

2 – AUTISMO: DESCRIÇÃO, ETIOLOGIA E SINTOMATOLOGIA CLÍNICA

Severina Sílvia Ferreira

Mostraremos, neste capítulo, como a comunidade científica tomou conhecimento da existência do autismo e em que consiste essa patologia segundo o relato do seu primeiro descritor, Léo Kanner (1943). Mostraremos também como se dividiram as opiniões em torno de sua etiologia, diagnóstico, tratamento e classificação, bem assim os resultados de pesquisas sobre a sua incidência no Brasil e fora do país. Por fim, discutiremos as razões pelas quais não privilegiamos a questão etiológica em nossa investigação, preferindo adotar como alvo de nossos estudos a relação criança-mundo, chamada “matriz relacional” (Berquez, 1983). Seguindo esse enfoque, será possível revelar, no final de nossos trabalhos, que a criança autista selecionada para nossas observações e análises não corresponde, em aspectos importantes, à descrição realizada por Kanner.

2.1 - Descrição da síndrome

Léo Kanner, pediatra e psiquiatra de origem austríaca, apresentou, em 1943, um relatório preliminar em que descrevia o material clínico extraído da observação e acompanhamento de onze crianças, oito do sexo masculino e três do sexo feminino, atendidas no Serviço de Psiquiatria Infantil do Hospital John Hopkins, de Baltimore, a partir de 1938 (Berquez, 1983).

De acordo com esse relato¹, as crianças revelavam características comuns essenciais que formavam uma síndrome única, até então não descrita, da qual fazia parte um distúrbio

¹ Do texto inaugural de Kanner, de 1943, utilizamos a versão original em inglês *Autistic Disturbances of Affective Contact* (*Nervous Child*, v. 2, n. 3, p. 217-230, 1942-1943), a tradução francesa *Les troubles autistiques du contact affectif* (in Berquez, G. *L'autisme infantile – Introduction à une clinique relationnelle selon*

considerado fundamental e extraordinário: “O excepcional, o ‘patognomônico’, a desordem fundamental é a inaptidão das crianças para estabelecer relações normais com as pessoas e para reagir normalmente às situações desde o início da vida” (Kanner, 1983:253², tradução nossa).

Todas as crianças do grupo apresentavam um extremo isolamento, negligenciando, ignorando ou recusando tudo do mundo exterior. De acordo com os pais, esse fechamento, manifestado muito precocemente, mostrava-se de duas formas: a criança não adotava uma atitude antecipatória antes de ser carregada nos braços e não ajustava a posição do corpo ao da pessoa que a segurava. Além do comportamento das crianças, o relatório preliminar descrevia o comportamento dos pais:

Em todo o grupo, são raros os pais e mães realmente calorosos. Na maioria dos casos, os pais, avós e colaterais são pessoas muito preocupadas com coisas abstratas, sejam elas de natureza científica, literária ou artística, e limitadas no interesse autêntico que têm para as pessoas. Mesmo nos casamentos mais felizes permanecem relações mais frias e formais. (Kanner, 1983:264³, tradução nossa).

Com base nessas informações, Kanner indagava se, e até que ponto, o tipo de relações parentais precoces justificaria os distúrbios apresentados. Respondendo negativamente, por considerar que o retraimento das crianças se revelava desde o princípio da vida, concluiu:

Kanner, Paris, PUF, 1983, p.217-264) e a tradução portuguesa *Os Distúrbios Autísticos de Contato Afetivo* (in Rocha, P. S. org. *Autismos*, São Paulo, Escuta, 1997, p. 111-170).

² « L’exceptionnel, le ‘pathognomonique’, le désordre fondamental est l’inaptitude des enfants à établir des relations normales avec les personnes et à réagir normalement aux situations depuis le début de la vie » (Kanner, 1983:253).

³ « Dans tout le groupe, il n’y avait qu’un très petit nombre de père et de mère aimants. Pour la plupart, les parents, grands-parents et collatéraux sont des personnes hautement préoccupées par des abstractions scientifiques, littéraires ou artistiques et limitées dans leur intérêt authentiquement populaire. Même quelques-uns des mariages les plus heureux ne furent rien moins que tièdes et une affaire formelle ».

Nós podemos concluir, portanto, que estas crianças vieram ao mundo com uma incapacidade inata para o contato afetivo usual com as pessoas, biologicamente previsto, exatamente como as outras crianças vêm ao mundo com deficiências físicas ou intelectuais. (Kanner, 1943:230⁴, tradução nossa).

Kanner vai então dar ao conjunto dos transtornos descritos – distúrbios alimentares, psicomotores, intelectuais, do comportamento e da linguagem – o nome de Distúrbios autísticos inatos do contato afetivo (Kanner, 1983). No seu segundo artigo, escrito em 1944, Kanner (1946a) vai denominar a síndrome descrita de Autismo Infantil Precoce, terminologia que ele manterá em todos os escritos posteriores.

Seguindo o seu trabalho de atendimento aos pacientes do Hospital John Hopkins – até o final de suas pesquisas foram atendidas em torno de cem crianças autistas – Kanner publica uma série de artigos voltados para questões como etiopatogenia, nosologia, tratamento e prognóstico do Autismo Infantil Precoce. Mas é, sobretudo, a busca pela etiologia da síndrome e por sua definição que constituirá um dos objetivos privilegiados de seus estudos, como de resto sempre foi e continua sendo a interrogação de todos aqueles que se interessam pelo autismo. Na série de artigos publicados, Kanner mostra que, ao longo de seus vinte e nove anos de trabalho, utilizou três níveis de análise: organicista, funcionalista e psicológica, os quais, no primeiro artigo, já se encontram reunidos. Concebe, assim, desde o início, a existência de uma função fisiológica de relação com o mundo, do mesmo modo que existe uma função visual ou auditiva, embora não forneça nenhuma indicação sobre o substrato biológico de tal função. Defendendo, assim, uma causa biológica para a incapacidade de estabelecer contato com as pessoas, entende que as onze crianças do grupo não teriam a aptidão inata para se relacionar com o mundo exterior: “Nós podemos concluir, portanto, que

⁴We must, then, assume that these children come into the world with innate inability to form the usual, biologically provided affective contact with people just as other children come into the world innate physical or intellectual handicaps.

estas crianças vieram ao mundo com uma incapacidade inata para o contato afetivo usual com as pessoas ...” (Kanner, 1943:230; v. nota de rodapé nº 3).

A visão funcionalista também é encontrada na definição inicial: a criança percebe os estímulos, mas não apresenta respostas adequadas, ou seja, revela um distúrbio funcional no nível do organismo biológico de respostas ao meio. “O excepcional (...) é a inaptidão das crianças (...) para reagir normalmente às situações ...» (Kanner, 1983:253; v. nota de rodapé nº 1). Trata-se de uma perturbação da capacidade para utilizar a estrutura biológica concernente às relações da criança com o mundo exterior, o que provocaria reações impróprias.

A terceira concepção, psicológica, está explicitamente destacada na designação atribuída ao conjunto dos transtornos descritos: Distúrbios autísticos inatos do contato afetivo (grifo nosso). Além disso, Kanner chama atenção para o outro componente da relação criança-mundo exterior quando dá ênfase às particularidades psicológicas dos pais das crianças, que, em sua visão, apresentam como traço comum a frieza afetiva.

No entanto, a partir dos artigos seguintes, de 1944 a 1971, cada uma dessas concepções, com a orientação etiopatogênica correspondente, marcará um período na condução do pensamento de Kanner. Inicialmente, destaca-se justamente a visão psicodinâmica, quando o psiquiatra insiste na observação da conduta dos pais na relação com os filhos autistas e com as pessoas em geral. Já no segundo artigo, de 1944 (Kanner, 1946a), a síndrome única (de 1943) transforma-se em síndrome psicopatológica. As crianças do grupo são consideradas semelhantes de um ponto de vista psicopatológico, pois apresentam características essenciais, como o distúrbio fundamental - a incapacidade para estabelecer relações com o mundo exterior. Os sintomas secundários – de alimentação, da linguagem, do comportamento, psicomotores e intelectuais – se reúnem em torno desse distúrbio fundamental ou sintoma primário, do qual derivam.

No artigo de 1946, Kanner (1946b) afirma que as condições das crianças oferecem oportunidade para estudar os pontos de vista genético e psicodinâmico. As relações precoces pais-filhos ganham destaque em seus estudos dessa época e, em 1949, a síndrome do Autismo Infantil Precoce é estabelecida e aceita como um modelo psicopatológico. Ele então vai reafirmar a importância das relações psicodinâmicas, após se deter longamente sobre a personalidade, atitude e comportamento dos pais, por considerar que tais observações punham muita luz sobre a dinâmica da condição psicopatológica das crianças.

Alguns anos mais tarde, a visão de Kanner (Kanner e Eisenberg, 1955, 1956) ainda é psicopatológica, mas se torna também funcional. Na época, três pontos de vista dominavam a literatura sobre autismo (Berquez, 1983): 1º) o comportamento dos pais é uma reação às particularidades da criança, que existem à priori (posição biológica). 2º) os pais, e mais particularmente as mães, são a fonte de base da patogênese (teoria psicogenética do autismo). 3º) a criança é dotada de uma incapacidade inata para entrar em relação com as pessoas e é influenciada desfavoravelmente pelo comportamento e atitudes paternas, posição que coloca no mesmo patamar um distúrbio inato da relação da criança e uma personalidade desordenada dos pais.

Diante desse panorama, Kanner vai defender a idéia de que o Autismo Infantil Precoce se constitui quando a criança e os pais apresentam transtornos, e é dessa relação específica entre pais de personalidades particulares e crianças com um distúrbio inato que vai se desenvolver o autismo. A estrutura psicológica própria da criança, resultante de fatores inerentes e da dinâmica relacional pais-filho, passou a ser vista como a principal determinante do desenvolvimento ulterior (Kanner e Eisenberg, 1955).

Em seguida, a síndrome é psicopatológica, funcional e, sobretudo, clínica. O que faz a unicidade do Autismo Infantil Precoce não é mais o distúrbio primário, mas a especificidade clínica dos sintomas, combinados e interconectados entre si. Kanner ainda admite que a

configuração emocional é importante na gênese do autismo, mas admite que ela não é suficiente por si mesma para desencadeá-lo. O Autismo Infantil Precoce torna-se uma total desordem psicobiológica, sendo necessário um estudo particular de cada tipo de funcionamento, o biológico, o psicológico e também o social (Kanner e Eisenberg, 1956).

Relativamente à constatação da impossibilidade da ciência da época de encontrar uma causa orgânica para o autismo, afirma que os resultados negativos das investigações neurológicas não podem ser considerados uma demonstração conclusiva da falta de patologia no sistema nervoso central. Deve-se, portanto, ele aconselha, esperar pacientemente as pesquisas em curso.

Voltando a analisar a personalidade dos pais das crianças autistas, Kanner (1958) afirma que se pode pensar neles como “autistas afortunados”, sugerindo a possibilidade de que eles apresentariam as manifestações latentes ou benignas da patologia, enquanto seus filhos mostrariam as formas manifestas. Esse é o entendimento que ele expõe após observar o comportamento dos pais diante da “auto-suficiência” dos filhos, que, parecendo esquecidos de tudo, dão a impressão de uma silenciosa sabedoria: a mecanização dos cuidados revela frieza emocional; a ausência de calor materno é freqüentemente observada desde a primeira visita ao hospital; embora aparentemente amigáveis com os filhos, os pais raramente conseguem descer de “seu pedestal de adulto” para se entregar aos jogos infantis. Curiosamente, Kanner escrevera, em 1946, o artigo *En defensa de las madres* (1974), criticando o chavão já então corrente “*Chercher la mère*”.

O autismo seria, portanto, uma doença recessiva autossômica, os pais sendo heterozigotos “normais” e a criança autista, um homozigoto defeituoso, hipótese que explicaria inclusive porque numa fratria, em face das leis da hereditariedade, nem todos manifestariam a enfermidade. Assim, e apesar de ter reconhecido, em 1955, juntamente com Eisenberg, que os exames clínicos e de laboratório eram insuficientes para indicar de modo

específico as anomalias orgânicas constitucionais ou adquiridas, Kanner (1965) reafirma, vinte e dois anos depois de seu primeiro artigo, o seu ponto de vista inicial: a patologia tem uma causa biológica (que pode ser genética). O Autismo Infantil Precoce é definitivamente concebido como um quadro clínico bem definido, cujos sintomas são inigualáveis e específicos. Preocupado, nesse momento, em diferenciar o Autismo Infantil Precoce de outras patologias, censura a tendência dos pesquisadores americanos e europeus em considerar o autismo como um desenvolvimento anormal imputado aos determinantes emocionais maternos.

É então que, em 1968, vai criticar o psicanalista Bettelheim, cujas idéias a respeito da etiologia do autismo estão associadas ao tipo de relações que as mães de crianças autistas desenvolvem com seus filhos. O psiquiatra acredita que o psicanalista cometera um erro ao desenvolver a teoria explicitada no livro *A fortaleza vazia* (1967/1987), segundo a qual a experiência de humanização bem sucedida somente ocorre quando a mãe deseja relacionar-se com o filho, destacando o não desejo de que a criança exista como o agente precipitante da síndrome autista. Em sua perspectiva teórica, Bettelheim crê na possibilidade de um encontro primário com o outro, encontro que não ocorreria no caso da criança autista, que se retiraria da cena face à ausência do desejo do outro. Apesar de sua atenção e interesse voltados para o comportamento e atitude dos pais das crianças atendidas no Serviço de Psiquiatria do Hospital John Hopkins, e da concepção psicodinâmica que defendera durante tantos anos, Kanner (1968), em sua crítica a Bettelheim, afirma que todos os observadores, à exceção dos que se encontram alienados por certa fidelidade doutrinária, reconhecem que o autismo em sua origem não é uma aquisição ou uma doença “criada pelo homem”.

Antes de abandonar seus interesses pela etiopatogenia para se dedicar aos estudos longitudinais, Kanner (1971) conclui que o saber extremamente limitado sobre a etiologia do autismo certamente favorece um vasto campo para hipóteses e teorias de validade muito

restrita. Ele próprio, durante os seus quase trinta anos de pesquisas, oscilou entre três modelos possíveis de etiologia do Autismo Infantil Precoce - organo-mecanicista (biológica), organodinâmica (funcional) e psicodinâmica (psicológica) - sem ter podido extrair de nenhum deles um grau de confiabilidade tal que implicasse definitivamente a exclusão dos demais.

2.2 - Autismo Infantil Precoce: escolha da terminologia

A escolha da terminologia Autismo Infantil Precoce foi sugerida pela evidência muito clara de sintomas típicos nos dois primeiros anos de vida: o autocentramento e, sobretudo, desde o início, uma solidão impenetrável. O termo acentua a precocidade das primeiras manifestações e a acessibilidade muito limitada das crianças (Kanner, 1958).

Na verdade, quando, em 1958, Kanner procurou justificar o nome dado à patologia, cuja escolha fora efetuada em 1944 (1946a), seu objetivo era excluir o autismo do grupo das Esquizofrenias infantis. O fato é que Kanner inicialmente nomeara autismo o isolamento característico das onze crianças do grupo - sintoma principal do quadro descrito – e, logo em seguida, designara a própria síndrome como Autismo Infantil Precoce. O termo autismo foi empregado com base na definição dada por Bleuler, psiquiatra dedicado ao estudo das psicoses infantis, à predominância do mundo interior observada em crianças que tinham recebido o diagnóstico de Esquizofrenia. “Essa evasão da realidade e, ao mesmo tempo, a predominância relativa ou absoluta da vida interior, é o que nós chamamos autismo” (Bleuler, 1964⁵, apud Berquez, 1983:44, tradução e grifo nossos).

Na realidade, o termo autismo foi criado a partir da noção de auto-erotismo, desenvolvida por Freud (1905/1972) para definir o comportamento sexual infantil precoce,

⁵ « Cette évacion de la réalité et, dans le même temps, la prédominance relative ou absolue de la vie interieur, c'est ce que nous appelons autisme ». E. Bleuler, *Dementia praecox oder grupp der schizophrenien*, 1911, tradução resumida para a língua francesa por Henri Ey. Paris: Anaclitics, 1964.

em que o indivíduo obtém satisfação recorrendo ao seu próprio corpo. Por discordar da posição freudiana quanto ao papel essencial da sexualidade na constituição do psiquismo, Bleuler extraiu da palavra auto-erotismo a referência à sexualidade designada por *Eros*, e estabeleceu o termo autismo para se referir ao investimento em si mesmo, investimento que, no entanto, não seria da ordem da sexualidade e da libido (Cavalcanti e Rocha, 2001; Tafuri, 2003).

Ainda que o autismo, sintoma do Autismo Infantil Precoce, lembre o retraimento da Esquizofrenia infantil, ele aparece desde o segundo semestre da vida, impedindo a criança de estabelecer contato com o mundo exterior. Os pais constataam muito precocemente um transtorno da relação, não havendo no desenvolvimento da criança um período durante o qual ela se apresente relativamente bem adaptada (Kanner, 1949; Berquez, 1983:70). Na Esquizofrenia, ao contrário, há uma evasão da realidade depois de um período de desenvolvimento normal, quando a vida interior adquire então uma predominância mórbida. Além do mais, o isolamento no Autismo Infantil Precoce não é acompanhado de “pensamentos autísticos”, como ocorre na Esquizofrenia, uma vez que a criança autista não estabelece, desde o princípio, relações usuais com a realidade; trata-se de um retraimento vazio de representações mentais, portanto, de pensamentos fantasiosos (Berquez, op.cit.).

2.3 - Definição de Autismo Infantil Precoce

Inicialmente, é o fechamento da criança em seu mundo interior que recebe em Kanner o estatuto de distúrbio fundamental. Mas, esse isolamento e um desejo ansioso e obsessivo pela preservação da imutabilidade tornam-se, em seguida, as características dominantes, os principais critérios de diagnóstico, as matrizes patognomônicas do Autismo Infantil Precoce. Designados sintomas primários, responsáveis pela clínica, eles vão explicar os demais

sintomas, seus derivados (distúrbios da alimentação, do comportamento e da linguagem, psicomotores e intelectuais).

Desse modo, o Autismo Infantil Precoce pode ser definido, fenomenologicamente, como uma excessiva solidão, numa referência ao mundo interior da criança (distúrbio intrapsíquico), mas também como um distúrbio da relação entre o mundo interior e o mundo exterior. Quando Kanner passa a ver o autismo como uma síndrome clínica, ele põe em relevo o distúrbio intrapsíquico, enfatizando a natureza orgânica e biológica do distúrbio responsável por esse mundo interior autístico.

Berquez (1983:49-50-53), no entanto, privilegiando a segunda parte da definição de Kanner, propõe que o autismo seja visto como um transtorno primário e fundamental entre os dois termos da relação (*trouble relationnel*). Nessa acepção, o transtorno é primário porque é a partir dele que a sintomatologia clínica se instaura; e a etiopatogenia deixa de ser a do transtorno e passa a ser a da sintomatologia (distúrbios secundários). É também fundamental porque, além de permitir a descrição clínica da nova entidade, cria a sua especificidade. Com efeito, trata-se de uma retomada da concepção preliminar de Kanner, segundo a qual o distúrbio fundamental era a incapacidade da criança de estabelecer relações com as pessoas e a reagir normalmente às situações.

A atenção sobre a relação entre o mundo interior e o mundo exterior da criança exclui do campo de estudo a natureza do transtorno, destaca a dimensão clínica do Autismo Infantil Precoce e restringe a etiopatogenia à sintomatologia. É uma maneira de estudar os transtornos da relação neles mesmos e por eles mesmos e não o sujeito que apresenta os distúrbios (Berquez, 1983:47 e 53). Berquez nomeia de “matriz relacional” (*matrice relationnelle*) o conjunto das relações entre um objeto e o resto do mundo. No caso, a matriz relacional é o conjunto das relações do mundo interior com o mundo exterior do sujeito *infans*. Desse modo, o objeto de estudo é a relação e não os termos entre os quais a relação se dá ou não. O autor é

conduzido, conseqüentemente, a colocar a problemática da sintomatologia do autismo sobre a relação criança-mundo, e não sobre uma inaptidão a priori da criança. Assim, fica excluída a questão de saber se se trata de um distúrbio biológico da criança ou de uma perturbação psicodinâmica. O transtorno fundamental e primário é um distúrbio da matriz relacional, nomeada “matriz relacional autística”, entre a criança e o mundo exterior (op.cit., 56-57).

Os sintomas secundários, derivados dos sintomas primários (isolamento e imutabilidade), são, segundo Kanner, os distúrbios psicomotores e alimentares, os distúrbios de linguagem e de comportamento, bem assim os distúrbios intelectuais. Na concepção de Berquez, o retraimento e a imutabilidade fazem parte da descrição fenomenológica dos dois termos da relação, o mundo interior autístico e o mundo exterior imutável. Os distúrbios secundários, nessa concepção, derivam não de um ou de outro desses mundos, mas são a expressão da relação entre eles. O “sistema relacional” (*systeme relationnel*) entre o mundo interior e o mundo exterior se atualiza na alimentação, na psicomotricidade, na linguagem, no comportamento e no desenvolvimento intelectual da criança (Berquez, 1983:93).

2.4 - Sintomatologia clínica

A descrição de Kanner sobre a sintomatologia clínica do autismo compreende os chamados distúrbios secundários: alimentares, psicomotores, do comportamento, da linguagem e intelectuais. No caso dos distúrbios alimentares e posturais, relatados pelos pais das crianças, a referência é o recém-nascido e o bebê. No caso dos demais distúrbios, a referência é a criança que adquiriu a marcha e um controle suficiente sobre seu meio para manter o idêntico.

A não aceitação da alimentação pela criança constitui a rejeição mais precoce do que vem do mundo exterior, e revela, ao mesmo tempo, sua recusa de entrar em contato com o

entorno. Como as primeiras relações com o mundo exterior se fazem no nível da oralidade, os distúrbios alimentares surgem como os primeiros sinais de dificuldades no estabelecimento dessas relações (Kanner, 1997).

Os distúrbios psicomotores manifestam-se através de uma apatia geral da criança em seu berço, de uma não resposta facial diante da aproximação das pessoas, de uma ausência de reação antecipatória para ser tomada nos braços e de uma falta de adesão corporal quando o adulto a carrega. Segundo Gesell (1977, apud Kanner, 1997), a ausência de reação antecipatória para ser tomada nos braços na presença dos pais é normal até os 4 meses. No entanto, nas crianças autistas a falta de reação persiste até por volta do segundo ou terceiro ano. Muitas mães se lembram de não terem conseguido tomar nos braços o filho que se encontrava indiferentemente estendido. Muitas tinham a sensação de levantar e sustentar, em vez de uma criança, “um saco de batatas”. Esses distúrbios são interpretados como refletindo a presença, muito precoce, de uma solidão extrema que leva a criança a desdenhar, ignorar, excluir todo aquele que, vindo do exterior, dirige-se para ela (Kanner, 1946a).

Mais tarde, surgem os balanços rítmicos e os estereótipos gestuais (Kanner, 1946a, 1958), características quase universalmente presentes em todas as crianças autistas, que podem balançar-se na cama enquanto conciliam o sono, bater as mãos ou tensionar os músculos quando se excitam, chutar, balançar-se sobre um pé ou outro, aplaudir, entrecruzar os dedos, girar ou correr em círculos, atividades essas que, segundo Rapin (1996), cumpririam uma função de auto-estimulação.

O comportamento da criança é dominado por um desejo obsessivo e angustiado de manter a imutabilidade, cuja alteração somente ela pode, em raras ocasiões, efetuar. O meio ambiente material deve ser mantido intacto em sua totalidade, sem alteração do seu conjunto. Tudo deve estar imperativamente na mesma posição: o arranjo dos móveis, a colocação das camas e cadeiras, os pratos, os livros na biblioteca, etc. Essa imutabilidade deve concernir

também ao desenvolvimento dos eventos, assim como às solicitações da criança, formuladas sempre exatamente da mesma forma, o que força os pais a serem também obsessivos. A tarefa de manter o idêntico em uma absoluta conservação do mesmo, uma vez que qualquer modificação provoca perplexidade e desconforto, faz com que seja extremamente difícil para a criança autista aprender coisas ou fazer inovações. A segurança é dada pela conservação do idêntico, uma segurança que, na realidade, é muito tênue por causa das mudanças que inevitavelmente estão constantemente sendo produzidas e em relação às quais a criança se sente permanentemente ameaçada (Berquez, 1983:106-107).

A criança tem uma boa relação com os objetos inanimados, manifestando interesse ou jogando com eles durante muito tempo, expressando alegria, quando os manipula sem dificuldades, ou cólera quando não consegue, por exemplo, encaixá-los apropriadamente. Algumas crianças manifestam uma exuberante alegria quando rodopiam objetos, o que revela, segundo Kanner (1958), seu sentimento de poder e de controle incontestado sobre eles. Pelo contrário, se os objetos têm um movimento autônomo que as crianças não podem diretamente controlar, como os aspiradores, os elevadores, etc., isso provoca reações de raiva e pânico.

Para Rapin (1996), os transtornos de atenção levam algumas crianças autistas a manipular um objeto atrás do outro, sem jogar com eles, embora muitas possam, durante um tempo extremamente longo, manter a atenção nas atividades favoritas.

Na presença das pessoas, embora tenha consciência delas, parece não considerá-las diferentes dos objetos, pois as trata do mesmo modo. Charles N, uma das 11 crianças do grupo de Kanner, quando picado com uma agulha pelo médico que o examinava, manifestava ira contra o objeto perfurador e não contra a pessoa que lhe havia infligido desconforto (Kanner, 1983). A falta espantosa de consciência do sentimento dos outros, que parece não serem percebidos pelo autista como pessoas iguais a ele, liga com uma espécie de “fio vermelho”, o conjunto dos casos relatados (Kanner e Eisenberg, 1956).

Sobre essa surpreendente falta de consciência do sentimento dos outros, Kanner relata o caso de um menino de 4 anos que, numa praia cheia de gente, seguia sempre em frente sem se preocupar de saber se para isso ele deveria andar sobre jornais, braços, pés ou torsos. A criança não caminhava intencionalmente sobre as pessoas, mas não fazia o menor esforço para se desviar delas. Ela agia como se não distinguisse pessoas e coisas, ou, ao menos, como se não se sentisse preocupado por essa distinção.

As crianças autistas têm uma melhor relação com a imagem das pessoas do que com as pessoas. John F, outra das 11 crianças do grupo, não fazia distinção entre as pessoas retratadas numa pintura e as pessoas reais, pois, quando via uma fotografia perguntava seriamente quando a pessoa que ali aparecia sairia da imagem e entraria na sala.

Muitas crianças autistas não entram em relação com outras crianças tanto no nível corporal, como no fisionômico e verbal. Elas brincam solitariamente ou até podem se aproximar da periferia do grupo, mas dele se afastam rapidamente, repetindo o mesmo movimento de aproximação e distanciamento indefinidamente.

A função de comunicação da linguagem está gravemente perturbada nas crianças autistas. Aquelas que não a utilizam, sendo, por isso, consideradas mudas – atualmente a criança autista que não fala é chamada não verbal (Rapin, 1996) - parecem compreendê-la, observa Kanner (1997, 1946b). Além do mais, muitas conseguem emitir palavras ou frases em situações críticas, como uma criança de 5 anos, que nunca tendo falado, exclamou com toda clareza “Tira isso de mim” quando a pele de uma ameixa que se grudara no céu da boca deixava-a incomodada. As crianças que começam a falar mostram que, durante seu período de silêncio, armazenaram um inventário considerável de material lingüístico, do qual podem dispor quando necessário, geralmente em situações aflitivas. Muitas vezes, trata-se de repetições de combinações de palavras escutadas, repetições que se dão imediatamente após

terem ouvido pela primeira vez as produções lingüísticas, ou muito tempo depois da primeira ocorrência, numa espécie de ecolalia retardada, como no caso mencionado.

Para as crianças que adquirem linguagem, as estruturas gramaticais são freqüentemente formas bizarras. A afirmação é indicada pela repetição literal da pergunta, com o emprego inclusive da mesma entonação, pela repetição dos pronomes pessoais exatamente como são escutados pela primeira vez e sem a mudança que segue a modificação da situação; a criança fala dela como “tu” e da pessoa a quem ela se dirige como “eu”. Por outro lado, a presença de “sonsonete” ou “prosódia de madeira” pode indicar a incapacidade de atender as dimensões acústicas do discurso (ritmo e melodia da linguagem que clarifica o significado e ajuda a comunicar a intenção e o afeto do falante).

Em algumas crianças, o sentido das palavras torna-se inflexível e, por isso, elas são utilizadas com a conotação originária. Donald T, por exemplo, começou a dizer “Yes” quando o pai lhe falou que se ele quisesse ser posto em seus ombros deveria pronunciar essa palavra. Assim, todas as vezes que o menino queria que o pai repetisse o gesto de segurá-lo nos ombros dizia “Yes”, que tomou essa significação particular e não o sentido que lhe é próprio de símbolo geral de assentimento (Kanner, 1997).

É assim que as crianças dizem palavras e frases que aparentemente não têm nenhuma relação com o assunto corrente ou com a situação na qual são expressas, dando a impressão de uma linguagem sem sentido, incoerente, irrelevante. No entanto, se se tem a oportunidade de verificar essas produções em relação com o momento em que foram preliminarmente emitidas, constata-se um sentido definido e particular. Para Kanner (1946b), essas transferências de sentido das frases utilizadas pelas crianças autistas podem ser compreendidas como um processo de substituição metafórica, diferente do processo de substituição aceitável em poesia ou na linguagem corrente, o qual permanece enraizado nas experiências concretas e específicas da criança que a utiliza. O único fio condutor para o

interlocutor ter acesso à fonte original pode ser fornecido pela observação direta e pela lembrança do episódio que está na origem de cada expressão metafórica particular (Berquez, 1983).

Numa avaliação mais recente, observa-se que, em geral, as crianças autistas têm dificuldades para responder perguntas com final aberto, do tipo “quando”, “por quê” e “como”. A aparente surdez é denominada Agnosia Auditiva Verbal ou surdez de palavra, considerada o mais severo transtorno (Rapin, 1996), uma vez que inabilita a criança para decodificar o código fonológico da linguagem acústica, tornando-a incapaz de desenvolver uma expressão verbal. O mais comum, no entanto, é uma forma mista de transtorno, na qual a compreensão, ainda que deteriorada, encontra-se em iguais ou melhores condições que a expressão. De todo modo, a linguagem é escassa, com orações agramaticais curtas e uma não corrente conjugação verbal, e o vocabulário é pobre, com déficit de recordação de palavras (Anomia).

Kanner e Eisenberg (1955) baseiam-se nas capacidades de memória incomuns e surpreendentes das crianças autistas para inferir suas capacidades intelectuais. Com efeito, muitas revelam uma fenomenal capacidade para reter na memória séries de poemas, canções, jogos musicais infantis, etc. Uma criança era capaz de cantar trinta e sete canções, mencionar os nomes dos presidentes e vice-presidentes dos Estados Unidos, repetir as vinte e cinco questões e respostas do catecismo presbiteriano, numa idade (3 anos) em que os sons emitidos tinham pouca significação para ela. É graças a essa memória prodigiosa que a criança autista pode exigir que os objetos se mantenham dispostos exatamente na mesma posição espacial, uns em relação aos outros, e que as seqüências complexas se reproduzam sempre na mesma ordem original.

A ecolalia retardada, a repetição de comerciais de televisão e a habilidade precoce para recitar o alfabeto e dizer histórias palavra por palavra são indícios de uma memória verbal

superior, porém não da habilidade da criança de compreender o que está dizendo, afirma Rapin (1996). A excelente memória visual a torna capaz de aprender a linguagem através da visão e a incomum capacidade de lembrar caminhos ou traços de lugares visitados testemunha uma excelente memória espacial. Ainda assim, a dificuldade da criança autista para reter o que os educadores procuram ensinar pode refletir suas limitações cognitivas e uma manifesta dissociabilidade das capacidades mnêmicas especializadas. Algumas crianças autistas têm déficits específicos de percepção visual, como agnosia para caras ou gestos e expressões faciais da comunicação não verbal.

Para Rapin (op.cit.), a observação de uma criança que brinca com objetos representacionais é o modo mais eficiente de verificar o seu status mental. Em geral, as crianças autistas manipulam joguetes e brinquedos em vez de brincar com eles. Se são capazes de algum jogo imaginativo, este pode ser a repetição de um cenário anteriormente aprendido. Singman e Ungerer (1984, apud Filipek et al., 1999) distinguem o uso simplesmente manipulador de bonecos ou marionetes (quando a criança golpeia ou chupa os brinquedos) ou estereotipado (quando põe os brinquedos em fila, por exemplo) do jogo representativo ou simbólico (quando a criança usa um boneco para representar um personagem). Os jogos do autista, em geral, muito pobres, são não intencionais, pois um déficit proeminente em crianças autistas é a incapacidade de imaginar o que uma pessoa está pensando e experimentando e como seu próprio comportamento pode ser percebido por outras pessoas. Este déficit, explicado a partir da “teoria da mente” (Frith, 1996; Bottruff, 2001), justifica, acredita Rapin, as deficientes capacidades sociais das crianças autistas.

2.5 - O autismo após o artigo preliminar de Kanner

Com a descrição do autismo, os interesses e pesquisas sobre a patologia dividiram-se em duas vertentes principais: as que adotaram uma perspectiva psicodinâmica e as que mantiveram uma concepção organicista. A primeira vertente alcançou grande repercussão e se difundiu a idéia de que o autismo era decorrência das relações iniciais entre mães e filhos, consideradas insatisfatórias do ponto de vista afetivo.

Quando Mahler, psicanalista húngara, apresentou no Instituto de Psiquiatria do Estado de Nova York, o trabalho “Estudos Clínicos em casos de psicose infantil benigna e maligna”, Kanner, então debatedor, a aconselhou a dar maior atenção aos pais das crianças em tratamento (Paiva, 1995). Trabalhando com a hipótese de que o desenvolvimento infantil normal está determinado por três fases distintas e simultâneas, autística, simbiótica e processo de separação-individuação, Mahler (1983), atendo-se à interação mãe-bebê, enfatiza as possibilidades intrapsíquicas do bebê que estão sujeitas a patologias precoces. Na chamada fase autística normal, que vai do nascimento aos três meses de vida, há uma barreira de proteção contra os estímulos externos excessivos, e a satisfação das necessidades do bebê depende de sua própria esfera autística onipotente, da qual a mãe é parte integrante. No entanto, embora a mãe se constitua como agente externo, o bebê não diferencia os cuidados maternos de seus próprios esforços para aliviar a tensão de desprazer, como as respostas instintivas a nível reflexo. Ligado ao fator biológico, um ego rudimentar guarda os traços qualitativos do que é bom ou mau dentro de uma estrutura indiferenciada, deficiente e rudimentar, que impede a criança de perceber a mãe como figura pertencente ao mundo externo. Na fase simbiótica normal, que se estende dos três meses a um ano de vida, há um estado de fusão com a mãe, eu e não-eu se misturam, mas o ego ultrapassa seu estado rudimentar dando início ao processo de diferenciação estrutural que desemboca na conduta

adaptativa do indivíduo. A terceira fase desencadeia-se quando a criança está pronta para o funcionamento autônomo e dele obtém um certo prazer. A individuação, que leva ao investimento progressivo das funções do ego, se liga à evolução da autonomia, da percepção, da memória, da cognição e da prova de realidade, enquanto a separação, que leva à evolução da relação de objeto, supõe a diferenciação, a distanciação, a formação de limites e o afastamento da mãe.

A desordem autística, conforme a teoria mahleriana, é uma regressão ao primeiro estágio normal e primário do desenvolvimento, o que faz do autismo uma distorção psicopatológica do desenvolvimento normal do ego e de suas funções nas primeiras relações mãe-filho.

Muitos psicanalistas adotaram essa concepção durante vários anos, até que os estudos feitos com bebês por pesquisadores de alguns países (Trevarten, 1979, por exemplo) mostraram que não há um estágio infantil normal de autismo primitivo para o qual regrediria a criança que se tornasse autista. Tustin, psicanalista da escola inglesa, num artigo intitulado *A perpetuação de um erro* (1995a), afirma que a hipótese mahleriana, que a própria autora abandonou pouco antes de morrer, perpetuou distorções e obstruiu comunicações entre pesquisadores psicodinâmicos. Como hipótese alternativa, Tustin (1995b) supõe o autismo como uma proteção específica para o trauma da separação entre mãe e filho. As crianças particularmente sensíveis parecem predispostas para lidar com as situações difíceis de uma forma autista, recuando diante da dor e das dificuldades extremamente agudas. A mãe, por sua vez, se deprimida e pouco sustentada pelo pai da criança, pode não dar ao filho a compreensão de que ele precisa.

Tustin usa uma escultura de Henry Moore, que mostra a figura de uma mãe com um buraco na altura do seio, segurando uma criança no colo, para reproduzir a situação da criança autista que está aí para preencher o buraco da solidão e da depressão da mãe. Mãe e filho

estão firmemente ligados entre si e a separação, da qual não há representação verbal, produz um “buraco negro” e uma depressão profunda. O autismo vem amortecer essa experiência e evitar a dor. Nessa linha de pensamento, o autismo é uma desordem do desenvolvimento que tem como ponto de partida o trauma da separação mãe-filho. Os pais dessas crianças, geralmente absorvidos pelo trabalho, não são suficientemente presentes e não se posicionam o bastante na situação familiar e no tratamento da criança (Tustin, 1995c).

Lebovici, psiquiatra e psicanalista francês, afirma que os conflitos nas relações objetais primitivas, vividos pela criança como uma frustração traumática e precoce, constituem os fundamentos psicopatológicos do autismo. Tais conflitos podem ser decorrentes de uma incapacidade da mãe de assegurar relações satisfatórias, e podem ser acentuados por defeitos orgânicos da criança (Mazer e Lebovici, 1991; Siqueira, 1995).

No Brasil e na Argentina, Jerusalinsky (1984:31), baseado em uma vasta experiência clínica com autistas, considera que o aparecimento de traços e quadros autistas está “inteiramente vinculado ao desequilíbrio do encontro do agente materno com a criança”. O equilíbrio do encontro entre os dois depende, de um lado, do que ele nomeia o status psíquico do agente materno, e de outro, das condições constitucionais da criança para se apropriar dos registros imaginário e simbólico, indispensáveis à formação do vínculo mãe-filho. Entende esse psicanalista laciano que o que caracteriza a estrutura autística é a “exclusão” de uma inscrição do sujeito. Em seu lugar, encontra-se o Real, ou seja, a ausência de uma inscrição, o que faz a criança receber a demanda do Outro na posição de repetição da exclusão. Isso explicaria porque o autista recebe qualquer manifestação do laço social como uma demanda de “ausentificação”, quando, por exemplo, vira as costas para aquele que a ele se dirige. A demanda do Outro o situa num mínimo de subjetividade tal que lhe assegura organizar a sua relação com o mundo; mas, “não há um sujeito propriamente dito”, já que não

existe nenhum deslocamento discursivo, uma vez que sua posição em relação ao significante é marcada pela exclusão (Jerusalinsky, 1993:63-64).

Numa perspectiva organicista, nos últimos anos o avanço da tecnologia no campo da ciência médica possibilitou a verificação de maiores evidências de possíveis causas de ordem genética, neurológica e anatômica do autismo. Rapin (1996), por exemplo, afirma que um diagnóstico de autismo implica sempre um sistema cerebral específico disfuncional. A disfuncionalidade teria uma etiologia de ordem genética ou seria consequência de rubéola congênita, espasmos infantis, esclerose tuberosa, malformação cerebral ou muitas outras lesões no cérebro em desenvolvimento. Reconhecendo que a maior parte das crianças que sofreram uma disfuncionalidade cerebral em consequência de uma dessas razões não é autista, Rapin se defende alegando que a localização da patologia no cérebro é o que determina a emergência da sintomatologia autística. No entanto, como ela própria e outros (Filipek et al., 1999) admitem, inexistem até o momento um teste biológico confiável que permita o diagnóstico de autismo.

Por outro lado, pesquisas mais recentes indicam variações de três a mais de vinte genes que podem contribuir para a suscetibilidade ao autismo, como aqueles que regulam a ação de três poderosos neurotransmissores: o glutamato, que está intimamente relacionado com a aprendizagem e a memória, a serotonina e o ácido-gama-amino-butírico (Gaba), implicados no comportamento obsessivo-compulsivo, na ansiedade e na depressão. Os genes que controlam o desenvolvimento do cérebro estão sendo igualmente objeto de estudo. Os resultados das pesquisas genéticas, no entanto, não são conclusivos (Nash, 2002).

Outras pesquisas sugerem que cérebros de crianças autistas são anatomicamente diferentes, tanto na escala macroscópica quanto na microscópica. Também foram encontradas anormalidades no cerebelo de crianças e adultos autistas, como um menor número de células Purkinje, que têm uma função importante no sistema de integração de dados: receber

informações sobre o mundo externo, computar seu significado e preparar outras áreas do cérebro para que respondam apropriadamente a elas. Outras anormalidades anatômicas, que podem representar uma alteração do desenvolvimento, têm sido confinadas ao sistema límbico (Bauman e Kemper, 1996).

Considerando que o desenvolvimento de novas tecnologias diagnósticas nas áreas de neurofisiologia, neuroquímica, neuropatologia, neuroimagens e genética aplicadas ao estudo exaustivo da etiologia do autismo segue esbarrando na significativa quantidade de casos nos quais os resultados das investigações são negativos, o diagnóstico continua se baseando exclusivamente na história e na conduta atual da criança, que vão indicar se existe impedimento social, da linguagem e da conduta.

2.6 – Sistemas Padrão de Classificação

Com a descrição inicial de Kanner, o autismo foi considerado uma “reação psicótica” e como tal classificada, em 1952, sob a definição de “Esquizofrenia ou Reação Esquizofrênica, tipo infantil”, pela Associação Psiquiátrica Americana (Filipek et al., 1999). Na década de 70, foi formulado o primeiro conjunto de critérios para diagnóstico de autismo, que o afastou definitivamente da Esquizofrenia Infantil e outras Psicoses. Com isso, a Associação Psiquiátrica Americana incluiu, em 1980, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, terceira revisão (DSM-III), a categoria Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), para descrever distúrbios caracterizados por alterações de múltiplas funções psicológicas básicas, implicadas no desenvolvimento das habilidades sociais e da linguagem. A ausência de sintomas psicóticos, como delírios, ilusões ou alucinações, se converteu num dos critérios diagnósticos de autismo (*American Psychiatric Association*, 1988), embora o texto revisado do DSM-IV admita um diagnóstico adicional de Esquizofrenia

se o indivíduo com diagnóstico prévio de Transtorno Autista desenvolver aspectos característicos da fase ativa do transtorno psicótico pelo período mínimo de um mês.

A categoria Transtornos Globais de Desenvolvimento (TGD) abarca uma série de transtornos caracterizados por um comprometimento grave e global em diversas áreas do desenvolvimento, como habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação ou presença de estereotípias de comportamento, interesses e atividades, que se manifestam, em geral, nos primeiros anos de vida, associados ou não a condições médicas como anormalidades cromossômicas e estruturais do sistema nervoso central e infecções congênicas. Os TGD compreendem atualmente as seguintes subcategorias: Transtorno Autista (cujas características consistem na presença de um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses), Transtorno de Asperger (que se refere a uma conduta autista moderada, estreito espectro de interesses, capacidades lingüísticas normais - embora aspectos sutis da comunicação social possam estar afetados, - coeficiente intelectual normal ou próximo da normalidade e torpeza motriz freqüente), Transtorno Desintegrativo da Infância (que consiste numa regressão pronunciada em múltiplas áreas do funcionamento - perda da linguagem, das habilidades sociais, motoras e cognitivas e da capacidade para jogos simbólicos - após um período de, pelo menos, 2 anos de desenvolvimento aparentemente normal), Transtorno de Rett (transtorno neurodegenerativo essencialmente limitado a meninas, que acarreta o desenvolvimento de múltiplos déficits específicos após um período de funcionamento normal durante os primeiros meses de vida) e Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, incluindo Autismo Atípico (categoria usada para o comprometimento grave e global do desenvolvimento cuja apresentação não satisfaz os critérios para Transtorno Autista, em vista inclusive da idade tardia de aparecimento). O subgrupo Transtorno Autista é reservado exclusivamente para os que apresentam os sinais

clássicos de autismo antes dos 3 anos de idade (Frith, 1998; Filipek et al., 1999; American Psychiatric Association, 2002).

Com a classificação Transtornos Globais do Desenvolvimento o DSM-III reconheceu, entendem Filipek et al. (1999), a existência de um continuum autista, uma vez que a complexa e ampla variedade dos sintomas pertinentes aos subgrupos assinalam múltiplas etiologias agrupadas em torno de uma sintomatologia nuclear semelhante, baseada em uma tríade de alterações (interação social, comunicação e imaginação), conforme destacaram Wing e Potter (2001). De fato, a quarta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association, 2002*) incluiu o termo “qualitativo”, para descrever, não apenas a presença ou ausência, em termos absolutos, de uma determinada conduta como suficiente para cumprir os critérios diagnósticos, mas um continuum de deteriorações dentro dos critérios maiores de interação social, comunicação verbal e não verbal e condutas ou interesses restritos e repetitivos (chamados déficits nucleares). Assim, os TGD mostram a possibilidade de uma marcada variedade na severidade da sintomatologia, inclusive no que diz respeito ao nível de funcionamento intelectual. Nesse sentido, de acordo com Filipek et al, pode-se falar tanto em Transtornos Globais do Desenvolvimento como em Transtornos do Espectro Autista.

Um outro sistema diagnóstico padrão é o CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão, da Organização Mundial de Saúde (2003, 2004), utilizado no Brasil, que utiliza critérios idênticos ao sistema anterior para diagnóstico dos Transtornos Globais de Desenvolvimento⁶, tais como deficiência qualitativa da interação social recíproca, da comunicação verbal e não verbal e da imaginação, e repertório nitidamente restrito de atividades e de centros de interesse (Frith, 1996). Não

⁶ Algumas publicações brasileiras utilizam a tradução Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, enquanto outras empregam Transtornos Globais do Desenvolvimento para a subcategoria F84, utilizada pelo sistema de classificação CID-10.

obstante a similitude dos transtornos nucleares, existe uma diferença importante entre os dois sistemas de classificação, já que o CID-10 inclui a Psicose como um tipo de autismo.

2.7 - Epidemiologia

Em 1966, Lotter (apud Sugiyama, 1996) realizou o primeiro estudo epidemiológico e mostrou que a prevalência (número de casos existentes em uma população definida em um determinado momento do tempo) de autismo era de 4,5/10.000. Nos quinze anos seguintes, a maioria dos estudos de todo o mundo mostrou grande concordância, estabelecendo a prevalência em redor de 2 a 5/10.000 (Sugiyama, op. cit.). Nos anos oitenta, alguns estudos registraram, ainda de acordo com Sugiyama, uma prevalência maior, como, por exemplo, de 10,1 por cada 10.000 crianças entre 6 e 14 anos, no Canadá, e de 13,0 por cada 10.000 crianças entre 1,5 e 3 anos, no Japão.

A combinação de dois estudos epidemiológicos, reconhecidos pela Sociedade Nacional de Autismo do Reino Unido (NAS), o primeiro realizado no antigo bairro londrino de trabalhadores de Camberwell, com crianças de Coeficiente Intelectual inferior a 70 (Wing e Gould, 1979), e o segundo realizado num local representativo das cidades suecas com mais de 100.000 habitantes (Gothenberg), parcialmente industrializado, mas sem bairros pobres, com crianças de Coeficiente Intelectual superior a 70 (Ehlers e Gillberg, 1993), cobrindo todo o espectro autista (pessoas com alguma incapacidade social), resultou num índice de prevalência total de 91 por cada 10.000 crianças, incluindo as manifestações mais sutis de autismo.

Nos Estados Unidos, o número de crianças autistas elevou-se consideravelmente nos últimos quinze anos, conforme estudo realizado pela Agência de Saúde e Serviços Humanos da Califórnia. Acompanhados os pacientes que apresentavam Transtornos do Espectro Autista

no período de 1987 a 1998, utilizando-se os critérios do DSM-IV, observou-se um incremento da patologia em cada ano (*Califórnia Health and Human Services Agency*, 1999, apud Wing e Potter, 2001; Nash, 2002).

Ocorre que os estudos epidemiológicos mais antigos utilizaram os critérios de Kanner, considerados muito estreitos, e os realizados posteriormente empregaram critérios mais amplos, como os sistemas de classificação atuais DSM-IV e CID-10 (Wing e Potter, (2001). Assim, o termo diagnóstico autismo foi usado de diversas maneiras: ora como uma referência ao grupo original de Kanner, ora como uma referência a um grupo mais amplo chamado Autismo Infantil (CID-10) e Transtorno Autista (DSM-IV), ou ainda como uma referência a todo o espectro autista, nomeado, como visto acima, Transtornos Globais do Desenvolvimento.

De acordo com Wing e Potter (2001), o incremento do número de pessoas com um transtorno do espectro autista pode estar relacionado a essa mudança nos padrões de referência e aos critérios diagnósticos, assim como a uma maior conscientização sobre as diferentes manifestações do comportamento autista. Por isso, declaram, não é possível afirmar se a prevalência dos transtornos do espectro autista (ou de um ou mais subgrupos) aumentou ou continua aumentando, se existem diferenças nos índices nas diversas partes do mundo, assim como não é possível ter uma idéia sobre a prevalência de autismo, passada ou presente, nos países em desenvolvimento. Seria necessário, alertam Wing e Potter, realizar, de forma repetida, estudos epidemiológicos intensivos durante um longo período de tempo, em diversas populações.

No Brasil, estima-se que dez mil crianças com menos de cinco anos sofrem de autismo, segundo dados da Associação de Amigos do Autista (AMA), entidade que surgiu no País há cerca de vinte anos (Lourenço, 2000). No município de São Paulo, segundo estimativas da mesma Associação, nascem todos os anos mais de duzentas crianças autistas

(Lima, 2003). Em Pernambuco, não há estimativas, mas no Centro Médico Psicopedagógico Infantil (CEMPI) do Hospital Geral Otávio de Freitas, em Tejipió, mais de 110 pacientes com até 12 anos recebiam atendimento em outubro/2000 (Lourenço, op. cit.). Na Clínica de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas de Olinda – FACHO, receberam o diagnóstico de autismo em 2003: 03 meninos (entre 19 crianças do sexo masculino e 2 do sexo feminino), 03 adolescentes do sexo masculino e 1 do sexo feminino (entre 04 rapazes e 03 moças) (FACHO, 2003). No CPPL - Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem, em Recife, 35 crianças “acompanhadas em trabalho psicanalítico” em 18.12.03, apresentavam, ou tinham apresentado no início do tratamento, “sinais de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento” (CPPL, 2003).

O autismo é de três a quatro vezes mais freqüente em meninos do que em meninas (Wing e Gould, 1979), como ocorre, assegura Rapin (1996), em todas as desordens de desenvolvimento da função cerebral. Geschwind e Galaburda (1985, apud Rapin, 1996) explicam a preponderância da síndrome em crianças do sexo masculino com uma teoria, ainda não validada, que leva em consideração os efeitos da testosterona na maturação do cérebro e o desenvolvimento intra-uterino do sistema imunológico.

Em entrevista concedida a Trevisan (2003), Baron-Cohen, pesquisador inglês dedicado ao estudo do autismo há muitos anos, informou ter observado diferenças de comportamento entre homens e mulheres, justificadas pela existência de dois tipos de cérebros: um voltado para a empatia, mais comum nas mulheres, e um sistematizador, mais freqüente nos homens. O cérebro feminino permite uma melhor compreensão das pessoas e das emoções, enquanto o masculino demonstra maior habilidade no entendimento de coisas e sistemas. A partir da aplicação de “testes de empatia”, que permite medir o interesse pelos sentimentos de outras pessoas e a facilidade para percebê-los, e “testes de sistematização”, que dá a medida do interesse em diferentes sistemas, como máquinas, programas de

computador ou sistemas naturais, Baron-Cohen verificou que as mulheres respondem melhor ao primeiro e os homens ao segundo.

A respeito de uma possível interferência dos fatores culturais, esse pesquisador alega ter estudado crianças no primeiro ano de vida. De acordo com ele, mostradas a essas crianças o rosto de uma pessoa e um móvel mecânico, os bebês do sexo masculino olhavam mais tempo para o móvel, enquanto os bebês do sexo feminino se fixavam nas faces. Além disso, Baron-Cohen procura mostrar a influência dos hormônios masculinos no estágio pré-natal: quanto maior o nível de testosterona no líquido amniótico, menor a probabilidade de a criança se fixar nos olhos das pessoas quando têm um ano de idade, assegura ele. A conclusão desse pesquisador é de que o autismo é uma exageração do perfil masculino, uma vez que o autista é profundamente interessado em sistemas e ao mesmo tempo apresenta uma severa dificuldade para estabelecer empatia.

2.8 - Nosso posicionamento: a relação criança-mundo

É extraordinária a multiplicidade de trabalhos sobre autismo⁷ e extremamente variados os pontos de vista de seus autores - entre os quais mencionamos apenas uma parte -, a depender do campo em que estejam inseridos: pesquisadores das neurociências, psiquiatras, cognitivistas, psicólogos, psicanalistas, pedagogos, fisioterapeutas, etc. Escolhemos, todavia, das considerações até aqui expostas, o posicionamento de Berquez (1983), que adota, conforme visto acima, a relação criança-mundo (matriz relacional) como objeto de estudo do autismo, o que permite excluir de nossos interesses mais imediatos a questão etiopatogênica,

⁷ Recentemente, para formulação de parâmetros práticos para a detecção precoce e diagnóstico de Autismo, a Sociedade (Americana) de Neurologia Infantil, a Academia Americana de Neurologia e representantes de nove organizações profissionais e quatro organizações de pais dos Estados Unidos, revisaram cerca de 4.000 documentos da literatura científica sobre o tema, utilizando uma busca computadorizada nas fontes bibliográficas da Biblioteca Nacional de Medicina (*Medline*) e da Associação Americana de Psicologia (*PsychINFO*), cf. Filipek et al. (1999).

que tem motivado muitas hipóteses e pesquisas, cujos resultados continuam criando novas polêmicas e resultados quase sempre pouco conclusivos. Matriz relacional é definida, como mencionado anteriormente, como o conjunto das relações existentes entre um objeto e o conjunto dos outros objetos, entre um objeto e o resto do mundo. No caso do autismo, a matriz relacional é o conjunto das relações do mundo interior com o mundo exterior da criança, o acento sendo posto não entre um dos termos da relação, mas sobre a relação ela mesma e por ela mesma. Considerar que o autista é aquele que não pode estabelecer relações com o outro, é uma posição que privilegia como objeto de estudo um dos termos da relação, a saber, a criança com um distúrbio fundamental, seja de que ordem for, sem levar em conta o(s) outro(s) termo(s) da relação, a mãe, o pai, os familiares, outras pessoas, o mundo, enfim. Como Berquez enfatiza, não se trata de dar conta da criança diretamente ou do outro termo da relação (por exemplo, os pais e suas dificuldades particulares), mas do sistema relacional nele mesmo, o que implica descrever a sintomatologia clínica do autismo como perturbação da matriz relacional entre a criança e o mundo exterior, nomeada por Berquez de matriz relacional autística.

De nossa parte, esse posicionamento encontra sua justificativa nos resultados de pesquisas e estudos sobre interações precoces, que indicam que a interação mãe-bebê é uma construção conjunta, que conta com a participação ativa não apenas do adulto, mas também da criança, desde o início da vida (Ferreira, 1990), conforme será visto mais adiante.

NOTA: Este texto constitui um capítulo da Tese de Doutorado “João, uma criança com olhar de estrela – O autismo: um estudo de caso”, da autoria de Severina Sílvia Maria Oliveira Ferreira, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Linguística da Universidade Federal de Pernambuco, em 2004, sob a orientação do Prof. Dr. Luiz

Antônio Marcuschi. O capítulo foi escrito antes do lançamento da quinta edição do DSM.