupo com 26 crianças que não apresentaram regressão da linguagem. A regressão da linguagem foi avaliada com base na Autism Diagnostic Interview-Revised e o desenvolvimento socio comunicativo a partir do Autism Diagnostic Observation. Em relação ao desenvolvimento socio comunicativo não foram percebidas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Portanto, os resultados da pesquisa não confirmam a relação entre a ocorrência de regressão da linguagem e o comprometimento do desenvolvimento socio comunicativo de crianças com TEA. Os autores indicam que pesquisas futuras devem envolver amostras mais expressivas, além de estudos longitudinais. Observam ainda a importância dos estudos de casos para se compreender o contexto da perda da linguagem nas famílias. E sugerem a relação desses achados com as teorias do desenvolvimento da linguagem.

O artigo “*Déficit de imitação e autismo: uma revisão*”, dos autores Timo, Maia e Ribeiro (2011), tem como objetivo revisar na literatura internacional as principais pesquisas que investigaram a presença de um *déficit* de imitação no autismo e seu possível papel determinante no surgimento desse transtorno. A partir de pesquisas anteriores sobre a relação entre imitação precoce e o estabelecimento das relações sociais precoces, alguns estudos indicavam a relação entre *déficits* de imitação apresentados pelos autistas e os *déficits* nas interações sociais que esses sujeitos apresentam. Para alcançar tal objetivo, realizaram uma

pesquisa bibliográfica. O estudo mostrou que desde o surgimento do diagnóstico até o momento de publicação do artigo, o *déficit* imitativo continua sendo considerado na literatura o núcleo da síndrome autista e o fator determinante para os *déficits* sociais presentes no autismo. Os autores ainda relatam que há um esforço para incluir a imitação como um objetivo das propostas de intervenções atuais, visto que a imitação pode ser uma ponte para a interação com o autista. Os pesquisadores argumentam que a imitação seria uma maneira de melhorar habilidades sociais dos autistas, e por isso seria necessário desenvolver tratamentos para que a imitação possa acontecer de maneira suportável para o autista.

O artigo “*A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo: uma abordagem desenvolvimentista do autismo*”, de Lampreia (2007), tem como objetivo analisar alguns programas de intervenção precoce que seguem a perspectiva desenvolvimentista. O artigo apresenta cinco áreas consideradas fundamentais pelos diferentes programas que seguem essa orientação: comunicação não verbal, imitação, processamento sensorial, jogo com pares e família. A análise dos programas levou a algumas conclusões e uma delas diz respeito à relevância desses programas porque abarcam diferentes áreas deficitárias da criança autista, e não se restringem ao treinamento. Esses programas devem ser altamente individualizados e, em termos mais gerais, devem ter como foco o aumento das habilidades comunicativas e sociais. Programas que visam promover habilidades sociais, com inclusão de comportamentos comunicativos, apresentam um aumento das iniciativas de comunicação e sua eficácia é considerada muito boa. A avaliação de programas na área social mostra que os mais bem-sucedidos são aqueles que utilizam pares como parceiros de jogos. Na área sensorial, os resultados parecem ser menos significativos por não haver evidência empírica para avaliar a eficácia de intervenções sensoriais e motoras em autistas. Em resumo, o artigo conclui que a intervenção precoce no autismo apresenta alguns dados positivos quanto à sua eficácia, muito embora o próprio autor destaque que os artigos revistos apresentam os programas sem relatar os dados de sua eficácia. E observa que há uma grande heterogeneidade de perfis apresentados nos estudos, o que implica que as expectativas de tratamento não podem ser idênticas.

Nos estudos acima constatamos as consequências da aproximação histórica entre os quadros de deficiência intelectual e autismo. A primeira é a realização de estudos realizados com crianças diagnosticadas com DI e TEA e os dados das pesquisas não consideram as diferenças entre os dois quadros no tratamento dos resultados. A segunda é tomar como princípio que o quadro do autismo inclui uma deficiência intelectual, e acentuar a relação do

quadro do autismo com uma série de *déficits* cognitivos como na linguagem, comunicação não verbal, na atenção compartilhada, na imitação, no processamento sensorial, nas habilidades sociais. Assim, com o foco no *déficit* cognitivo e sua relação com o diagnóstico do autismo perde-se a preocupação com a expressão da subjetividade da criança.

Consideramos que a ampla aderência aos textos dos DSM tem contribuído para afastar das pesquisas as perguntas sobre o sujeito autista. Durante a escrita do presente trabalho nos deparamos com a hipótese de que as dificuldades no campo social podem interferir na aprendizagem do autista, porém nesses artigos os autores fazem o caminho oposto e colocam o *déficit* em primeira instância ao escrever que eles afetam os domínios sociais. Por outro lado, a perspectiva desenvolvimentista contribui para uma tentativa de identificar estes *déficits* cada vez mais cedo, bem como surgem programas de intervenção. O foco no desenvolvimento e em buscar respostas para os transtornos através do desenvolvimento infantil está diretamente ligado ao olhar da psiquiatria do desenvolvimento que se faz presente no DSM 5, manual que é utilizado pelos pesquisadores que vimos ao longo deste item.

Estudos mais críticos como os de Bosa (2002) e Lampreia (2007) destacam falhas nas evidências e inconsistências dos achados sobre os indicadores precoces de autismo e nos programas de intervenção precoce. A preocupação com a correção de comportamentos e as características psicoeducativas de tratamento observadas nos artigos, com a finalidade de ajustar comportamentos através de processos educativos nos remete à Itard, que trouxe como proposta de tratamento para Victor, uma reeducação. E como já mencionado, no século XIX Itard contribuiu para a aproximação da medicina com o campo da educação. Nestes artigos parece que ainda há herança dessa abordagem psicoeducativa, com ênfase no treinamento e desenvolvimento de habilidades consideradas deficitárias nos sujeitos diagnosticados com TEA.

4.2 Questões sobre o cenário político atual no campo do autismo

O primeiro artigo “*Tratar e educar o autismo: cenário político atual – entrevista com Pierre Delion*”, dos autores Kupfer e Voltolini (2017), teve como objetivo apontar elementos fundamentais para compreender o autismo e o trabalho com ele, partindo de uma experiência consolidada por meio de pesquisas e de trabalho diário em instituição, sem sucumbir às polêmicas ideológicas que disputam campos a partir de posições previamente estabelecidas. O artigo foi escrito através de uma entrevista com Pierre Delion, professor, médico e

psicanalista francês. Logo na introdução o texto aborda uma deliberação do governo paulista que limitava o trabalho institucional com crianças autistas através do método cognitivo comportamental. Um ponto importante da entrevista é a constatação de que há uma tendência do meio pedagógico em direção à lógica médico-psicológica, e a entrevista acompanha as reflexões do médico francês que faz o caminho inverso e sublinha a importância de não se perder de vista o caráter educativo na abordagem com essas crianças. Ou seja, o artigo mostra que as áreas da educação e saúde podem caminhar uma em direção à outra, e que o campo educacional, ao nosso ver, não deveria ir em direção à lógica médica sem perder de vista as suas próprias contribuições para o trabalho educativo a ser construído para tais sujeitos. Delion conclui que devido à complexidade do autismo, ele não deve estar apenas no âmbito médico, e por isso deve-se aproximar o campo educacional desta temática.

O artigo “*Um Estudo Descritivo do Funcionamento Psíquico de uma Autista*”, de Bialer (2017), teve como objetivo aprofundar o conhecimento científico acerca do funcionamento psíquico no autismo. A análise proposta foi qualitativa de livros autobiográficos pois estes evidenciam, segundo a autora, como os autistas que manifestaram um quadro sintomatológico severo na infância, saíram do quadro de autismo clássico, e puderam se tornar falantes e se desenvolver em todas as áreas. O artigo fez uma análise de autobiografias de pais de autistas e se aprofundou nos relatos de uma família, denominada por eles de família Clark. A autora escreve que em todos os livros percebeu que os pais se esforçam em tornar pequenas atividades em terapêuticas/educativas. Essas atividades necessitam de esforço e persistência para alcançar o objetivo de chamar a atenção das crianças autistas para o mundo externo. O artigo parte das primeiras manifestações sintomáticas e das estratégias interventivas familiares para forçar a criança a sair do isolamento. Como exemplo de uma dessas tentativas é escrito que a mãe oferecia sua mão para que a filha realizasse algumas atividades de cuidados pessoais, e após um certo tempo passou a fazer movimentos espelhados para que a filha autista realizasse essas atividades. O registro minucioso das dificuldades da criança em relação a área da linguagem, do comportamento e da compreensão social levaram a família a inferir a lógica do funcionamento psíquico da criança. A autora conclui que foi possível observar um trabalho de sistematização clínica parecido com os textos de Kanner, porque os escritos são equivalentes a uma monografia clínica minuciosa, e ressalta a importância das biografias. O que observamos neste trabalho é a ênfase nas intervenções familiares para a saída do quadro severo do autismo e a indicação da existência de uma polarização no tratamento do autismo, no qual diversos pais e associações de pais de

autistas manifestam suas críticas em relação aos especialistas da área de Psicologia por não se interessarem pelo que os pais têm a contribuir acerca do funcionamento psíquico autista.

O artigo *"Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação"*, de Oliveira, Feldman, Couto e Lima (2017), tem como objetivo analisar as divergências apresentadas pelas partes interessadas no processo atual de formulação da política pública para o autismo no Brasil. Para alcançar tal objetivo, os autores abordam duas Cartilhas institucionais sobre a assistência ao autismo no Sistema Único de Saúde (SUS). As duas cartilhas foram lançadas pelo Ministério da Saúde no ano de 2013. De acordo com os autores, as cartilhas surgiram em um grupo de trabalho (GT) organizado pelo Ministério da Saúde em 2011. O objetivo do GT era a formulação de um documento que pudesse orientar na qualidade da atenção à pessoa autista. Porém, foi difícil superar os pontos de discordância entre os participantes, composto por profissionais da saúde, familiares, gestores, universitários e outros. A cartilha "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)" comprehende o transtorno como pertencente ao campo das deficiências, e assim a proposta de tratamento ocorre através da reabilitação, visando o desenvolvimento. Já a cartilha "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde" comprehende o autismo enquanto transtorno mental e, por consequência, o coloca no campo de cuidados da atenção psicossocial. A cartilha possui em sua diretriz para o cuidado uma ampliação dos laços sociais, e um conjunto de técnicas e métodos clínicos. Os autores concluem que é possível inferir que a discordância alcance o campo político, em disputas pelas formas como o Estado brasileiro irá se posicionar com as instituições, através de financiamentos e cursos de formações, por exemplo. Mas os autores escrevem que a opção tomada pelo Ministério da Saúde de publicar duas cartilhas diferentes e oficiais, talvez tenha consistido em uma tentativa de abarcar os dois grupos na esfera da política pública, legitimando-os. Porém, afirmam que a publicação das cartilhas parece ter contribuído para a materialização da discordância, sem superar o conflito.

O artigo *"Atenção psicossocial a crianças e adolescentes com autismo nos CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro"*, de Lima, Couto, Solis, Oliveira e Delgado (2017), tem como objetivo apresentar e discutir dados referentes ao perfil psicossocial e projetos terapêuticos para usuários com autismo e seus familiares, em Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) situados na região metropolitana do Rio de Janeiro. A metodologia

escolhida foi um estudo descritivo, baseado em dados quantitativos, e contemplou 14 CAPSs. No artigo, os autores apontaram que há falta de informações sistematizadas sobre o tratamento oferecido para autistas nessas instituições. Notaram também que o tratamento se inicia tarde devido à falta de iniciativas de detecção precoce. Esse estudo ainda nos traz mais três dados interessantes. O primeiro dado fala sobre o número de autistas na região ser maior dos atendidos nos CAPSs, o que indica uma provável ida dessas crianças não atendidas pelo SUS, para serviços privados. O segundo dado indica que quanto mais cedo a intervenção acontecer, maiores resultados ocorrerão ao longo do tratamento. E o terceiro, fala sobre a predominância de atendimentos clínicos tradicionais, em comparação às estratégias de ampliações que envolvam outros agentes, como por exemplo, as famílias. Não há informações sobre o foco dos atendimentos, ou abordagens dos tratamentos. Os autores concluem que há poucas informações sobre as estratégias para o tratamento dos autistas, indicam a necessidade de produção de dados qualificados que auxiliem avaliações coletivas para melhoria da assistência, e escrevem que é urgente o esforço do campo da saúde mental no SUS para o aperfeiçoar as informações geradas pelos CAPSs, que precisam ser incorporadas à rotina dessas instituições como forma de qualificação da atenção e não apenas uma medida burocrática.

Cada artigo desta seção nos remete às polêmicas que cercam o cenário político atual no campo do autismo: a tentativa de um domínio do discurso médico sobre o autismo e por consequência uma desqualificação de outros discursos como o discurso pedagógico, e uma tendência do meio pedagógico ir em direção à lógica médico-psicológica; o papel dos familiares no trabalho com os autistas e mesmo o protagonismo que algumas associações de pais estão tendo na sugestão de algumas políticas públicas; os embates e divergências pelas partes interessadas no processo de formulação de políticas públicas; a reivindicação de que para fomentar políticas públicas e melhorias no campo da assistência torna-se urgente e necessário que os equipamentos produzam dados qualificados sobre as estratégias para o tratamento dos autistas. Sobre a primeira questão apresentada, compreendemos que há uma tendência do campo educacional em endereçar o saber sobre a educação de autistas para o campo médico, o que nos lembra que historicamente os médicos tentaram desenvolver métodos educativos tal como fez Itard. Entendemos que o campo educacional e o da saúde podem caminhar juntos, mas para tal essa direção à lógica médica não deveria ocorrer de modo que as contribuições do campo da educação sejam desvalorizadas. É preciso ressaltar

que ao falar do campo educacional, não nos referimos às práticas psicoeducativas de correção de comportamentos.

O trabalho que destaca as contribuições de intervenções familiares justifica que os pais de autistas não se sentem realmente escutados por especialistas da área de Psicologia, e esta é uma temática bastante atual e apresentamos outros trabalhos que também ressaltam a importância dos pais em programas de intervenção precoce, através do ensino de técnicas de terapia e grupos de pais, como mostra o artigo de Lampreia (2007) ou nos projetos terapêuticos dentro dos Capsis como observam Lima, Couto, Solis, Oliveira e Delgado (2017). Com as biografias dos pais e as divergências nas formulações de políticas públicas evidencia-se a diversidade de olhares possíveis para o autismo. Apostava-se no presente trabalho que a produção de dados qualificados vai na contramão de uma política de diagnósticos burocratizados baseados numa lista de itens ou sintomas, o que pode contribuir para o resgate do sujeito e a construção de saber sobre o autista, não apenas sobre o autismo.

5. Considerações finais

O objetivo do presente trabalho foi realizar uma análise da história do diagnóstico do autismo e sua aproximação com o diagnóstico da Deficiência Intelectual. Buscamos através da análise histórica verificar os efeitos das relações entre o campo da psiquiatria, da educação e de concepções que marcam o século XX sobre o autismo para uma compreensão dos debates que cercam o diagnóstico do autismo. A psiquiatria infantil conquistou sua autonomia frente à psiquiatria dos adultos na década de 1930, mas desde o início de sua formulação o olhar para a infância possuía uma visão educativa, como vimos por exemplo com as propostas pedagógicas de Itard. O que marcava o discurso psiquiátrico sobre a infância é que a criança não enlouqueceria, mas poderia vir a ter *déficits* intelectuais. Griesinger foi um defensor desse discurso, pois para ele o “eu” precisa de tempo para se constituir e a loucura precisaria de um processo, de um tempo para se manifestar”, logo a loucura na infância tornava-se impensável. Tais ideias corroboram a hipótese formulada por autores como Rocha Miranda (1999), a de que a relação histórica entre a psicopatologia da infância e a deficiência intelectual ocorre porque existe uma resistência dos adultos em admitir que uma criança pode enlouquecer. Nem a passagem do tempo nem as mudanças sociais foram capazes de alterar a relação entre a infância e a educação, de tal modo que os discursos psiquiátricos atuais ainda mantêm a aproximação entre o adoecimento mental das crianças e o campo educacional. Se a criança adoece é porque ela não está educada.

Desde que o diagnóstico de “autismo infantil precoce” foi estabelecido por Kanner e atualizado por outros pesquisadores no decorrer de sua história, até chegarmos à definição de Transtorno do espectro autista no DSM 5, o que designamos de autismo possuiu descrições que se preocupam com a falta, com o atraso, com a dificuldade para se relacionar, a dificuldade com a linguagem. Com Kanner há o reconhecimento do adoecimento psíquico desde a primeira infância na psiquiatria. Na leitura dos relatos de casos clínicos destacamos o quanto a descrição de certos comportamentos das crianças, como o uso que fazem dos objetos, ou suas relações com os cuidadores, podem favorecer questionamentos a respeito da capacidade de aprendizagem destas crianças.

A descrição do DSM 5 sobre o diagnóstico de TEA e a de D.I. mantém algumas aproximações entre os dois diagnósticos. Além dos dois diagnósticos fazerem parte do mesmo grupo de *Transtornos Neurocognitivos do Desenvolvimento*, e o Manual indicar a necessidade de uma avaliação minuciosa para o diagnóstico diferencial entre TEA e D.I., o Manual

assinala a alta incidência de comorbidades entre os dois Transtornos. Consideramos que a busca da APA por um manual descritivo sobre entidades clínicas a partir das estatísticas é efeito da visão da psiquiatria biológica e da psiquiatria do desenvolvimento. A escrita de um manual de diagnósticos pautada pelas estatísticas retira o olhar clínico para a particularidade do sofrimento psíquico, e pode ter contribuído para que essa visão do autismo enquanto *déficit* permaneça.

Ao longo deste trabalho formulamos um questionamento sobre o que está estabelecido da relação entre as dificuldades sociais dos autistas e a interferência destas dificuldades na sua escolarização. Argumento que pode conduzir a uma ideia de que o quadro do autismo inclua uma deficiência intelectual, e acentua a relação do quadro do autismo com um rol de *déficits*. Com o levantamento dessa questão não ignoramos que há dificuldades no desenvolvimento dos autistas, mas sim que há um acento no *déficit*, como se essa fosse a única questão do autismo.

As descrições do quadro do autismo provocam, na atualidade, discussões sobre o tema. Diferentes abordagens discutem sua etiologia e manifestações. Apesar de haver outros modelos para a compreensão do autismo, o modelo que parece ter maior divulgação é o modelo cognitivista, desenvolvimentista, que descreve o autismo a partir de um conjunto de *déficits*. Ou seja, uma breve revisão da literatura confirma o acento nos *déficits*. Dividimos os resultados encontrados nessa breve revisão em dois tópicos: o primeiro conjunto traz referências tanto ao diagnóstico de autismo quanto à deficiência intelectual e tratamento aplicado a autistas, o segundo conjunto traz embates políticos sobre os saberes em relação ao autismo. A discrepância dos números de artigos encontrados em cada tema, nos mostra também que o autismo enquanto *déficit* tem maior divulgação, se comparado a outras perspectivas. Acreditamos que a visão do autismo enquanto *déficit*, ou um transtorno próximo a deficiência intelectual que atinge o desenvolvimento, contribui para métodos terapêuticos pedagógicos/educacionais, que evidencia ainda uma certa proximidade com os pensamentos de Itard, devido suas preocupações com o comportamento e algumas funções intelectuais.

Porém, nos perguntamos sobre o sujeito autista, e como ele é considerado dentro desse contexto de sintomas, prescrições e estratégias educacionais. Ao autista parece ser dada a posição de objeto de estudos, reabilitações e tratamentos, o que não deixa de ser importante para que a construção de conhecimento científico possa melhorar a qualidade de vida dos autistas. Mas é preciso também levantar mais estudos que tragam o sujeito autista para o foco

e sua subjetividade, e assim pensar quais outras formas de tratamentos podem ser possíveis para lidar com o sujeito autista, suas particularidades, angústias, sofrimentos e vontades frente a vida. Mais uma vez observamos que algumas habilidades cognitivas são o foco dos estudos, e a subjetividade é posta de lado. No decorrer da análise que realizamos dos estudos foi possível notar o quanto os autores salientam a doença, os sintomas, os possíveis atrasos de desenvolvimento, mas deixam o doente entre parênteses.

Apesar dos resultados terem mostrado que o autismo enquanto *déficit* não é o único caminho, o objetivo deste trabalho não foi apontar outras possibilidades, o que pode ter interferido nos resultados dos números de artigos sobre esse tema. Entendemos que esse é um tema interessante para pesquisas futuras. Explorar as bibliografias escritas pelos próprios autistas e pais de autistas, buscar entender o movimento de pais e profissionais que evocam o sujeito autista podem ser caminhos norteadores importantes. E assim também entendemos a necessidade de abranger outros descritores na pesquisa sobre artigos científicos atuais, ao realizar pesquisas futuras. Outro caminho interessante é ampliar a pesquisa a partir da história da Deficiência Intelectual e entender os caminhos seguidos por esse diagnóstico até sua compreensão atual pelo campo da saúde mental.

Outra possibilidade para estudos futuros tem relação com reflexões que surgiram enquanto escrevíamos este trabalho: As comparações do desenvolvimento entre uma pessoa autista e uma pessoa não autista. Se a construção psíquica ocorre de formas diferentes entre esses casos, não seria o momento de pensar sobre o desenvolvimento típico autístico? Se os métodos educacionais precisam se adequar aos autistas, por que os autistas precisam se adequar ao desenvolvimento típico não autista? O desenvolvimento considerado adequado é descrito através de uma perspectiva que considera crianças sem autismo, e porque há a insistência de manter crianças autistas dentro desse mesmo parâmetro? A necessidade de aproximar o desenvolvimento da criança autista com a criança não autista, contribui para a anulação da subjetividade e priorização de métodos educacionais. Observamos que essa reflexão não é uma maneira de indicar um desenvolvimento autista, pois não é uma relação de poder ou superioridade/inferioridade, mas sim uma tentativa de manter a diferença, de admitir que são dois grupos diferentes de indivíduos, e que talvez seja o momento de avaliar se os desenvolvimentos ocorrem apenas em tempos e formas diferentes, não como atrasos. Pois isso pode, mesmo que sem intenção, através do não dito, causar uma relação do que é considerado bom ou ruim, no qual o desenvolvimento do autista precisa estar o mais próximo possível do

não autista para ser considerado bom para a comunidade na qual ele está inserido. Essa também não deve ser uma desculpa para desassistir e não buscar o cuidado e a assistência de autistas, pois entendemos a importância dos estímulos educacionais e outros que possam trazer benefícios, não os negamos. Mas esse é um argumento para pensarmos que o desenvolvimento de habilidades comuns a pessoas não autistas não deve ser a única ou a principal forma de lidar com esses casos, a ponto de correr o risco de excluir essas pessoas de suas condições de sujeitos.

Referências bibliográficas

- Abrão, J. L. F. (2020). Os primórdios da Psiquiatria Infantil e seus reflexos no Brasil. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, (v.37). <https://doi.org/10.35699/1676-1669.2020.14698>
- Aguiar, M. P. (2015). Ascensão e consolidação da psiquiatria biológica norte-americana: uma análise histórica. *Mnemosine*, 11(1).
- Aguiar, M. P., & Ortega, F. J. G. (2017). Psiquiatria biológica e psicofarmacologia: a formação de uma rede tecnocientífica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27. 889-910. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400003>
- Asperger H. (1991) 'Autistic Psychopathy' in childhood. In: Frith U. *Autism and Asperger Syndrome*; (pp. 37-62). Cambridge: Cambridge University Press; 1944/1991. (Texto original publicado em 1944) <https://doi.org/10.1017/CBO9780511526770.002>
- American Psychiatric Association, & Committee on Nomenclature and Statistics. (1952). *Diagnostic and statistical manual: mental disorders*.
- American Psychiatric Association (1968) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM* (2 ed).
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM* (4 ed).
- American Psychiatric Association (2002) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM* (4 ed – Texto Revisado) Artes Médicas (2002).
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5 ed.) Artmed Editora.
- Azevedo, F. C. (2006). *A construção do lugar do analista na direção do tratamento com autistas na psicanálise*. [Tese de doutorado, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro].
- Belo, C., Caridade, H., Cabral, L., & Sousa, R. (2008). Deficiência intelectual: terminologia e conceptualização. *Revista Diversidades*, 22(6), 4-8.

Bettelheim, B. (1987). *A fortaleza vazia*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1967).

Bercherie, Paul (1989). Os fundamentos da clínica: *história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Bercherie, P. (2000). A clínica psiquiátrica da infância: estudo histórico. IN O. Cirino, *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica.

Benitez, P., & Domeniconi, C. (2018). Atuação do psicólogo na inclusão escolar de estudantes com autismo e deficiência intelectual. *Psicologia Escolar e Educacional*, 22, 163-172. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-35392018013926>

Bezerra, M. F., & Martins, P. C. R. (2015). A concepção de deficiência intelectual ao longo da história. *Interfaces da Educação*, 1(3), 73-83. <https://doi.org/10.26514/inter.v1i3.617>

Bialer, M. (2017). Un Estudio Descriptivo del funcionamiento psíquico de una autista. *Psicología: Ciência e Profissão*, 37, 1025-1036.

Bosa, C., & Callias, M. (2000). Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia: reflexão e crítica*, 13, 167-177. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722000000100017>

Bosa, C. A. (2001). As relações entre autismo, comportamento social e função executiva. *Psicologia: reflexão e crítica*, 14, 281-287. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722001000200004>

Bosa, C. (2002). Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15, 77-88. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100010>

Bosa, C. A., Backes, B., & Zanon, R. B. (2013). A relação entre regressão da linguagem e desenvolvimento sociocomunicativo de crianças com transtorno do espectro do autismo. In *CoDAS* (Vol. 25, pp. 268-273). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.

Burkle, T. D. S., & Martins, A. (2009). *Uma reflexão crítica sobre as edições do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais-DSM* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.

Campos, L. K. D., & Fernandes, F. D. M. (2016). Perfil escolar e as habilidades cognitivas e de linguagem de crianças e adolescentes do espectro do autismo. In *CoDAS* (Vol. 28, pp. 234-243). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162015023>

Caponi, S. (2011). A hereditariedade mórbida: de Kraepelin aos neokraepelinianos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21, 833-852. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300004>

Catão, I., & Vivès, J. M. (2011). Sobre a escolha do sujeito autista: voz e autismo. *Estudos de Psicanálise*, (36), 83-92.

Cirino, O. (2015). *Genealogia da psiquiatria da infância. Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência*, 1, 19-40. Escuta.

Cordeiro, A. F. M., & Antunes, M. A. M. (2010). A ação pedagógica de Itard na educação de Victor, o “selvagem de Aveyron”: contribuição à história da psicologia. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 18, 37-49.

Costa, J. F. (2004). O uso perverso da imagem corporal. *Cadernos de Psicanálise do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro: os sentidos do corpo*, 17, 91-108.

de Carvalho, E. N. S., & Maciel, D. M. M. D. A. (2003). Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation-AAMR: sistema 2002. *Temas em Psicologia*, 11(2), 147-156.

de Freitas, P. M., Nishiyama, P. B., Ribeiro, D. O., & de Freitas, L. M. (2016). Deficiência Intelectual e o transtorno do espectro autista: fatores genéticos e neurocognitivos. *Pedagogia em Ação*, 8(2).

dos Anjos Pereira, T. M., & Galuch, M. T. B. (2012). O garoto selvagem: a importância das relações sociais e da educação no processo de desenvolvimento humano. *Perspectiva*, 30(2), 553-571. <https://doi.org/10.5007/2175-795X.2012v30n2p553>

do Nascimento, M. L., Coimbra, C. M. B., & Lobo, L. F. (2012). Anotações iniciais sobre a psiquiatria do desenvolvimento: "é de pequeno que se torce o pepino". *Revista Psicologia Política*, 12(23), 87-103.

Dunker, C. I. L., & Kyrillos Neto, F. (2011). A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latinoamericana de*

Ferreira, J. A., & Abrão, J. L. F. (2014). O sistema de encapsulamento: a evolução dos conceitos de formas e objetos autísticos na obra de Frances Tustin. *Estilos da Clínica*, 19(3), 398-413. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v19i3p398-413>

Ferreira, T., & Vorcaro, A. (2017). *O tratamento psicanalítico de crianças autistas: Diálogo com múltiplas experiências*. Autêntica.

Freud, S. (2011). A perda da realidade na neurose e na psicose In *Obras completas volume 16o Eu e o Id, "Autobiografía" e outros textos (1923-1925)* (pp.193-199). Schwarcz s.a (Trabalho original publicado em 1924).

Freud, S. (2019). *Esboço de psicanálise*. Cienbook. (Trabalho original publicado em 1938).

Foucault, M. (2006) Aula de 16 de Janeiro de 1974. IN: O poder psiquiátrico: curso dado no Collége de France. São Paulo: Martins Fontes (Obra original publicada em 1974).

Gadia, C. A., Tuchman, R., & Rotta, N. T. (2004). Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *Jornal de pediatria*, 80, 83-94. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300011>

Galvão, M. C. B. (2010). O levantamento bibliográfico e a pesquisa científica. *Fundamentos de epidemiologia*. 2ed. A, 398, 1-377.

Gill, D. (2013). Um olhar fenomenológico acerca da história de victor de aveyron. *Fenomenologia e Psicologia*, 107-122. <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/fenomenolpsicol/article/view/1346> Acessado em 23 de maio de 2021.

Goldberg, K. (2005). Autismo: uma perspectiva histórico-evolutiva. *Revista de Ciências Humanas*, 6(6), 181-196.

Gonçalves, J. & Peixoto, M. A. (2001). O menino selvagem: estudo do caso de uma criança selvagem retratado no filme “O menino selvagem” de François Truffaut. *São Paulo*.

Hallberg, Sílvia Cristina Marceliano, & Bandeira, Denise Ruschel. (2021). Para Além do QI: Avaliação do Comportamento Adaptativo na Deficiência Intelectual. *Avaliação Psicológica*, 20(3), 361-368

Kanner, L. (1997). Os distúrbios autísticos do contato afetivo. *Autismos. São Paulo: Escuta*, 111-170.

Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28, 3-11. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000500002>

Kupfer, M. C. M., & Voltolini, R. (2017). Tratar e educar o autismo: cenário político atual—entrevista com Pierre Delion. *Educação e Pesquisa*, 43, 915-930. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022017430300201>

Lampreia, C. (2007). A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24, 105-114. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100012>

Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. (2012). Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12764.htm Acesso em: 05 de abril de 2021.

Lima, R. C., Couto, M. C. V., Solis, F. P., Oliveira, B. D. C. D., & Delgado, P. G. G. (2017). Atenção psicossocial a crianças e adolescentes com autismo nos CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Saúde e Sociedade*, 26, 196-207. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168443>

Mahler, M. S. (1952). On child psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychoses. *The psychoanalytic study of the child*, 7(1), 286-305.

Mahler, M. S. (1958). Autism and symbiosis, two extreme disturbances of identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 77-82.

Maleval, J.C. (2009). *O autista e a sua voz*. Trad. P. S. de Souza Jr.. São Paulo: Blucher, 2017.

Marfinati, A. C., & Abrão, J. L. F. (2014). Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. *Estilos da clínica*, 19(2), 244-262. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v19i2p244-262>

Mas, N. A. (2018). *Transtorno do espectro autista-história da construção de um diagnóstico* (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo).

Melão Jr, H. Introdução aos “testes de QI”. *Sigma Society*. Acessado em 12 de junho de 2020.

Mendonça, L. D., Rodrigues, O. M. P. R., & Capellini, V. L. M. F. (2018). WISC-III: Instrumento para Confirmação de Altas Habilidades/Superdotação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38, 50-62. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001062017>

Miranda, E. D. R. (1999). Uma esquizofrenia precocemente desencadeada. *Autismo e Esquizofrenia na clínica da esquizofrenia*.

Morel, C. (1853). *Études cliniques: traité théorique et pratique des maladies mentales considérées dans leur nature, leur traitement, et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés* (Vol. 2). Grimblot.

Oliveira, S. (2012). Política, psiquiatria do desenvolvimento e resiliência: novos arranjos epidemiológicos primeiras anotações. *ENCONTRO ESTADUAL DE HISTÓRIA*, 21.

Oliveira, B. D. C. D., Feldman, C., Couto, M. C. V., & Lima, R. C. (2017). Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27, 707-726. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300017>

Ortega, F. (2008). O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. *Maná*, 14, 477-509. <https://doi.org/10.1590/S0104-93132008000200008>

Ortega, F. (2009). Deficiência, autismo e neurodiversidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1), 67-77, jan.-fev. 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100012>

Pacheco, M. V. P. D. C. (2003). Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 6, 152-157. <https://doi.org/10.1590/1415-47142003002011>

Pessotti, I. (2007). Demência, dementia praecox, esquizofrenia. *O que nos faz pensar*, 16(22), 113-143.

Quinet, A. (2009). Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia. Zahar.

Rahme, M. M. F., & Vorcaro, A. M. R. (2015). Interrogações sobre o lugar do sujeito no delineamento de uma educação especializada. *Educação*, 38(2), 177-184.

Severino, A. J. (2007). *Metodologia do trabalho científico*. Cortez editora.

Silva, E. D. C., & Elias, N. C. (2018). Ensino de Relações Espaciais de Esquerda e Direita a Participantes com Autismo e Deficiência Intelectual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33.

Silva, F. B. da; & Uhr, D. (2022). Transtorno de Oposição Desafiante e medicalização da infância: aspectos históricos e conceituais. 47-56.

Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development*, 17-29.

Tamanaha, A. C., Perissinoto, J., & Chiari, B. M. (2008). Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 13, 296-299. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342008000300015>

Timo, A. L. R., Maia, N. V. R., & de Carvalho Ribeiro, P. (2011) Déficit de imitação e autismo: uma revisão. *Psicologia USP* <https://doi.org/10.1590/S0103-65642011005000035>

Tustin, F. (1984) *Estados autísticos em crianças*. Imago (Trabalho original publicado em 1972).

Zaqueu, L. D. C. C., Teixeira, M. C. T. V., Alckmin-Carvalho, F., & Paula, C. S. D. (2015). Associações entre sinais precoces de autismo, atenção compartilhada e atrasos no desenvolvimento infantil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31, 293-302. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032243293302>