

## CONCEITOS E DIFERENÇAS ENTRE INCAPACIDADE E PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO (PEA)

*Professora Doutora Ana Elisabete Saldanha*

### RESUMO

A diferenciação e a explicitação de conceitos é o foco principal deste artigo que tem como objectivo tornar explícito o significado de Autismo e de Incapacidade. Durante alguns anos o conceito de deficiência mental possuiu uma história que esteve sempre muito próxima do conceito de autismo. Por conseguinte, nos dias de hoje as coisas divergem. Neste sentido, apresentamos uma revisão de literatura em que o objectivo é a compreensão destes conceitos bem como as suas características e evolução dos termos.

*Palavras-chave:* Autismo • Incapacidade/Deficiência • Características • Evolução Histórica dos conceitos

Quando nos queremos referir a pessoas com deficiência, existe uma panóplia de conceitos básicos que foram e ainda hoje são objecto de estudo e de preocupação. Muitos sinónimos são utilizados para identificar as pessoas com deficiência mental, todos eles com diferentes conotações. Os conceitos como demente, louco, deficiente, idiota, atrasado, débil mental, oligofrénico, subnormal, menos válido, etc., aplicaram-se ao longo dos séculos para estigmatizar as pessoas consideradas como diferentes ou que se afastam, por qualquer motivo, da normalidade ou do socialmente estabelecido como normal em cada época ou situação.

Devido a isso, surge a pertinência de iniciar este artigo com algumas definições das palavras mais utilizadas, tais como: Deficiência, Incapacidade e Menos-valia (desvantagem/inválido), segundo as classificações internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005), a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) (2003), e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, o DSM-IV, (2002).

A CIF pertence ao grupo das classificações internacionais e foi desenvolvida pela OMS com o intuito de ser aplicada sob vários aspectos.

Estas classificações internacionais proporcionam um conjunto de valiosas informações sobre saúde, delimitam claramente os três conceitos acima mencionados e criam uma linguagem internacional comum de modo a permitir uma comunicação entre as diversas ciências.

No campo da saúde poderá então dizer-se que *Deficiência* é toda a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica. Esta definição faz referência às anormalidades da estrutura corporal e da aparência e à função de um órgão ou sistema, qualquer que seja a sua causa. Normalmente, as deficiências representam transtornos a nível de órgãos (González, 1999). Por conseguinte, não é correcto referir-se a uma pessoa que tenha uma deficiência com o nome da deficiência em questão (por exemplo, referir-se a uma pessoa com síndrome de Rett como um *Rett*).

Entende-se como *Descapacidade ou Incapacidade*, toda a restrição ou ausência da capacidade de realizar uma actividade. O termo actividade é entendido como um conjunto de tarefas que o indivíduo realiza para satisfazer as suas necessidades pessoais, sociais ou laborais. Quando uma limitação funcional se manifesta em acções do dia-a-dia, pode dizer-se que são os efeitos de uma deficiência. Devemos falar de pessoas com incapacidade e nunca de incapacitados.

Por último, e um pouco mais forte é o termo Menos-valia (inválido, *handicap*), que é a consequência de uma deficiência ou de uma incapacidade, que limita ou impede no desempenho de um papel que é normal, por exemplo, em função da sua idade, sexo, factores sociais e culturais. A invalidez não se produz só pela desvantagem que tem a pessoa em si na hora de realizar uma acção, mas também pela resposta que a sociedade tem perante a pessoa. A sociedade responde de diferentes formas consoante a visibilidade da deficiência, bem como o grau: ligeiro, moderado, severo ou grave (González, 1999).

Quanto à denominação dos termos que iremos utilizar, respeitaram-se os utilizados pelos diferentes autores em cada momento, embora se aceite, por estar totalmente de acordo, a denominação atual de pessoas com incapacidade intelectual, pessoas com autismo, pessoas com deficiência ou com transtornos associados à incapacidade intelectual, etc.

Benedet (1991), utiliza o termo de “Deficiente Mental”, quando fala de “Atraso Mental”, no sentido definido por Inhelder (1969), e explica

as suas conotações em oposição ao termo “deficiência”. Isto porque a proliferação de conceitos e o sentido não apropriado que cada escola ou autor atribui, faz redefini-los em cada caso. Só quando analisa trabalhos de autores americanos é que respeita a terminologia utilizada por eles de “Atraso Mental”.

López Risco (2002), diz-nos que o autor Claude Berger ao desenvolver o livro “*Minusvalía e Inadaptación*”, afirma que Jean-Marc Bardeau (1978), defende que a menos-valia não é natural, mas sim institucional. Por conseguinte, Fierro (1981) defende que o subnormal tornou-se numa figura da sociedade ocidental, relativamente recente, resultante de uma combinação aziaga de factores somáticos, psíquicos e sociais que coincidem aproximadamente com a institucionalização do subnormal, que não existiu sempre.

No século XIX, os avanços no campo social e da medicina começaram a aplicar o conceito de doença mental para os loucos e dementes, sendo esta ciência, a medicina, que delimitou o termo deficiência mental, diferenciando-o do conceito de demência, identificando-se o fim do século XIX como a época em que foi referenciada socialmente a deficiência mental (López Risco, 2002). Poderá dizer-se que foi no século XX que o estudo de atraso mental ganhou uma maior importância e começou a ser uma disciplina determinante na educação.

Na primeira metade de século XX detectavam-se, diagnosticavam-se e classificavam-se os deficientes (trabalho esse realizado pelos investigadores) e na segunda metade, a etimologia, prevenção e tratamento foram áreas mais desenvolvidas. Como consequência deste trabalho anterior de diagnóstico e classificação é que, nos dias de hoje, se continua a investigar e a abordar novos paradigmas que abrem possibilidades de tratamento, recuperação e educação em contextos cada vez menos restritos e mais normalizadores Gil Roales-Nieto (1993).

Atualmente é definido como atraso mental, segundo a Associação Americana sobre Atraso Mental (AAMR), limitações no funcionamento atual, ou seja, limitações que se caracterizam por um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, que geralmente, são associadas a duas ou mais áreas de habilidades da adaptação, sendo elas: comunicação, autocuidado, vida em casa, habilidades sociais, utilização da comunidade, auto-direção, saúde e segurança, habilidades académicas funcionais, tempo livre e trabalho, que ocorrem antes dos dezoito anos.

Segundo Gillberg (1992a), o autismo poderia ser visto como um síndrome de alteração social conceptualmente similar à incapacidade intelectual em que, ou é produzido por uma variação da função cerebral representando a parte mais inferior da distribuição normal ou por problemas centrais do cérebro associados com condições médicas específicas.

O nível de inteligência conceptual foi considerado como variável central para a inclusão diagnóstica de uma pessoa com incapacidade intelectual. No autismo subentende-se que é considerado de modo paralelo uma espécie de medida invisível em inteligência social como variável central de inclusão. De certa forma considerava-se que as pessoas com autismo tinham uma limitação em inteligência social e um bom potencial em inteligência conceptual. Perante este quadro, as pessoas com incapacidade intelectual tinham limitações substanciais em inteligência conceptual mas pareciam livres de limitações importantes ao nível da inteligência social.

Para que se perceba melhor o que acabámos de dizer, na incapacidade intelectual a inteligência não é o único factor determinante para o diagnóstico e em autismo existe um grande grupo de pessoas com um nível intelectual inferior a média. Nos anos sessenta havia o mito de que no autismo as pessoas eram inteligentes conceptualmente, o que atualmente já não se verifica (Tamarit, 2007).

De acordo com Schalock (1999), para definir inteligência social, de modo a que se consigam resultados desejados nas relações interpessoais, é necessário ser empático e reflexivo, saber envolver a capacidade para compreender e manejar acontecimentos e objetos sociais e interpessoais, incluindo a capacidade para atuar, manifestando os próprios desejos nas relações interpessoais, de modo a manifestar as habilidades sociais apropriadas.

A incapacidade intelectual desde sempre foi vista como um transtorno de enorme heterogeneidade, mas sempre teve como critério principal de diagnóstico o nível de **Quociente Intelectual** (QI). A pessoa com um QI inferior a uma determinada medida pertencia ao grupo de pessoas com incapacidade intelectual. Nos dias de hoje, as coisas começam a mudar um pouco e não é só o valor do QI que é relevante, mas também começa a atribuir-se importância a aspectos relacionados com a inteligência social e prática (Luckasson, Borthwich-Duffy *et al.*, 2002).

No que concerne ao autismo, era uma síndrome de características únicas, diferenciada, homogénea, e ter-se-ia que encontrar o ponto

fulcral da diferenciação e especificidade. Em algum momento poderia considerar-se a Teoria da Mente (Baron-Cohen *et al.*, 1993) como um indicador, de tal modo que as pessoas com autismo tinham uma alteração dessa competência e as que não tinham autismo não a teriam. Contudo, autores como Riviera, García-Nogales e Núñez (2003) explicam-nos num trabalho por eles realizado que isso não é bem assim.

Por conseguinte, durante muito tempo acreditou-se que existia, por um lado, o autismo e que determinadas características com certas semelhanças não faziam parte desse diagnóstico, mas sim tendiam a ser consideradas como autismo secundário (quando existia uma alteração biológica reconhecida), ou condutas, ou traços autistas. No entanto, durante todo este tempo não foram frutíferos os intentos de encontrar um indicador preciso e específico da presença do autismo.

Ao longo do tempo, foram-se produzindo algumas modificações nas descrições do autismo, embora se tenha mantido uma certa continuidade dos aspectos básicos das primeiras definições. No entanto, existem sinais da dissipação da ideia de o autismo ser um transtorno único e de limites concretos.

Tentámos dizer com isto que o conceito de autismo emergiu, como explicámos anteriormente, dentro do conceito mais amplo de TEA e que as diferenças entre sujeitos deste espectro também é difícil, por exemplo entre transtorno Autista e síndrome de Asperger. Segundo Miller e Ozonoff (1997), quando aplicaram os critérios de diagnóstico do DSM-IV aos quatro casos que Hans Asperger analisou no seu estudo em 1944 e que deram origem ao síndrome que leva o seu nome, o resultado não cumpre os critérios de Asperger, mas sim os de transtorno autista, ou seja, estes autores depararam-se com casos descritos como Asperger e que na realidade não o eram!

Posto isto, podemos estar perante uma confusão em relação ao conceito de autismo. Contudo, tal confusão não existe pois o que sucede é que, quanto maior for a informação sobre o autismo, maior será o grau de complexidade.

Dentro dos transtornos do espectro autista há uma significativa quantidade de pessoas com síndromes concretos que apresentam, por sua vez, Incapacidade intelectual. A incapacidade intelectual, em algumas ocasiões, foi considerada o transtorno de referência para estabelecer dife-

renças em relação ao autismo. Encontramos um amplo conjunto de pessoas vinculadas a diferentes síndromes e aparentemente afastadas do autismo (como por exemplo a síndrome de Down), que tem algumas semelhanças importantes em relação ao autismo e que os profissionais não podem evitar (Tamarit, 2007).

Por outro lado, também citamos outras síndromes que cursam com atraso mental como: Síndrome de Down; Síndrome de Maullido de Gato; Síndrome de X Frágil; Síndrome De Angelman; Síndrome De Prader Willi; Síndrome de Sotos; Síndrome de Apert; Síndrome de Williams; Síndrome de Escleroses Tuberosa; Síndrome de Cornemia de Lange.

Autores como Capone (1999), Kent e colaboradores (Kent, Evans, Paul e Sharp, 1999), têm estudos feitos sobre a incidência conjunta da síndrome de Down associada ao autismo e Vatter (1999) fala-nos da prática inadequada de muitos especialistas que descartam qualquer hipótese sobre a presença de autismo em crianças com síndrome de Down por pensarem que são condições incompatíveis.

Não podemos esquecer, todavia, que muitos estudos sobre as características do autismo tiveram como suporte estudos de comparação com pessoas com síndrome de Down, nomeadamente, como grupo de controlo em estudos iniciais da Teoria da Mente. Curioso é constatar que a esse grupo de controle não foi passada nenhuma prova para assegurar esse aspecto, porque dava-se como seguro que se eram sofredoras de Down não teriam autismo (Tamarit, 2007).

Normalmente, os “pais temem mais o diagnóstico de atraso mental do que de autismo. Tal sucede, pois o atraso mental é geralmente entendido como perpétuo. Para muitos pais o autismo, de início, é uma espécie de caixa negra. A deficiência mental, por outro lado, é geralmente compreendida como algo que não desaparece” (Siegel, 2008, p. 132). Quando a criança é muito jovem torna-se difícil avaliar o grau de atraso mental, embora seja possível dizer se existe essa deficiência ou não. 70% das crianças com autismo são afectadas com um certo grau de deficiência mental. As crianças com atraso mental necessitam de diversas estratégias para conseguirem atingir o seu melhor. O que tentámos dizer com isto é que as crianças com esta deficiência aprendem consoante o grau de deficiência que tenham, mas aprendem a maior parte das coisas, embora o façam de forma lenta. Para isso é que são utilizados os teste de QI, no

sentido de avaliar o nível de inteligência em que se encontra a criança e, posteriormente, encaminhá-la para métodos de ensino adequados, como afirma Siegel (2008).

Posto todas estas analogias, passamos então a definir o conceito de autismo e a explicar um pouco como surgiu o conceito.

O termo Autismo provém da palavra grega *autos*, que significa próprio/eu, e *ismos* que traduz uma orientação ou estado. Poderá então dizer-se que o autismo é como uma condição ou estado de alguém que aparenta estar invulgarmente absorvido em si próprio. O autismo, também conhecido por síndrome de Kanner (Leo Kanner), apresenta um desenvolvimento anormal da interação e comunicação social e um repertório restritivo de actividades e interesses Kanner (1943 *in* Marques, 2000).

Autores como Howlin, Baron-Cohen e Hadwin (2006), defendem que o autismo é um transtorno complexo que afecta muitos aspectos do funcionamento da criança. A comunicação, assim como o desenvolvimento social, vêem-se seriamente perturbados, inclusive em indivíduos com inteligência não-verbal. Estas dificuldades estão exacerbadas por rígidos padrões do comportamento, interesses obsessivos e rotinas. O “enigma” do autismo tem motivado uma série de investigações e, por conseguinte, as causas deste transtorno continuam incompreensíveis. Em muitos casos os factores genéticos têm uma clara importância, embora não tenham encontrado ainda o mecanismo genético específico.

Foram utilizadas diferentes nomenclaturas para o autismo ao longo dos tempos bem como para as perturbações com ele relacionadas, o que gerou alguma confusão. O termo Perturbações Globais do Desenvolvimento (PGD) foi usado para descrever o autismo (Perturbação Autista – PA), e todo o conjunto de PGD não autistas, como por exemplo, a Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (SOE), a síndrome do X Frágil, a síndrome de Asperger (SA), a síndrome de Rett, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância (PDS). Estas perturbações são geralmente evidentes nos primeiros anos de vida e estão muitas vezes associadas a um certo grau de Deficiência Mental (Siegel, 2008).

Desde os finais dos anos setenta, o autismo era considerado como uma categoria diagnóstica tradicional de “Psicose Infantil” que foi substituída em sistemas diagnósticos como os de *American Psychiatric Association*, pelo conceito de “transtorno profundo do desenvolvimento”, também

se poderia dizer “generalizado” ou “penetrante”. A célebre revista sobre autismo, que se chamava *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, desde 1978 passou a chamar-se *Journal of Autism and Developmental Disorder*. Estas mudanças eram o reflexo de uma nova sensibilidade, que ajudaram a explicar e a tratar melhor o autismo nos últimos vinte anos.

Os transtornos generalizados do desenvolvimento, também designados como os transtornos do espectro autista (TEA), são um conjunto de problemas ligados ao neurodesenvolvimento, manifestando-se com maior incidência a nível cognitivo e comportamental, que provocam distintas limitações na autonomia pessoal. Por conseguinte, estes transtornos provocam uma destabilização a nível familiar, nomeadamente o stress (Cabanyes-Truffino, Garcia-Villamizar, 2004).

Este transtorno revela-se sempre antes dos três anos e investigações realizadas por Lösche (1990); Baron-Cohen, Allen e Gillberg (1992); Rivière (1996 *in* Martos e Rivière, 2001, p. 37) mostram com clareza que “o autismo tem um curso evolutivo típico”, ou seja, nos primeiros nove meses há um desenvolvimento aparentemente normal, e nos nove meses seguintes começam a surgir carências evolutivas que afectam, em especial, as capacidades comunicativas, que aos dezoito meses já são bastante claras.

Falar de autismo obriga a referir Leo Kanner. Foi Kanner quem, há cerca de meio século, publicou o famoso artigo *Autistic Disturbances of Affective Contact* (Kanner, 1943), no qual fez uma descrição sobre crianças cujos comportamentos lhe pareciam ser diferentes de todos os outros até então destacados pela literatura científica internacional. Quase pela mesma altura, em 1944, é interessante saber-se que Hans Asperger publica também descrições detalhadas sobre crianças com comportamentos estranhos semelhantes aos que Kanner havia referido, fazendo também a sua apresentação à comunidade científica internacional através de um artigo com o título: “Die Autistischen Pshychopathen in Kindesalter”.

Esta situação é curiosa se se pensar que, apesar de Kanner trabalhar em Baltimore e Asperger em Viena, vão ambos coincidir na escolha do nome central com que quiseram designar a perturbação: Autismo. O termo tinha sido introduzido em 1911 por Bleuler (Pereira, 1996).

Nos anos cinquenta, diversos autores nos Estados Unidos da América e na Europa, tais como Despert (1951), Van Krevelen (1952) e Backwin

(1954), deram a conhecer observações que fizeram em crianças com características semelhantes às avançadas por Kanner, e mesmo muitos anos antes são conhecidas algumas descrições sobre jovens que estariam certamente afectados com a síndrome (Pereira, 1999).

Rutter (1984) diz-nos que diversos casos, hoje clássicos, vieram ao conhecimento dos técnicos, os mais falados dos quais se prenderam com as chamadas “crianças selvagens”, crescidas em ambientes desprovidos do contacto com os restantes seres humanos, ditos sem linguagem, e que chegaram mesmo a ser classificados como uma espécie diferente, os *Homo ferus*.

Segundo García-Sánchez (1992), sempre existiram pessoas com a síndrome de autismo, mas só a partir de 1943 Leo Kanner fez descrições minuciosas acerca de 11 casos (8 rapazes e 3 raparigas) que não encaixavam nas síndromes e descrições clínicas admitidos até ao momento.

Kanner (1946) diz-nos que depois do importante marco histórico na psicopatologia infantil, com a sua descrição em 1943 do autismo infantil precoce como uma forma diferente de psicoses infantis, deu seguimento à diferenciação do atraso mental e de psicoses e à elaboração de critérios nucleares de signos e sintomas, assim como a aprofundar as suas características, possíveis causas e tratamentos.

Até 1943 não se procedia ao exame separado do autismo infantil precoce, o que não quer dizer que antes não existissem crianças autistas. Pelo contrário, é provável que tivessem existido sempre. Como é o caso dos mitos acerca das “crianças selvagens”, ou crianças perdidas ou abandonadas que segundo a lenda foram alimentadas por animais e sobretudo por lobos (Bettelheim, 1981).

Para Kanner (1943), o autismo manifestava-se desde o início de vida, mas as investigações mais atuais modificaram essa impressão clínica, apontando que 25% dos casos apresentam algumas anomalias no primeiro ano, sendo os pais a alertar perante um conjunto de sintomas característicos, tais como: falta de resposta as chamadas e a linguagem, com alguma frequência notam instabilidade emocional (medos, irritações e mau-estar), ausência de jogo de ficção, sensação de solidão e uma falta ou perda de desenvolvimento da linguagem expressiva (Rivière e Martos, 2001).

Bettelheim (1981, p. 431) afirma que “por ter vivido muitos anos com crianças autistas, uns muito selvagens, outros extremamente retirados,

penso já há muito tempo, que as chamadas “crianças selvagens” não foram outra coisa se não crianças com a forma mais grave de autismo infantil, independentemente de que alguns fossem fracos mentalmente, como Pinel pensou da Criança Selvagem de Aveyron”.

Jean Marc Gaspard Itard, médico francês, tomou a seu cargo, em 1799, uma criança de 12 anos de idade, de seu nome Victor, a qual foi encontrada nos bosques de Aveyron, onde vivia num estado selvagem. Victor apresentava uma conduta muito alterada, entendida como uma situação provocada pelo afastamento de outras pessoas, a que não é estranha a própria revolução francesa que viu nesta criança o protótipo do selvagem natural. Pinel afirmou que se tratava de uma criança com atraso mental grave de nascimento. O que este relato demonstra, na verdade, é a conduta de uma criança autista, cuja situação de abandono e isolamento resultou do seu próprio autismo (Wing, 1978).

Lightner Witmer foi considerado como o primeiro psicólogo clínico conhecido e fundador de uma clínica psicológica dedicada a atenção de problemas infantis e com um claro conteúdo evolutivo e educativo. Cem anos depois, em 1919, descreve a conduta de uma criança de dois anos e sete meses, que frequentou a escola especial de Witmer, e que apresentava as características de uma criança autista (Wing, 1978).

Bettelheim (1981) descreve vários casos de “crianças selvagens” ou criadas com animais (não “por” animais) e que apresentavam as características de crianças autistas, como por exemplo, a criança selvagem de Aveyron, o caso de Amala e Kamala, duas crianças – lobos de Midnapore (Singh & Zingg, 1940; Gesell, 1940 *in* Bettelheim 1981); o caso da criança-lobo Parasram de Agra (Ogburn, 1959 *in* Bettelheim 1981). Parece pouco verosímil que a influência do meio possa mudar uma criança a “lobinho” e afirma que, se assim fosse, então pouco retiraríamos a limpo dos estudos das crianças autistas para conhecer o desenvolvimento humano em geral e nada poderíamos inferir sobre as crianças normais da situação autista nem das suas causas. Estas reflexões de Bettelheim definem, com clareza, um dos objectivos que nos animam no estudo do autismo infantil: o conhecimento da evolução da criança normal (Bettelheim, 1981).

Asperger (1944) perfila uma síndrome muito relacionada com a de Kanner se bem que não idêntica. Outros autores como Wing (1982),

denominaram o “o autista”. A publicação original de Kanner teve efeitos (Wing, 1982):

- a) Por um lado, provocou, e continua a provocar, uma série de investigações, estudos e interesses em diversos especialistas. Segundo Tamarit (2006, p. 7) “entre 1990 e 2003 apareceram 3.700 artigos em bases de dados com o *Index Medicus*”.
- b) Por outro lado, o termo usado não foi muito oportuno ao conduzir à confusão com uma característica típica da esquizofrenia e que Bleuler (1919, 1950, citado por Wing, 1982) havia considerado como sintoma fundamental na esquizofrenia e que consistia na recusa afectiva do contacto exterior e aproveitar assim a própria vida interior, o que não tem nada a ver com o que acontece ao autista.

As características conceptuais diferenciais identificadas por Leo Kanner consistiam, segundo a interpretação de Schreibman (1988), em:

- Uma tremenda solidão autista ou uma inabilidade para desenvolver relações normais com pessoas e situações;
- Um atraso na aquisição da fala;
- No caso em que se desenvolva a fala é não comunicativa como as ecolálias;
- Inversão prenominal;
- Atividades de jogo repetitivo e estereotipado;
- Desejos obsessivos por manter a identidade à sua volta;
- Ausência da imaginação embora demonstrem boa memória mecânica;
- Aspecto físico normal;
- A aparição de anormalidades na infância como a ausência de resposta antecipatória quando se vai agarrar a criança.

Bender (1947 *in* García-Sánchez, 1992) propõe o diagnóstico de “esquizofrenia infantil” e entende que as crianças autistas representam a expressão mais cedo do que a esquizofrenia do adulto. Berta Rank (1955 *in* García-Sánchez, 1992), numa perspectiva psicanalítica, propõe a etiqueta “desenvolvimento do eu atípico”. Margaret Mahler (1952 *in* García-Sánchez, 1992) pensa numa patologia de relação mãe – filho e usa o termo de psicose simbiótica. No entanto, tentou-se planificar diferentes sub-aspectos do transtorno como Goldfarb (1961 *in* García-Sánchez 1992), que assumindo causas ambientais entende um conjunto que vai desde a esquizofrenia infantil orgânica à não-orgânica ou como Anthony

(1958 *in* García-Sánchez, 1992), que em função da idade do surgimento do autismo infantil distingue entre autismo primário e secundário, ou como Evans, Jones e Roseblum (1978 *in* García-Sánchez, 1992) que incluem o conceito diagnóstico de psicoses desintegrativas.

Umavez que Kanner não conhecia patologias orgânicas que influenciavam o transtorno, aperfeiçoou as descrições sobre as características dos pais das crianças autistas (Kanner, 1943), considerando-os muito inteligentes, frios, reservados emocionalmente, muito organizados e que estabelecem interações com os seus filhos do tipo mecânico (Schreibman, 1988). Isto levou alguns a postular que o isolamento social do autista surgia como reação à conduta dos pais. Esta fundamentação provocou uma grande culpabilização nos pais, o que é além de falso também injusto e provocou e continua a provocar controvérsia dentro do debate das causas do autismo (Bettelheim, 1981).

Desde 1943, foram enormes os avanços produzidos neste campo. Ao nível da intervenção, nomeadamente ao nível da linguagem e da comunicação (tendo por base as teorias da aprendizagem e da psicologia evolutiva, da comunicação total que se baseia na psicologia evolutiva de Vygotsky e no condicionamento operante) e no âmbito da etiologia. Neste último, foram produzidas diferentes constatações que ainda se prolongam. Tanto ao nível da etiologia como de diferentes áreas, a investigação prossegue (García-Sánchez, 1992).

Desde então (1943), desenvolveram-se soluções sociais, institucionais e políticas em todos os países para o tratamento das pessoas com autismo infantil. Foram-se matizando os critérios de diagnósticos e perfeccionando de forma considerável os métodos de diagnóstico e de intervenção.

Apesar de reconhecer amplamente que a síndrome do autismo infantil é diferente de outras, constata-se também que pode coexistir em associação com outras alterações (como a rubéola congénita) (Chess, Fernandez e Korn, 1974 *in* García-Sánchez, 1992), danos no sistema nervoso central, tais como ataques ou como associação típica de atraso mental (DeMyer, Hingtgen e Jackson, 1981 *in* García-Sánchez, 1992).

Os avanços e os grandes esforços desenvolvidos para a causa do autismo, permanece como um complicado puzzle por desentranhar e continua a gerar um grande fascínio em todos aqueles que procuram aprofundar o

diagnóstico e intervenção e que têm interesses tanto teóricos como aplicados (Schreibman, 1988).

Nos últimos anos realizaram-se estudos e investigações importantes, que por sua vez levaram a mudanças significativas. Uma das principais mudanças consiste em considerar o autismo, desde uma perspectiva evolutiva, como um transtorno do desenvolvimento e de uma incapacidade específica dos autistas para “atribuir mente” (incapacidade para atribuir aos outros ideias, pensamentos e emoções que determinam os seus comportamentos). Por conseguinte, formulou-se o modelo segundo o qual o autismo consiste num transtorno específico de uma capacidade humana muito importante que se chama “Teoria da Mente”.

A nível de tratamentos também se produziram mudanças significativas. A educação caracteriza-se agora por um estilo mais pragmático e natural, mais integrador e menos artificial em relação aos anos interiores, ou seja, mais centrado na comunicação como núcleo essencial do desenvolvimento, mais respeitoso com os recursos e capacidades das pessoas autistas e também surgiram novos temas de interesse que até agora não se tinham estudado.

Infelizmente, segundo Pereira (1997), ainda não existe uma teoria consistente sobre o funcionamento psicológico da pessoa com autismo e, por essa razão, torna-se difícil explicar totalmente certas realizações especiais e certos comportamentos. Existindo já muita investigação sobre o comportamento da pessoa com autismo, apesar de tudo, concebe-se e teoriza-se que certas competências e certos excessos se possam dever exactamente ao facto de não processarem convenientemente a informação e, conseqüentemente, esta ser quase directamente armazenada, sem ser sujeita a um trabalho intermédio de codificação da informação de entrada, não sendo por isso em nada perturbada ou interferida por esses mesmos processos mediatizadores.

Dir-se-ia, de outro modo, que a pessoa com um funcionamento “normal”, porque está mais capaz de trabalhar a informação recebida, organiza-a de modo diferente, correspondendo, por isso, essa organização menos à “cópia” do real, e portanto, memorizando com mais perturbações esse mesmo real. Por estas razões, as pessoas com autismo de nível de funcionamento elevado, respondem a tudo o que percebem em sequência de uma estimulação directa; e as menos dotadas e muito recep-

tivas, mesmo que sensorialmente, responderiam de modos moleculares e só muito parcialmente organizados num primeiro nível de significações (Pereira, 1997).

Segundo Marto e Rivière (1998, p. 26) “autista é aquela pessoa para a qual as outras pessoas resultam opacas e imprescindíveis; aquela pessoa que vive como ausente – mentalmente ausente – às pessoas presentes e que, por tudo isto, sente-se incompetente para predizer, regular e controlar a sua conduta por meio da comunicação. É autista aquela pessoa a quem que por acidente da natureza (genético, metabólico, infeccioso, etc.) foi proibido o acesso intersubjectivo ao mundo interno das outras pessoas. Aquele para o qual os outros e, provavelmente a si mesmo, são portas fechadas”.

Os TEA definem-se pela presença de alterações qualitativas na alteração social e da comunicação, e por uma importante restrição do repertório de interesses, atividades e condutas. Com a exceção da síndrome de Rett, até ao momento atual não dispomos de marcadores biológicos. O diagnóstico deste grupo nosológico reside, fundamentalmente, nas suas manifestações clínicas.

As alterações na comunicação podem manifestar-se como um atraso no desenvolvimento da linguagem, que não compensa com a linguagem não-verbal, ou pela linguagem reiterativa e estereotipada. Além disso, é frequente observar dificuldades no início, na manutenção da conversação e na ausência ou escassa variedade de jogo imaginativo e de imitação social. Ao nível das alterações na interação social estas caracterizam-se pela dificuldade do uso da linguagem não-verbal (como o contacto visual e a postura), problemas no desenvolvimento de relações interpessoais, ausência da tendência espontânea a mostrar e a partilhar interesses e falta de reciprocidade social nas emoções.

As restrições dos interesses, atividades e condutas expressam-se, normalmente, como uma hiperfocalização em temas particulares ou numa firme adesão a rituais ou rotinas não funcionais. Ao mesmo tempo, observa-se com frequência uma preocupação excessiva por partes de objetos e a existência de estereotípias motoras muito repetitivas (Cabanyes-Truffino, Garcia-Villamizar, 2004).

Na Psicologia Evolutiva a ideia de que o autismo se manifesta de forma clara no segundo ano de vida é universalmente aceite. Para Piaget (1969) é a partir dos dois anos que a criança começa a ter uma inteligência

representativa e propriamente simbólica. É também quando começam a surgir as primeiras estruturas combinatórias que implicam alguma classe de sintaxe e formas iniciais de conversação, como também o desenvolvimento do jogo simbólico e estados mentais nas pessoas. Esses estados mentais não têm que corresponder com a realidade (Leslie, 1987).

Sabe-se que é na fase dos dezoito meses e entre os cinco ou seis anos, que o número de sinapses cerebrais se estende de forma máxima e é especialmente crítica, originando, assim, maiores momentos de solidão, alterações de conduta, menores possibilidades comunicativas e simbólicas. Desta forma, encontra-se de forma muito explícita uma correlação entre o desenvolvimento normal e autista. Pode-se afirmar que “o autismo é, em grande medida, a consequência de um transtorno importante de processos críticos do desenvolvimento que tem lugar na criança normal no chamado período pré-operatório” e que se desenvolve entre ano e meio e os cinco, seis anos de idade, aproximadamente. O “autismo é a sombra que deixa no desenvolvimento uma dificuldade ou impossibilidade para constituir certas funções psicológicas cujo momento crítico de aquisição se desenvolve entre o ano e meio e os cinco, seis anos” (Riviére & Martos, 2001, p. 40).

A designação “transtornos generalizados/profundos do desenvolvimento” foi adotada para proporcionar um diagnóstico formal a indivíduos que, ainda que compartilhem défices críticos idênticos aos que se atribuem ao autismo, não cumprem completamente os critérios de diagnóstico do mesmo. No entanto, os termos “transtornos do espectro autista” e “transtornos generalizados do desenvolvimento” são atribuídos habitualmente da mesma forma, para se fazer referência a um largo espectro de transtornos neuro-evolutivos (Marín, 2003).

Presentemente, as coisas mudaram um pouco com a chegada do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, o DSM, que é a principal referência de diagnóstico e é usado por profissionais da área da saúde mental em todo o mundo. A última revisão do DSM foi editada em maio de 2013 (e ditado em português em 2014), o chamado de DSMV, e trouxe algumas mudanças significativas no que toca às Perturbações do Espectro do Autismo.

Se anteriormente eram considerados cinco transtornos do espectro do autismo, cada um dos quais com um diagnóstico único: Pertur-

bação autista ou autismo clássico; Síndrome de Asperger; Perturbação Invasiva do Desenvolvimento Sem Outra Especificação; Síndrome de Rett e Perturbação Desintegrativa da Infância, nesta última revisão, no DSM-V (2014), esses transtornos não são considerados como diagnósticos distintos dentro do espectro do autismo, ou seja, são diagnosticados como “Perturbação do Espectro do Autismo”. A exceção da Síndrome de Rett que passa a ser considerada uma entidade própria e sairá do espectro do autismo (DAR, 2014).

O DSM-V (2014), define o autismo como uma Perturbação do Neurodesenvolvimento. As características de diagnóstico da Perturbação do Espectro do Autismo são:

- déficit persistente na comunicação social recíproca e interação social;
- Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades;

“Estes sintomas são presentes desde a primeira infância e limitam ou comprometem o funcionamento do dia-a-dia. As características diagnósticas são evidentes no período do desenvolvimento, mas a intervenção, compensação e suportes atuais podem disfarçar as dificuldades em pelo menos alguns contextos. As manifestações da perturbação também variam grandemente dependendo da gravidade da condição autística, nível de desenvolvimento e idade cronológica, daí o nome de *espectro*” (DSM-V, 2014; 61).

A perturbação do espectro de autismo engloba perturbações como:

- Autismo infantil precoce;
- Autismo infantil;
- Autismo de Kanner;
- Autismo de alto funcionamento
- Autismo atípico
- Perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação
- Perturbação desintegrativa da segunda infância
- Perturbação de Asperger.

No anterior DSM, o chamado *DSM-V* (2002), as características para o diagnóstico do autismo eram três: déficit na comunicação; déficit nas interações sociais; déficit da imaginação/capacidade simbólica (comportamentos, interesses e atividades repetitivas e estereotípias), já a nova versão do DSM contempla apenas duas áreas como referimos anterior-

mente. Por conseguinte, os colegas que elaboraram o DSMV concluíram que é difícil separar os défices de comunicação dos défices sociais, uma vez que estas duas áreas se sobrepõem de forma significativa.

A comunicação é frequentemente utilizada para fins sociais e os défices de comunicação podem afetar drasticamente o desempenho social. Anteriormente, um atraso de linguagem era um dos fatores decisivos para o diagnóstico de Autismo Clássico. Além disso, os indivíduos diagnosticados com Síndrome de Asperger não poderiam ter um atraso de linguagem. O DSM-V não inclui o atraso de linguagem como um critério para o diagnóstico. Os atrasos de linguagem podem ocorrer por muitas razões, e muitas vezes não são consistentes em todo o espectro do autismo, pelo que a equipa que reformulou o DSMV sentiu que, por isso, não deveriam ser considerados (DAR, 2014).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV- TR. Manual de Diagnóstico e Estatística Das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V. Manual de Diagnóstico e Estatística Das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., Cohen, D. & Volkmar, F. (1993). *Understanding other minds: perspectives from autism*. Oxford: Oxford University Press.
- Benedet, M. (1991). *Procesos cognitivos en la deficiencia mental. Concepto, evaluación y bases para la intervención*. Madrid: Pirâmide.
- Bettelheim, B. (1981). *On learning to read : The child's fascination with meaning*. (1ª. Ed.). New York : Knopf.
- Cabanyes-Truffino, J., García-Villamizar, D.(2004). Identificación y Diagnóstico Precoz de los Transtornos del Espectro Autista. *Revista de Neurología*, 39, 81-90.
- Capone, G. (1999). Síndrome Down y Transtornos com Espectro Autista: una mirada a lo que sabemos. *Síndrome Down*, 16 (4), 130-136.
- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (C.I.F.) (2003). Organização Mundial da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
- DAR R. (2014). *Perturbação do Espectro do Autismo: E agora? – Guia para as famílias após o diagnóstico*. Dar Resposta Associação (ISBN – 9789899893504)
- Fierro, A. (1981). *La Personalidad del Subnormal*. Universidad de Salamanca. Salamanca.
- García-Sánchez, J. (1992). *Autismo*. Valencia: Promolibro.
- Gil Roales-Nieto, J. (1993). Evaluación y diagnóstico conductual en el retraso en el desarrollo. In Luciano Soriano. M. y Gil Roales-Nieto, J. (1993). *Análisis e interven-*

- ción conductual en retraso en el desarrollo*. Psicología monográfica. Granada: Universidad de Granada.
- Gillberg, C. (1992a). Subgroups in autism: are there behavioural phenotypes typical of underlying medical conditions? *Journal of Intellectual Disability Research*, 36, 201-214.
- González, M. (1999). Las clasificaciones de la OMS: Dificultades para usar un Lenguaje Común. *Zerbitzuan* (37), 41-50.
- Howlin, P.; Baron -Cohen, S.; Hadwin, J. (2006). *Enseñar a los niños Autistas a comprender a los demás. Guía práctica para educadores*. Barcelona: CEAC.
- Inhelder, B & Piaget, J. (1969). *Le diagnosticque du raisonnement chez les débiles mentaux*. Neuchâtel: Delachaux & Niestlé (Edición española en 1971). El diagnóstico del razonamiento en los débiles mentales. Ed. Nova Terra. Barcelona. Citado por Benedet, 1991.
- Kanner, L. (1943). Autistic Disturbances of Affective Contact.. *Nervous Children*, (2), 217-250.
- Kent, L., Evans, J., Paul, M. & Sharp, M. (1999). Comorbidity of autistic spectrum disorder in child with Down Syndrome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41, 153-158.
- López Risco, M. (2002). *Intervención Cognitiva en Estrategias de Memoria en Personas com Retraso Mental*. Centro extremeño de Documentación e Investigación en Discapacidad Intelectual.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., Schalock, R., Snell, M., Spintalnik, D., Spreat, S., Tassé, M. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification and systems of supports*. Washington D. C.: American Association on Mental Retardation.
- Marín, F. (Coord.) (2003). *Intervención Psicoeducativa en Niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Marques, C. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo – ensaio de uma intervenção Construtivista Desenvolvimentista com Mães*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Martos, A., Ayuda, R. (2002). Comunicación y Lenguaje en el Espectro Autista: el Autismo y la Disfasia. *Revista de Neurologia*, 34, S58 –S63.
- Miller, J. & Ozonoff, S. (1997). Did Asperguer`s cases have Asperguer Syndrome? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 247-251.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2005). *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação*. [ISBN 92 4 856282 5].
- Pereira, E. (1996). *Autismo: do Conceito à Pessoa*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Pereira, E. (1999). *Autismo: O Significado como Processo Central*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Riviére, A., García-Nogales, M. & Nuñez, M. (2003). Teoría de la mente en síndrome de Down: una reevaluación de la hipótesis de la normalidad mentalista. In A. Riviére (Ed.). *Obras escogidas. Volumen III: Metarrepresentación y semiosis* (pp.73-87). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Riviére, A. y Martos, J. (2001). *El Tratamiento del Autismo Nuevas Perspectivas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria General de Asuntos Sociales.
- Schalock, R. (1999). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. *Siglo Cero*, 30, 1, 5-20.
- Schreibman, L. (1988). *Autism*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Siegel, B. (2008). *O Mundo da Criança com Autismo*. Coleção Referência: Porto Editora. (Obra Original publicada em 1996).
- Tamarit, J. (2007). Transtornos del Espectro de Autismo y Discapacidad Intelectual: reflexiones desde la complejidad. *Infancia y Aprendizaje*, 30 (3), 397-412.
- Vatter, G. (1999). *Diagnosis of autism in children with Down Syndrome*. Recuperado em 14 março, 2015, do [www.autismconnect.org/autism99/](http://www.autismconnect.org/autism99/)
- Wing, L. (1982). *Autismo infantil: aspectos medicos y educativos*. Madrid: Santillana.

*Title:* Concepts and Differences Between Disability and Autism Spectrum Disorder (ASD)

**ABSTRACT**

The differentiation and defining concepts is the focus of this paper which aims to make explicit the meaning of Autism and Disability. For some years the concept of mental retardation owned a story that has always been very close to the concept of autism. Therefore, nowadays things diverge. In this sense, we present a literature review in which the objective is to understand these concepts and their characteristics and evolution of the terms.

*Keywords:* Autism • Disability/Retardation • Characteristics • Evolution of the concepts