

DO SINTOMA AO DIAGNÓSTICO: EVOLUÇÃO DAS CARACTERIZAÇÕES NOSOGRÁFICAS DO AUTISMO DO SÉCULO XX AO XXI¹

Alice Toledo Santos Lawall²

Anna Costa Pinto Ribeiro³

RESUMO

Esta revisão foca o histórico e a caracterização nosográfica do autismo, trazendo a linha do tempo a partir do século XX até os tempos atuais e buscando discorrer a evolução dos sinais clínicos apresentados pelos pacientes associados ao espectro, bem como o seu diagnóstico. O objetivo deste estudo é esclarecer o seguinte questionamento: como a evolução observada dos sintomas apresentados pelos pacientes contribuiu para as modificações do diagnóstico e as atuais conjunturas do espectro do autismo? Com a pesquisa realizada, identifica-se que os domínios de interação social, comunicação e padrão restrito e repetitivo de comportamento tiveram consolidação no DSM-V-RT e na CID-11, enquanto os subdomínios de interação social e comunicação foram reduzidos. Compreender a evolução dos critérios diagnósticos promove o desenvolvimento da clínica, potencializando a antecipação do reconhecimento da doença e das intervenções necessárias para um melhor prognóstico. Através das linhas de argumentação, feitas através de bases historiográficas e dos manuais diagnósticos, a pesquisa levanta o fato de que o sintoma pode tendenciar o diagnóstico, construindo uma saúde focada no sintoma e não no sujeito. A metodologia foi de caráter exploratório, feita através da leitura de materiais publicados em formato de pesquisas científicas e publicações feitas em canais importantes da área, como Pepsic e Scielo, com o intuito de levantar um conhecimento disponível sobre as teorias, enriquecer a construção de informação sobre o objeto de estudo e orientar a formulação de novas hipóteses sobre o presente assunto.

Palavras-chave: Autismo. Comportamento. Interação social. Manuais diagnósticos.

FROM SYMPTOM TO DIAGNOSIS: EVOLUTION OF NASOGRAPHIC CHARACTERIZATIONS OF AUTISM FROM THE 20th TO THE 21st CENTURY

ABSTRACT

This review focuses on the history and nosographic characterization of autism, bringing the timeline from the 20th century to the present time, seeking to discuss the evolution of clinical signs presented by patients associated with the spectrum and diagnosis. The

¹ Artigo de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Psicologia e saúde. Recebido em: 23/05/2022.

² Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: alicelawall174@gmail.com.

³ Doutora em Psicologia pela UFJF e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: annaribeiro@uniacademia.edu.br.

objective of this study is to clarify the following question: How did the observed evolution of the symptoms presented by the patients contributed to the changes in the diagnosis and current conjunctures of the autism spectrum? With the research carried out, it is identified that the domains of social interaction, communication and restricted and repetitive pattern of behavior were consolidated in the DSM V and CID 11, and the subdomains of social interaction and communication were reduced. Understanding the evolution of diagnostic criteria promotes the development of the clinic, enhancing the anticipation of the recognition of the disease and the necessary interventions for a better prognosis. Through the lines of argument, made with historiographical bases and in the Diagnostic Manuals, the research raises the fact that the symptom tends to the diagnosis, building a health focused on the symptom and not on the subject. The methodology was exploratory, made through the reading of materials published in the format of scientific research and publications made in important channels in the area such as pepsic and scielo, in order to raise available knowledge about the theories, in order to enrich the construction of information about the object of study and guide the formulation of new hypotheses on the present subject.

Keywords: Autism. Behavior. Social interaction. Diagnostic manuals.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno identificado na infância e que não possui cura. Porém, com tratamentos, pode-se melhorar a qualidade de vida da criança. É considerado uma conjuntura que atinge aproximadamente 2% da população, segundo dados da CDC – *Central of Disease Control* (2018), podendo ser classificado como leve (em que somente pessoas próximas ao sujeito percebem) ou grave (prejudicando o sujeito ao realizar atividades simples, como falar).

No decorrer do trabalho, são apresentados dados históricos da análise nosográfica do autismo, desde os primeiros estudos acerca do tema no ramo da psiquiatria, em 1911, até os mais novos consensos expostos pelos Manuais Diagnósticos de Psiquiatria, em 2022. São analisadas, também, as sintomatologias apresentadas nos estudos abordados e suas correlações diagnósticas em torno da patologização do espectro autista.

Por mais de 100 anos, estudiosos debruçaram-se sobre a temática do autismo. Muitas foram as evoluções nos tratamentos, assim como as novas perspectivas na abordagem e na conduta terapêutica dos pacientes diagnosticados com autismo. Historicamente, os grandes marcos evolutivos do diagnóstico da patologia do autismo até o século XX foram, certamente, o DSM anterior à década de 80 (Manual

Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e a CID (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, publicado no século XIX). Estes manuais apresentam diferenças nas nomenclaturas, características e códigos utilizados para fins de diagnóstico, mas convergem nos pressupostos conceituais que embasam a classificação nosográfica. A consciência de que as manifestações comportamentais são heterogêneas e de que há diferentes graus de acometimento, além de, provavelmente, múltiplos fatores etiológicos, deu origem ao termo *Transtornos do Espectro do Autismo*. Este, assim como o termo TID (Transtornos Invasivos do Desenvolvimento), refere-se a várias condições distintas (autismo, síndrome de Asperger e TID-SOE). No entanto, ao contrário do termo referido anteriormente, o conceito de TEA engloba uma possível natureza dimensional, que interconecta diversas condições e ultrapassa as fronteiras claramente definidas em torno dos rótulos diagnósticos.

Este conceito, de natureza dimensional, apoia-se no fato de que o autismo e os demais transtornos relacionados são perturbações do desenvolvimento mais fortemente associadas a fatores genéticos, podendo ser encontradas características de vulnerabilidade e rigidez social em familiares desses pacientes, mesmo que tais familiares não preencham os critérios para um diagnóstico clínico (KLIN, 2006).

Assim, com o levantamento historiográfico abordado neste artigo, busca-se relatar a evolução dos estudos sintomatológicos e diagnósticos do autismo, trazendo pesquisas dos principais autores que se dedicaram ao tema, bem como seus relatos e observações. Procura-se, também, descrever como a sintomatologia observada na linha nosográfica do autismo e sua mudança contribuem para o refinamento do diagnóstico do espectro, conjuntamente com a discussão acerca de sua patologização.

Através do detalhamento das características historiográficas do autismo, observa-se que a evolução do diagnóstico, ao longo dos séculos XX e XXI, ocorreu a partir dos domínios e subdomínios em que se baseiam as categorizações nosográficas. Os estudos que ocorreram na década de 90 fomentaram o desejo de pesquisa sobre tal doença.

Assim, o presente artigo pode ser dividido em três momentos: o primeiro visa fazer uma breve apresentação sobre a conceituação do autismo (o que é e quais são

suas principais características), bem como percorrer sua linha histórico-nosográfica, desde o início do século passado até a chegada do DSM-V-RT e da CID-11, focando a construção temporal do diagnóstico do autismo, através do aprofundamento nos manuais diagnósticos de psiquiatria; em um segundo momento, estabelece-se a correlação entre a linha cronológica do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e as modificações sintomáticas do autismo; finalmente, são analisados os dados levantados na pesquisa, dialogando com a linha de argumentação que questiona a associação entre a doença mental e sua sintomatologia.

2 O AUTISMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é denominado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2013) como um transtorno de neurodesenvolvimento, de maneira que:

[...] as manifestações comportamentais que definem o TEA incluem comprometimentos qualitativos no desenvolvimento sociocomunicativo, bem como a presença de comportamentos estereotipados e de um repertório restrito de interesses e atividades, sendo que os sintomas nessas áreas, quando tomados conjuntamente, devem limitar ou dificultar o funcionamento diário do indivíduo (APA, 2013 apud ZANON et al., 2014, p.25).

São perceptíveis as manifestações dos déficits do autismo no cotidiano da criança. O déficit na comunicação/linguagem pode ser encontrado com a ausência ou o atraso do desenvolvimento da linguagem oral. Já o déficit na interação social é recorrente ao autismo, tendo em vista a falta de reciprocidade, a dificuldade na socialização e o comprometimento do contato com o próximo. Outros fatores perceptíveis no autista consistem no déficit comportamental, nos movimentos repetitivos e nas estereotipias. Eles encontram-se presentes na maioria dos casos, levando algumas vertentes de tratamento a salientarem a necessidade do autista em estabelecer uma rotina (SANTOS; VIEIRA, 2017).

Segundo Teixeira (2016), assim como existem crianças que conseguem interagir bem e frequentar lugares com grande concentração de pessoas, existem casos de crianças com autismo mais severo, para quem a multidão, as luzes e os sons

tornam-se insuportáveis, gerando reações imprevisíveis, tais como birras e autoagressões.

O diagnóstico precoce do autismo possibilita intervenções que favoreçam o desenvolvimento das habilidades comprometidas, proporcionando uma melhor adaptação para o indivíduo e sua família. O diagnóstico em idades cada vez mais precoces, entretanto, é um desafio. A Academia Americana de Pediatria (AAP) preconiza a vigilância, orientando os profissionais a estarem alertas às queixas familiares e a executarem rastreamento por meio da utilização de instrumentos padronizados para avaliação do risco (JAMES; PIZUR-BARNEKOW; SCHEFKIND, 2014).

2.1 ANÁLISE NOSOGRÁFICA DO AUTISMO DE ACORDO COM SUA HISTORIOGRAFIA

O termo *autismo* é proveniente de uma estruturação histórica do seu conceito, definição e nomenclatura. A psiquiatria moderna, na virada do século XVIII para o XIX, diagnosticava como *idiotia* tudo aquilo que cobria o campo da psicopatologia de crianças e adolescentes. Logo, a *idiotia* pode ser considerada precursora não só do atual retardo mental, mas das psicoses infantis, da esquizofrenia infantil e do Transtorno do Espectro do Autismo (BERCHERIE, 2001).

Estabelecendo uma linha de tempo, pode-se salientar acontecimentos marcantes que caracterizavam a nosografia do autismo, tais como os descritos a seguir. O termo *autismo* foi utilizado primeiramente por Eugen Bleuler, em 1911. O psiquiatra suíço buscou, em seus estudos, descrever as características da esquizofrenia. No entanto, o uso da denominação adquire maior proporção apenas em 1943, por meio do psiquiatra Leo Kanner, que, em suas primeiras pesquisas, já abordava características relevantes do autismo (CUNHA, 2015).

Kanner descreveu todas as suas observações em um artigo intitulado *Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo*, relatando onze casos de crianças que apresentavam um isolamento extremo desde o início da vida e um desejo obsessivo pela preservação das mesmices. Ele descreveu o quadro como uma síndrome, denominando-a de *autismo infantil precoce*, pois os sintomas já eram evidentes na

primeira infância. Além disso, observou que essas crianças apresentavam inabilidade no relacionamento interpessoal, atraso na aquisição da fala e dificuldades motoras. O autor foi considerado pioneiro, visto que, diferentemente de tantos outros pesquisadores da literatura psiquiátrica da época, foi o primeiro a publicar um trabalho sobre um assunto que, até então, não tinha os conceitos definidos, sendo confundido com a esquizofrenia e a psicose infantil (KANNER, 1943).

Observa-se que Kanner (1943), ao descrever e definir o conceito de autismo, valorizou o viés da impossibilidade de comunicação, de linguagem e mesmo de estabelecimento de contatos afetivos. Ao enfatizar os aspectos da fala, o autor passou a despovoar e esvaziar a interioridade de tais sujeitos, isolando-os do mundo externo. Contudo, o próprio Kanner, ao exercer a prática clínica em tais pacientes autistas, viu-se cercado por contradições (DURANTE, 2011).

Um ano depois, em outubro de 1944, Asperger, um psiquiatra e pesquisador austríaco, apresentou sua tese de livre docência na Faculdade de Medicina de Viena, baseando-se em casos atendidos na Clínica Infantil da universidade e que constituíam a síndrome que nomeou como *Psicopatia Autística Infantil*. Esta síndrome foi caracterizada por dificuldades de integração social de crianças que, diferentes daquelas descritas por Kanner, possuíam um bom nível de inteligência e linguagem e cujos sintomas apareciam somente após o terceiro ano de vida (DIAS, 2015).

Ao contrário das crianças de Kanner, que demonstravam ter boas relações com os objetos, as crianças de Asperger estabeleciam relações anormais tanto com as pessoas quanto com os objetos, ignorando certos elementos do ambiente ou se fixando exageradamente a outros. Seu olhar não se detinha por muito tempo nas coisas e deslizava sobre as pessoas. Além disso, algumas crianças dedicavam-se a coleções exóticas ou inúteis ou à ordenação de objetos. Asperger atribuiu tais problemas a uma deficiência biológica, especialmente genética, não especulando sobre aspectos psicodinâmicos, nem relacionando o estado com o caráter dos pais (ASPERGER, 1991; KANNER, 1943).

Em decorrência da Segunda Guerra Mundial e do fato de o trabalho de Asperger ter se restringido ao leitor alemão e holandês, sua pesquisa ficou totalmente desconhecida durante muitas décadas. Enquanto isso, o trabalho de Kanner foi publicado em inglês, apresentando grande disseminação (DIAS, 2015).

O estudo de Asperger só foi amplamente conhecido após Wing (1991), médica psiquiatra inglesa, divulgar sua tese no mundo científico e associá-lo ao autismo de Kanner. Ela apontou que a principal questão, nesse campo, consistia em saber se as duas condições, Kanner e Asperger, eram variedades da mesma anormalidade ou entidades separadas. Concluiu que caracterizavam variedades de uma mesma entidade, tornando-se responsável pela grande divulgação do autismo e pela introdução da noção de espectro no campo científico (DIAS, 2015).

Wing foi responsável pela publicação do artigo *A relação entre síndrome de Asperger e o autismo de Kanner*, comparando os autores e concluindo que havia similaridades surpreendentes entre as crianças descritas pelos dois autores em dez pontos. A partir desse momento, a psicopatia autística infantil passou a ser conhecida no mundo como Síndrome de Asperger e ligada ao autismo de alto funcionamento (DIAS, 2015).

Diversas teorias a respeito da causa do autismo foram estipuladas. Nas décadas de 1950 e 1960, Bruno Bettelheim, psicólogo austríaco, difundiu a ideia de Kanner – *mães-geladeira*, a qual explicava tal fenômeno como proveniente da “indiferença emocional das mães” (MERCADANTE; ROSÁRIO, 2009). Mais tarde, pensou-se em um transtorno orgânico, consequência de uma doença do sistema nervoso central, uma patologia incapacitante e crônica que acarretava sérios comprometimentos no campo cognitivo e no desenvolvimento da motilidade e da linguagem, além do impedimento neurofuncional (BARBOSA, 2014).

Na mesma época, o psiquiatra Eugene Bleuler, que também estudou o autismo, contrariou um dos aspectos estabelecidos por Leo Kanner, dividindo a opinião da comunidade científica. Kanner declarava que todos os indivíduos com o transtorno do autismo não possuíam aptidão para o relacionamento social nem para reagir perante situações da vida. Nessa concepção, o autista não teria imaginação. Ao contrário, Bleuler afirmava que os mesmos indivíduos sofriam com a ausência da realidade, pois penetravam em seu mundo particular, ignorando o seu redor. O autista mergulharia no seu interior, em sua própria e fecunda imaginação (RODRIGUES; SPENCER, 2010).

Até meados de 1970, devido à grande influência exercida pelo saber psicanalítico que prevalecia na época, o autismo era comumente incluído no rol das

psicoses infantis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). As incessantes discussões acerca da existência (ou, no caso, inexistência) da linguagem no autismo geraram inquietações nas áreas de conhecimento que se propunham teorizar a esse respeito, em especial a psicanálise, a neuropsiquiatria, a psicologia e a linguística, que procuraram rever determinados conceitos (DURANTE, 2011).

No Brasil, o conhecimento sobre o autismo foi se instalando gradualmente, seja pela difusão dos conceitos da psiquiatria de Kanner, da psiquiatria infantil francesa (como a de Ajuriaguerra) ou das abordagens psicanalíticas. Também foi mais tardio o aparecimento, no país, das associações de familiares de pessoas com autismo. Em 1983, surgiu a primeira Associação de Amigos de Autistas do Brasil, a AMA-SP, tendo como principal mentor o Dr. Raymond Rosemberg. Em 1989, a Associação Brasileira do Autismo (ABRA) promoveu o I Congresso Brasileiro de Autismo, cuja segunda edição aconteceu em 1991 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Pela Lei Berenice Piana (nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012), que instituiu uma política nacional de proteção aos direitos das pessoas com Transtorno do Espectro Autista, estas passam a ser consideradas pessoas com deficiência, para todos os efeitos legais. Essa mesma lei, em seu Art. 1º, § 1º, classifica como pessoa com autismo “aquela portadora de síndrome clínica caracterizada” (BARBOSA, 2014), ou seja:

1. Deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;
2. Padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos (BRASIL, 2012).

Em 2020, entrou em vigor a Lei 13.977, conhecida como Lei Romeo Mion. O texto criou a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA), emitida de forma gratuita, sob responsabilidade de estados e municípios. O documento é um substituto ao atestado médico e tem o papel de facilitar o acesso a direitos previstos na Lei Berenice Piana (JUSBRASIL, 2020).

Apesar da relevância do tema, ainda é escasso o número de publicações científicas sobre o cuidado com as crianças com TEA, especialmente no que diz respeito às perspectivas de seus parentes e familiares. Teixeira et al. (2010), em uma revisão sistemática, observou que apenas 93 artigos científicos brasileiros sobre TEA foram produzidos entre 2002 e 2009. Dentre esses, apenas 21 faziam referência às habilidades de comunicação da criança com TEA e à convivência com seus parentes. Esse mesmo estudo aponta que a produção científica brasileira sobre TEA não corresponde à demanda do país (GOMES et al., 2015).

Suplino (2009) afirma que, apesar de haver pesquisas brasileiras e internacionais, além de obras destinadas a esse fim, há mais de sessenta anos, o transtorno do autismo ainda é desconhecido pela maioria da população brasileira.

A seguir, realiza-se uma descrição cronológica do diagnóstico do autismo, a partir dos dois manuais diagnósticos de psiquiatria mais difundidos no mundo, a CID e o DSM.

2.2 O AUTISMO NOS MANUAIS NOSOGRÁFICOS

Os critérios que subsidiaram o diagnóstico do autismo passaram por diversas mudanças ao longo dos anos e foram descritos nos manuais de categorização nosográfica. Os mais conhecidos e utilizados são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), particularmente a partir da década de 1980. Estes manuais apresentam diferenças nas nomenclaturas, características e códigos utilizados para fins de diagnóstico, mas convergem nos pressupostos conceituais que embasaram a classificação nosográfica, sendo hegemônicos no período em que foram publicados (DUNKER, 2014).

A Associação Americana de Psiquiatria publicou, em 1952, a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-I). Referência mundial para pesquisadores e clínicos do segmento, este manual fornecia as nomenclaturas e os critérios-padrão para o diagnóstico dos transtornos mentais estabelecidos. Nesta primeira edição, os diversos sintomas de autismo eram classificados como um

subgrupo da esquizofrenia infantil, não sendo entendidos como características de uma condição específica e separada (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952).

A primeira edição do DSM, manual da Associação Americana de Psiquiatria (APA), foi desenvolvida a partir dos sistemas de coleta de recenseamento e estatísticas de hospitais psiquiátricos e do manual do Exército dos Estados Unidos, utilizado para seleção e acompanhamento de recrutas. Também sofreu influência do sistema diagnóstico de Adolf Meyer, com enfoque na oposição entre neurose e psicose, sendo o autismo classificado como sintoma da *Reação Esquizofrênica tipo Infantil* (ALARCON; FREEMAN, 2015).

Já em 1968, na segunda edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-II), observa-se que o autismo foi inserido no quadro *esquizofrenia de início na infância*, mas sem apresentar alterações significativas em relação à edição anterior. A partir da década de 1980, o autismo foi retirado da categoria de psicose, de modo que, no DSM-III, utilizou-se a nomeação de *distúrbios invasivos do desenvolvimento* (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968; 1980).

As décadas de 1970 e 1980 também foram o período de surgimento e difusão de estratégias educacionais e comportamentais dirigidas às pessoas com autismo, como o *Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children* (TEACCH), proposto por Eric Schopler, da Universidade da Carolina do Norte (EUA), e a *Applied Behavioral Analysis* (ABA), a partir dos trabalhos de Ivar Loovas na Universidade da Califórnia (EUA) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em 1978, o psiquiatra Michael Rutter classificou o autismo como um distúrbio do desenvolvimento cognitivo, criando um marco na compreensão do transtorno. Ele propôs uma definição com base em quatro critérios:

1. Atraso e desvio sociais não só como deficiência intelectual; 2. Problemas de comunicação não só em função de deficiência intelectual associada; 3. Comportamentos incomuns, tais como movimentos estereotipados e maneirismos; 4. Início antes dos 30 meses de idade (KLIN, 2006, p. 54).

Os manuais nosográficos despertam questionamentos sobre como mensurar os domínios comportamentais apresentados de forma descritiva. As escalas de avaliação comportamental e a avaliação neuropsicológica, nesse cenário, possibilitam

mensurar objetivamente tais aspectos, avaliando a gravidade e o funcionamento cognitivo. Alguns instrumentos e modelos de avaliação são utilizados junto a esses critérios para auxiliar no diagnóstico, como os instrumentos de rastreio, as observações sistematizadas do comportamento e do padrão de desenvolvimento e as avaliações do perfil sociocognitivo (FERNANDES et al., 2020).

A definição de Rutter e o crescente corpo de trabalhos sobre o autismo influenciaram a definição desta condição no DSM-III, em 1980, quando o autismo, pela primeira vez, foi reconhecido e colocado em uma nova classe de transtornos, a saber: *os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento* (TID). Até o DSM-III, o autismo era tratado como um subgrupo da psicose e, portanto, não recebia a nomenclatura nosográfica de *autismo*.

O termo TID foi escolhido para refletir o fato de que múltiplas áreas de funcionamento são afetadas no autismo e nas condições a ele relacionadas. Na época do DSM-III-R, o termo TID ganhou raízes, levando à sua adoção também na décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (KLIN, 2006).

Em 1994, ano em que consta a publicação do DSM-IV, as diretrizes se mantiveram, porém houve uma mudança na nomenclatura e o autismo começou a ser chamado de Transtorno Autista. Nessa época, o DSM-IV e a CID-10 se alinharam, ainda que o segundo utilizasse a denominação *Transtorno Global do Desenvolvimento*, para que as linhas de pesquisa começassem a ter um sentido mais único. Foi neste momento que a Síndrome de Asperger foi adicionada ao DSM, ampliando, assim, o estudo do transtorno e considerando casos mais leves, em que os indivíduos diagnosticados podiam ser considerados funcionais (AUTISMO E REALIDADE, 2020).

Diferentes grupos de trabalho contribuíram para o desenvolvimento da quinta edição do DSM. Ocorreram, na primeira década do século XXI, diversas conferências para levantamento da literatura de transtornos mentais produzida até então (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Em 2013, foi publicado o DSM-V, que situou o autismo na categoria de Transtornos do Neurodesenvolvimento e o assumiu como *espectro*, substituindo, assim, as subcategorias dos *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento*. Desde então, as manifestações do autismo passaram

a ser abordadas por um único termo abrangente: *Transtornos do Espectro do Autismo*, nos quais foram assinalados especificadores para identificar suas variações, como a presença ou ausência de comprometimento intelectual, comprometimento estrutural da linguagem, condições médicas ou perda de habilidades anteriormente adquiridas (REGIER et al., 2013).

Logo, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) absorveu, em um único diagnóstico, os outros transtornos especificados nos *Transtornos Invasivos de Desenvolvimento* (TID), fazendo apenas distinção quanto ao nível de gravidade em relação à interação e à comunicação. O diagnóstico é clínico, feito por indicadores, por meio de observações comportamentais e relatos quanto ao histórico do desenvolvimento, sendo guiado por critérios universais e descritivos, com base em teorias do desenvolvimento e das neurociências (FERNANDES et al., 2020).

O DSM-V estimulou os clínicos a utilizarem uma tabela com três níveis de severidade para pontuar o grau de apoio necessário em cada área. Esta avaliação complementar tornou possível não apenas a indicação de que o sujeito avaliado se encontra no espectro do autismo, mas quais aspectos, em geral, merecem mais atenção nas dimensões comunicativas e comportamentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

No dia 18 de março de 2022, foi publicada através da Associação de Psiquiatria Americana a última atualização do DSM, intitulada como DSM-V-RT, foram feitas apenas correções de cunho ortográfico, colocando o diagnóstico em um sentido mais único sem duplas interpretações, auxiliando os profissionais da saúde.

Nesse sentido, essas alterações de definição devem-se às consequentes revisões do DSM ao longo do tempo, além do rompimento com a psicanálise, sobretudo no ano de 1980, que representou o marco zero da nova relação entre a psiquiatria e a psicopatologia. Naquele ano, houve a publicação da terceira versão deste manual psiquiátrico, que surgiu com novas proposições, constituindo-se de forma teórica e operacional (DUNKER, 2014).

Em 1989, a CID-10 foi aprovada pela Conferência Internacional para a Décima Revisão e adotada pela Quadragésima Terceira Assembleia Mundial de Saúde para entrar em vigor em 1º de janeiro de 1993. Nesta edição, a Classificação Internacional de Doenças citava diretrizes diagnósticas dos *Transtornos Globais do*

Desenvolvimento, dentre os quais se encontrava o autismo, definido da seguinte forma: presença de desenvolvimento anormal e/ou comprometido, manifestando-se antes de três anos de idade da criança, a qual deve apresentar funcionamento anormal no que diz respeito às seguintes áreas: interação social, comunicação e comportamento repetitivo e restrito (KIAI.MED.BR, 2020).

A CID-11, por sua vez, publicada em 2018, utiliza a terminologia TEA, até então não empregada na CID-10, e as alterações realizadas no DSM-V, mas com redução dos subdomínios que embasam o diagnóstico (FERNANDES et al., 2020). Assim, o autismo passou a ser considerado sinal de déficit cerebral e as crianças autistas vistas como deficitárias. A síndrome é considerada crônica, incurável, e o tratamento é restrito à área médica, psicológica, pedagógica, fonoaudiológica e de terapia ocupacional, com duas orientações de base: a deficiência e a cronicidade.

Todavia, o autismo continua a fascinar os estudiosos, como fascinou Kanner e Asperger, e a interrogá-los em seus limites teóricos, epistemológicos e éticos, constituindo-se como um enigma que a ciência não consegue elucidar (DIAS, 2015). No próximo capítulo, são abordadas as modificações na apresentação dos sintomas, que justificaram as modificações dos diagnósticos descritos anteriormente.

3 DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS

Januário e Tafuri (2009) demonstram que a noção do diagnóstico tem se empobrecido na prática clínica, devido à falta do encontro entre o fenômeno e a linguagem. As autoras supracitadas ressaltam que a ação de diagnosticar é um guia do processo terapêutico. Tecem críticas ao modelo enfático e fechado do diagnóstico, que condiciona o sujeito a um rótulo, e, sobretudo, afirmam que a delimitação entre o conceito de saúde e de doença é primordial nessa ação clínica. Consideram, também, que o profissional tem que levar em conta, na elaboração do diagnóstico, as seguintes informações: sintomas, presença de doenças orgânicas, manifestação do isolamento, incapacidade de simbolizar a realidade e de se constituir como sujeito falante, desenvolvimento emocional, anormalidade física, dentre outras. Além disso, criticam o sistema classificatório das doenças mentais no que diz respeito ao nominalismo pervertido em função da dedicação obsessiva das palavras.

Conforme foi dito anteriormente, os manuais psiquiátricos que embasam a realização do diagnóstico refletiram mudanças históricas na definição do autismo. Em 65 anos, o autismo transformou-se de sintoma das psicoses infantis em TEA, segundo o DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), compondo, assim, a estrutura de sintomas com prejuízos nas áreas de comunicação social e padrões de comportamentos repetitivos e restritivos (ALMEIDA; NEVES, 2020).

As primeiras descrições do que se conhece atualmente como autismo não possuem histórico anterior a 1940, quando Kanner e Asperger descreveram registros históricos de grande importância sobre o espectro na época (MOREIRA, 2020). É relevante salientar apenas dois casos, sendo o primeiro um relato feito por Johannes Matheusis sobre uma criança no século XVI vista pelo monge Martinho Lutero, afirmando que “a criança não era mais do que uma massa de carne implantada em um espírito sem alma, possuído pelo diabo, sugerindo que tal deveria morrer asfixiada”. O segundo consiste no caso de Victor de Aveyron, narrado no século XVIII e que apresentou grande importância para o diagnóstico de autismo (MOREIRA, 2020, p.17).

Victor de Aveyron, com idade aproximada de 20 anos, foi encontrado por caçadores em uma floresta francesa, sendo apelidado de *criança selvagem*. A falta de sociabilidade e habilidade em fazer contato com pessoas fez com que, no ano de 1776, o psicólogo Harlan Lane levantasse a possibilidade de se tratar de um caso de autismo, em seu livro *The Wild Boy of Aveyron* (ARTIGAS-PALLARES; PAULA, 2012).

No entanto, Kanner foi o primeiro a estabelecer o autismo como um distúrbio único, e não mais como apenas um sintoma da esquizofrenia. Ao observar onze crianças, o autor pôde descrever o que chamou de distúrbios autísticos inatos do contato afetivo, até então não descritos e bastante raros, ainda que pudessem ser considerados mais frequentes do que a raridade dos estudos indicava (KANNER, 1943; ALMEIDA; NEVES, 2020).

O autor caracterizou a síndrome como uma incapacidade inata e descreveu como sintomas os traços obsessivos, a estereotipia e a ecolalia. A pioneira caracterização do autismo por Kanner serve, ainda hoje, como referência para as definições encontradas nos atuais manuais diagnósticos (ALMEIDA; NEVES, 2020).

Bruno Bettelheim (1944), por sua vez, associou a causa do autismo àquelas prováveis e já divulgadas por Kanner, salientando as dificuldades de interação e a falta de trocas afetivas entre a família. Concluiu que uma conjunção de fatores poderia contribuir para os comportamentos autísticos, tais como uma mãe frígida, um pai ausente e/ou a ineficiência nos cuidados com a criança.

O autismo que apareceu no DSM-I continha um glossário de descrições de categorias diagnósticas, fazendo uso do termo *reação* e inferindo que transtornos mentais constituíam reações da personalidade a fatores psicológicos, sociais e biológicos. Assim, o autismo era considerado um sintoma da *Reação Esquizofrênica, tipo infantil*, categoria na qual se encontravam classificadas as reações psicóticas em crianças com manifestações autísticas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952). Portanto, na primeira edição do DSM, o autismo não era apresentado como uma entidade nosográfica em si (COUTINHO et al., 2013).

O DSM-II (1968) eliminou o termo *reação* (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968). A classificação passou a ser *Esquizofrenia tipo infantil*, categoria equivalente à *Reação Esquizofrênica* do DSM-I. O comportamento autístico, uma das manifestações de esquizofrenia na infância, permaneceu como sintoma e termos psicanalíticos ainda eram utilizados (COUTINHO et al., 2013).

A partir do advento do DSM-III, verificou-se uma mudança de paradigma no conhecimento psiquiátrico vigente. No que diz respeito aos estudos históricos e antropológicos, observou-se uma ruptura absoluta representada por esse novo manual em relação à classificação até então utilizada, forjando novas concepções sobre o normal e o patológico. Tal adequação de novas concepções é apontada pelos estudos de Russo; Venâncio (2006, p.474):

[...] a visão predominantemente biológica que fundamenta a nova nomenclatura articula-se à hegemonia do tratamento farmacológico que, presente desde pelo menos o fim dos anos 1950 no campo da psiquiatria, tem se firmado como a terapêutica por excelência dos distúrbios mentais.

No DSM-IV, o autismo foi classificado como transtorno invasivo do desenvolvimento, implicando um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação, padrões de comportamento, além de interesses e atividades repetitivos, restritos, e estereotípias motoras. Apresentava

algumas características e transtornos associados, como, por exemplo, hiperatividade, desatenção, agressividade, comportamentos autodestrutivos e anormalidades na alimentação e/ou sono e no humor. Vários sintomas ou sinais neurológicos inespecíficos podiam ser observados e, em 25% dos casos, podiam ser manifestadas convulsões (particularmente na adolescência). Ainda segundo essa edição do manual, geralmente, as questões de desenvolvimento podiam ser percebidas no primeiro ano de idade da criança (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1991).

Já no DSM-V, o *Transtorno do Espectro Autista* englobou outros transtornos, antes definidos em categorias, como: autismo infantil precoce, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e Asperger. Ou seja, a atual edição comporta todos os transtornos em apenas um diagnóstico, conforme o grau de severidade (leve, moderado e severo) e o grau de dependência da pessoa diagnosticada (HABOWSKI; CAMPOS, 2019; ALMEIDA; NEVES, 2020). Foram adicionados novos sintomas sensoriais, na categoria *comportamento restritivo/repetitivo*, incluindo hiper ou hiporreatividade a alguns estímulos, como luzes, sons, sabores e toques, além de interesses incomuns aos estímulos, como olhar para luzes, fixação nos objetos que giram etc. Houve, também, o acréscimo do laudo de possibilidades adicionais, levando em consideração o nível de linguagem, o atraso cognitivo e a existência de condições médicas que estejam associadas ao autismo (ansiedade, convulsões, distúrbios gástricos, insônia).

Dentro da última atualização revisada, DSM-V-RT, não houveram modificações no sentido de caracterizações diagnósticas, continua seguindo as mesmas diretrizes da versão anterior porém com possibilidades de interpretações menos amplas.

De modo geral, a recente CID-11 estabeleceu critérios diagnósticos do TEA semelhantes ao DSM-V. As mudanças no diagnóstico incluíram a remoção de outras condições, como a Síndrome de Asperger e o Distúrbio Pervasivo de Desenvolvimento Sem Outra Especificação, além da criação de um domínio amplo denominado *Transtorno do Espectro Autista* (TEA). O novo sistema diagnóstico também propõe o agrupamento dos critérios relacionados à comunicação e à sociabilidade em uma única categoria e a inclusão de sintomas sensoriais (FERNANDES et al., 2020).

Para Ribeiro (2007), o diagnóstico de TEA é realizado clinicamente, com base nos critérios do referido manual, observações do comportamento e entrevistas com os pais e/ou cuidadores. É indicado, também, realizar exames que excluam outras doenças e diagnósticos diferenciais, como surdez.

Por depender de uma análise criteriosa de aspectos qualitativos da linguagem, comunicação e comportamento, os quais podem mudar durante o desenvolvimento, o diagnóstico do autismo pode ser realizado a partir dos 18 meses. Apesar do crescente uso de instrumentos e dados parametrizados, a experiência e o olhar clínico do examinador são fundamentais, uma vez que os dados dependem de uma profunda análise realizada em conjunto com demais fatores (história de vida, contexto familiar e social e fatores biológicos, dentre outros) (OLIVEIRA et al., 2020). O uso da linguagem, os interesses restritos e os comportamentos repetitivos, apontados desde Kanner (1962), permanecem, até hoje, como um conjunto de sinais característicos para o diagnóstico de Transtornos do Espectro do Autismo.

Apesar do novo sistema de classificação, os desafios para a avaliação e o diagnóstico do TEA persistem, devido, especialmente, à heterogeneidade de expressão de comportamentos. Apesar do incentivo ao diagnóstico precoce, em crianças muito pequenas com alterações de linguagem, pode ser difícil o estabelecimento do diagnóstico. Por outro lado, indivíduos adultos com TEA, com capacidade intelectual preservada, aprendem estratégias de sociabilidade e a supressão de padrões repetitivos de comportamento em público, de modo a mascarar os sintomas, o que ocorre, especialmente, entre mulheres. Isso constitui um alerta para os profissionais no que diz respeito à identificação dos critérios diagnósticos presentes na infância, mesmo que os sintomas não se encontrem presentes na vida adulta (SHARMA et al., 2018).

A incidência de casos de autismo tem crescido de forma significativa em todo o mundo, especialmente durante as últimas décadas, demandando dos profissionais da psicologia uma maior preparação para lidar com casos de autismo nas suas práticas. Entretanto, ainda hoje, existe uma grande lacuna em termos de conhecimento e capacitação profissional relacionados ao autismo, especialmente no âmbito das práticas diagnósticas e da implementação de programas de intervenção. Apesar dos enormes avanços ocorridos nas últimas décadas em relação à

identificação precoce e ao diagnóstico de autismo, muitas crianças, especialmente no Brasil, ainda continuam, por muitos anos, sem um diagnóstico ou com diagnósticos inadequados (SILVA; MULICK, 2009).

Os dados históricos, presentes no artigo, podem ser relacionados ao avanço do aumento significativo de incidência de autismo, especialmente nos últimos doze anos, sendo, até mesmo, considerado uma *epidemia*. Neste estudo, o sintoma sempre se mostra presente como um critério sobre o diagnóstico. Logo, o olhar crítico do profissional da psicologia deve ser muito bem trabalhado, levando em consideração a subjetividade do sujeito, o prognóstico e o tratamento, o qual, muitas vezes, não pode seguir apenas uma orientação.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico do autismo e sua terapêutica exigem considerar a complexidade do quadro sintomático dentro da psiquiatria. É um assunto complexo, uma vez que está tecido em rede interdisciplinar, devendo ser tratado através da articulação entre os campos de saúde mental, deficiência, educação, assistência social e aparato judicial.

O quadro de autismo não pode ser definido por um indicador isolado, já que não decorre de uma única causa, mas de uma combinação de fatores. Logo, exige acurácia clínica, especialmente em se tratando de prognóstico, o qual apresenta variações significativas e cuja evolução pode destoar para cada paciente. No que diz respeito à terapêutica, nas mais diversas abordagens, encontram-se documentadas evoluções clínicas de grande sucesso ou de permanência em quadros graves.

Ainda que não se restrinja à infância, o autismo é considerado um transtorno da primeira infância, sendo delimitado como um momento análogo da constituição psíquica e da maturação cerebral do organismo. Portanto, o diagnóstico feito a tempo beneficia o prognóstico do paciente. Entretanto, caso seja realizado de modo fechado, pode levar à indução de uma posição estática da criança, fixando-a a traços patológicos e não cedendo espaço para uma intervenção construtiva.

O presente trabalho teve como objetivo investigar as alterações cronológicas da nosografia do autismo desde o século XX até os dias atuais, fundamentando a

heterogeneidade sintomática vigente na nosografia do autismo, bem como no auxílio do diagnóstico, analisando a heterogeneidade sintomática vigente na nosografia do espectro. A partir dos estudos levantados, constata-se que os sintomas observados nos pacientes, ao longo do tempo, foram critérios exclusivos para que o autismo tenha deixado de ser considerado uma psicose infantil, sendo levantado um diagnóstico com base no seu espectro e critérios estabelecidos no DSM-V.

Junto à nova onda de estudos prospectivos sobre o autismo, na qual irmãos sob risco de desenvolver a condição são acompanhados desde o nascimento, uma nova perspectiva da neurociência social sobre a patogênese e a psicobiologia dos fatores está surgindo. Este esforço provavelmente irá elucidar os mistérios da etiologia e da patogênese dessas condições. A transição do foco das pesquisas para tratamentos mais eficazes, senão a prevenção, irá provavelmente acontecer.

As compreensões, diagnósticos e tratamentos sobre os transtornos autísticos são diversos e divergentes. A noção de que o autismo constitui uma patologia é discutível, bem como a noção de espectro, ancorada em uma ampla gama de características socialmente vistas como sintomas prejudiciais à saúde e ao desenvolvimento considerado normal.

Acredita-se, assim, que o presente trabalho tenha contribuído para o levantamento historiográfico sobre o autismo, fornecendo uma construção de sua nosografia, apontando como ele se modificou no decorrer dos anos e abrindo as portas para uma análise sobre as seguintes questões: *por que a ampliação do diagnóstico está tão relacionada ao sintoma?* e *por que os sintomas foram cada vez mais se ampliando?*

Considera-se, aqui, o quanto o diagnóstico deve ser subjetivo, orientado para cada paciente, de acordo com suas individualidades. Cabe, aos profissionais, levar em consideração que saúde não pode ser focada na sintomatização, mas no sujeito. Finalmente, para as famílias e pessoas que receberam o diagnóstico de autismo, o artigo visa alertar para uma conduta crítica em relação à aceitação pacífica do diagnóstico.

REFERÊNCIAS

ALARCON, R.D.G.; FREEMAN, A.M. Rutas ontológicas de la nosología psiquiátrica: ¿Cómo se llegó al DSM-5? **Revista de Neuropsiquiatria**, Lima, v.78, n.1, p.35-45, 2015.

ALMEIDA, M. L., NEVES, A.S. A popularização diagnóstica do autismo: uma falsa epidemia? **Psicologia: ciência e profissão**, v.40, p.1-12, 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders DSM-I**. Washington, DC: APA, 1952.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders DSM-II**. Washington, DC: APA, 1968.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders DSM-III**. Washington, DC: APA, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders DSM-IV**. Washington, DC: APA, 1991.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre - RS: Artmed, 2014.

ARTIGAS-PALLARES, J, PAULA, I. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria**, Madrid, v.32, n.115, p.567-587, 2012.

ASPERGER, H. 'Autistic psychopathy' in childhood. In: **Autism and Asperger Syndrome**. Cambridge: Cambridge University Press, 1991 [1944].

AUTISMO E REALIDADE. O que é o autismo? Marcos históricos, 2020. Disponível em: <https://autismoerealidade.org.br/o-que-e-o-autismo/marcos-historicos/#:~:text=1952,diagn%C3%B3stico%20dos%20transtornos%20mentais%20estabelecidos>. Acesso em: jun. 2022.

BERCHERIE, P. A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico (1983). In: OSCAR, C. **Psicanálise e psiquiatria com crianças**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2001.

BARBOSA, P. M. R. Autismo. In: **Educação pública**, 2014. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/14/40/autismo>. Acesso em: jun. 2022.

BETTELHEIM, B. **A fortaleza vazia**. São Paulo: Martins Fontes, 1987 [1967].

BRASIL. **Lei nº 12.764**, de 27 de dezembro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: mai. 2022.

BRASIL. **Lei nº 17.158**, de 18 de setembro de 2019. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/lei-17158-18.09.2019.html>. Acesso em: jun. 2022.

BRASIL. **Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva**. Ministério da educação, 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeduc ESPECIAL.pdf>. Acesso em: jun. 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Prevalencia del autismo levemente más alta según informe de la Red ADDM de los CDC, 2018. Disponível em: https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_prevalencia-autismo_042618.html. Acesso em: jun. 2022.

COUTINHO, A.A. et al. Do DSM-I ao DSM-V: Efeito do diagnóstico psiquiátrico “espectro autista” sobre pais e crianças. In: **Movimento psicanálise, autismo e saúde pública**, 2013. Disponível em: <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/11/do-dsm-i-ao-dsm-5-efeitos-do-diagnostico-psiquiatrico-espectro-autista-sobre-pais-e-criancas/>. Acesso em: jun. 2022.

CUNHA, E. **Autismo e inclusão: psicopedagogia práticas educativas na escola e na família**. Rio de Janeiro: Editora Wak, 2015.

DIAS, S. Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. In: **Clássicos da psicopatologia - Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**, v. 18, n.2, p.307-313, 2015.

DUNKER, C. I. L. Questões entre a psicanálise e o DSM. In: **Jornal de psicanálise**, v.47, n.87, p. 79-107, 2014.

DURANTE, J. C. Autismo: Uma questão de identidade ou diferença? In: **III simpósio nacional discurso, identidade e sociedade (III SIDIS): dilemas e desafios na contemporaneidade**. São Paulo: Unicamp, 2011.

FERNANDES, C.S et al. Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios das categorizações nosológicas. In: **Psicologia**, USP, v.31, p.1-10, 2020.

GOMES, P.T.M. et al. Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática. In: **Jornal de Pediatria**, v.91, n.2, p.111-121, 2015.

HABOWSKI, D.L.; CAMPOS, I.F.A. Considerações sobre o diagnóstico de autismo a partir da revisão de DSM IV e V. **Jornada de extensão UNIJUI**, Ijuí-RS, 2019.

JAMES, L.W.; PIZUR-BARNEKOW, K.A.; SCHEFKIND, S. Online survey examining practitioners' perceived preparedness in the early identification of autism. In: **American Journal of Occupational Therapy**, v.68, n.1, p.13-20, 2014.

JANUARIO, L.M., TAFURI, M.I. O sofrimento psíquico grave e a clínica com crianças. In: **Revista Mal-estar e Subjetividade**, v.9, n.2, p.527-550, 2019.

JUSBRASIL. Lei Romeo Mion cria carteira para pessoas com transtorno do espectro autista, 2020. Disponível em: <https://senado.jusbrasil.com.br/noticias/796106693/lei-romeo-mion-cria-carteira-para-pessoas-com-transtorno-do-espectro-autista#:~:text=O%20presidente%20Jair%20Bolsonaro%20sancionou,tem%20transtorno%20do%20espectro%20autista>. Acesso em: jun. 2022.

KANNER, L. Autistic Disturbances of Affective Contact. *Nervous Child*. In: **Journal of Psychopathology, Psychotherapy, Mental Hygiene, and Guidance of the Child**, n.2, p. 217-250, 1943.

KIAI.MED.BR. Autismo – transtornos do espectro autista – CID10, 2020. Disponível em: <https://kiai.med.br/autismo-cid10/>. Acesso em: jun. 2022.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.28, p.53-511, 2006.

MERCADANTE, M.T., ROSÁRIO, M.C. **Autismo e cérebro social**. São Paulo: Editora Segmento social, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Linha de cuidado para a atenção integral às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias no sistema único de saúde. Brasília – DF, 2013.

MOREIRA, D.C. **Revisão nosográfica do autismo e a hipótese de sua estruturação através do signo**. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal Fluminense, Volta Redonda, 2020.

OLIVEIRA, E.P. et al. Autismo: reflexões teóricas e práticas. In: **Fenapaes**, v.9, n.1, p.16-26, 2020.

REGIER, D.A.; KUHL, E.A.; KUPFER, D.J. The DSM-5: Classification and criteria changes. **World Psychiatry**, v.12, n.2, p.92-98, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3683251/>. Acesso em: jun. 2022.

RIBEIRO, S.H.B. **Prevalência dos transtornos invasivos do desenvolvimento no município de Atibaia: um estudo piloto**. Dissertação (Mestrado), Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2007.

RODRIGUES, J.M.C.; SPENCER, E. **A criança autista: um estudo psicopedagógico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Wak. 2010.

RUSSO, J., VENANCIO, A.T. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. In: **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v.9, n.3, p.460-483, 2006.

SANTOS, R.K.; VIEIRA, A.M.E.C.S. Transtorno do Espectro do Autismo (TEA): do reconhecimento à inclusão no âmbito educacional. In: **Revista Includere**, Mossoró, v.3, n.1, p.219-232, 2017.

SHARMA, S.R.; GONDA, X.; TARAZI, F.I. Autism Spectrum Disorder: classification, diagnosis and therapy. **Pharmacological Therapy**, v.190, p.91-104, 2018.

SILVA, M.; MULICK, J.A. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.29, n.1, p.116-131, 2009.

SUPLINO, M. **Currículo funcional natural**: guia prático para a educação na área do autismo e deficiência mental. 3. ed. Rio de Janeiro: Secretaria Especial dos Direitos Humanos/Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2009.

TEIXEIRA, G. **Manual do autismo**. Rio de Janeiro. Best Seller. 2016.

TEIXEIRA, M.C. et al. Literatura científica brasileira sobre transtorno do espectro autista. In: **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.56, p.607-614, 2010.

WING, L. The relationship between Asperger's syndrome and Kanner's autism. In: Frith, U. (Ed.). **Autism and Asperger syndrome**. London: Cambridge University Press, 1991.

ZANON, R.B.; BACKES, B.; BOSA, C.A. Identificação dos Primeiros Sintomas do Autismo pelos Pais. In: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.30, n.1, p.25-33, 2014.