


# AUTISMO: UM ESTUDO PRELIMINAR.

# AUTISM: A PRELIMINARY STUDY.

**Mara Rita Araújo Lago**[1]
Mestranda do PPGEAA-UFPA, Pedagoga, Esp. em Educação Especial e Inclusiva, Docente do AEE/PMC.
mararitalago@gmail.com

**Drª Sylvia Maria Trusen**[2]
PPGEAA/ CUNCAST/UFPA, Doutora em Letras, Docente.
sylviatrusen63@gmail.com

**Drª. Yomara Pinheiro Pires**[3]
PPGEAA- CAMPUS CASTANHAL/UFPA, Docente.
yomara.ufpa@gmail.com

**Área Temática: Inclusão, Cultura, Políticas e Identidade.**

**Modalidade: Artigo Completo**

## 1. Introdução

O presente artigo, baseado numa pesquisa bibliográfica, remete-nos a um breve histórico do TEA (Transtorno do Espectro Autista), levando em consideração o que diz o conceito segundo o Ministério da saúde, a LEI Nº 12.764/2012 (Lei Berenice Piana), às considerações do DSM- I ao V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), a atualização do CID-11 (Classificação Internacional de Doenças), além das principais assertivas dos pesquisadores a respeito do tema.

O conceito e a classificação do autismo remetem-nos as diferentes etiologias e epistemologias, que variam e se completam nos Manuais Nosológicos (CID e DSM) e nas

classificações comportamentais ao longo dos tempos, desde seu primeiro estudo apontado por Bleuler até os dias atuais.

Estes conceitos levam em consideração várias características, com base na observação dos sujeitos, pontuando divergentes e convergentes comportamentos, onde algumas pessoas com TEA apresentam fala (comunicação funcional) e outras não; algumas possuem interação e contato social e outras nenhum tipo deste; algumas com deficiência intelectual e outras com nível de desenvolvimento adequado para a sua idade, além de padrões restritos e repetitivos. (LAMPREIA, 2004, p.11).

A pesquisa científica possibilita problematizar realidades, aperfeiçoar métodos e técnicas já existentes, assim como, desvelar novos conhecimentos. Segundo o autor Gil (2002, p. 17) a pesquisa pode ser entendida como, "o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos". Sendo assim, objetivando referir sobre a evolução do conceito e diagnóstico do Autismo desde os seus estudos primordiais com Bleuler até o CID-11, levando em conta os critérios de diagnóstico, sob o domínio da interação social, comunicação e padrão restrito e repetitivo de comportamento.

Compreender o TEA como algo complexo que desafia nossos conhecimentos sobre a natureza humana é abrir caminhos para o entendimento em busca de novas possibilidades, tendo um novo olhar, criando espaço e possibilidades para trocas e novos saberes. E sob este prisma e relevância desta temática, que se inscreve este artigo na Área Temática 03: Inclusão, Cultura, Políticas e Identidade.

## 2. Metodologia

No presente artigo, foi realizado o estudo bibliográfico sobre a temática baseado nas compreensões de Gil (2002, p. 44) referindo-se: "A pesquisa bibliográfica também é indispensável nos estudos históricos. Em muitas situações, não há outra maneira de conhecer os fatos passados se não com base em dados bibliográficos". Tais estudos estão voltados especificamente para o levantamento bibliográfico do TEA, no que tange ao conceito e classificação, buscando oportunizar uma reflexão e interlocução entre autores dos quais se destacam: Asperger (1991), Baptista (2002), Brasil (2022), Castro (2018), Cunha (2012), Fernandes (2020), Gattino (2015), Gil (2002), James (2014), Kanner (1943), Lampreia (2004) Rutter (1978), DSM-I (1952), DSM-II (1968), DSM-III (1980), DMS- IV (1994), DSM-V

(2013), CID-10 (1993), CID 11 (2022), Lei 12.764/2012. A fim de compreender o conceito, a evolução do diagnóstico no que tange às pessoas com TEA e as mudanças atuais, na visão da neurociência, na concepção da Psicanálise e a Lei Berenice Piana (Lei Nº 12.764/2012), além dos manuais de categorização nosológicos (CID I-V e DSM).

## 3. Resultados/Discussões

O termo Autismo em 1911 foi estudado primeiramente por Bleuler (1911 apud CUNHA, 2012, p. 20) para nomear crianças que aparentemente se desligavam da realidade, dificultando a comunicação com o meio externo, em outras palavras, referiu-se como "transtorno básico da Esquizofrenia, que era a limitação das relações pessoais com o mundo externo".

Em 1943, Kanner utilizou-se da expressão crianças com inabilidade para interação social com atração para objetos inanimados e desta forma acabou pontuando o Autismo como uma Síndrome rara, uma inabilidade de contato afetivo com outras pessoas, ao estudar 11 crianças de classe média americanas, levando em consideração dois critérios básicos de estudo e observação: a solidão (isolamento com o mundo exterior) e a insistência obsessiva de invariância (o uso da rotina de forma obsessiva). Pontuando que a solidão é "o transtorno principal, patognomônico" (KANNER, 1943, p. 242), sendo esta a incapacidade que têm estas crianças, desde o começo de suas vidas para se relacionar com as pessoas e situações.

Já o comportamento obsessivo, os sons e os movimentos da criança são repetitivos, assim como suas emissões verbais, existindo uma limitação em suas atividades espontâneas, necessitando de rotina constante. Sendo assim, para Kanner, as crianças autistas demonstram o atraso na aquisição da fala (dependendo do caso e do comprometimento), ecolalia (repetição imediata da palavra logo após ouvi-la), o estudioso também acreditava que as crianças com TEA, fossem altamente inteligentes, porém, não conseguiam-no demonstrar pela falta de habilidade social. Também em seu estudo foi percebido uma dificuldade motora global e uma habilidade maior na motricidade fina, principalmente envolvendo objetos circulares, assim como medo de ruídos e sons fortes e grande êxtase em balançar o corpo com movimentos rítmicos e repetitivos, bem como ausência de comprometimento físico na maioria das crianças observadas em seu estudo.

> [...] as descrições de Kanner, foram rapidamente absorvidas pela comunidade científica. A abordagem etiológica do autismo infantil, proposta por este, salientava

> a existência de uma distorção do modelo familiar, que ocasionava alterações no desenvolvimento psicoafetivo da criança, decorrente do caráter altamente intelectual dos pais, onde, a frieza na relação familiar contribuiria para a patologia da criança. Apesar desta proposição, Kanner não deixou de assinalar que algum fator biológico, existente na criança, poderia estar envolvido, uma vez que, as alterações comportamentais eram verificadas precocemente, o que dificultaria a aceitação puramente relacional. (BAPTISTA, 2002, p. 296, 297).

Paralelamente à pesquisa de Kanner, Asperger (1991, p. 37-92), ao estudar um grupo de crianças com retardo no desenvolvimento, sem características associadas ao retardo mental, propôs em seu estudo a definição de um distúrbio que ele denominou de “Psicopatia Autística”, sendo manifestada por transtorno na interação social, dificuldade em fixar o olhar, durante as relações sociais, relatou também um olhar periférico de forma breve, comprometimento orgânico, gestos caracterizados por estereotipias, em alguns casos um vocabulário variado, porém, cansativo (monótono) e transtorno profundo do afeto.

Segundo Baptista (2002, p. 286), Asperger utilizou a descrição em alguns casos de histórico familiar, aspectos físicos e comportamentais, assim como o desempenho de testes de inteligência, além de aspectos educacionais das crianças observadas e estudadas por ele. É possível entender que a síndrome de Asperger passou a ser considerada na atualidade, como uma forma branda de autismo. Tal mudança torna-se benéfica e necessária, já que as pessoas com transtornos do espectro autista exibem alguns dos comportamentos típicos, é melhor redefinir o diagnóstico por gravidade do que ter um rótulo completamente separado. Assim, os transtornos antes "separados", seriam na verdade um "continuum" dentro do Transtorno do Espectro do Autismo, o que é mais apropriado para a compreensão e a orientação dos envolvidos.

Embora houvesse diferenças nas ideias de Kanner e Asperger, ambos acreditavam nas dificuldades de se relacionar de forma interpessoal, no contato afetivo de forma espontânea, no isolamento físico, timidez e rejeição do contato humano.

Em 1947, Lauretta Bender usou o termo Esquizofrenia infantil, pois considerava o Autismo, como uma forma mais precoce da esquizofrenia, com o objetivo de analisar os efeitos da terapia do eletrochoque em crianças esquizofrênicas, tendo seus experimentos criticados, na época, pois seus resultados não foram positivos (FERREIRA *et al*, 2009, p. 185-192).

Já Rutter (1978, p. 139-161), definiu o Autismo a partir de quatro critérios essenciais: manifestação precoce do Autismo, por volta dos dois anos e meio de idade; prejuízo no

desenvolvimento social (falta de interesse social); prejuízo na comunicação (incapacidade de elaboração da linguagem responsiva) e resistência à mudança.

Na década de 1960, o Autismo estava relacionado ao termo "mãe de geladeira", segundo Gattino (2015, p. 12) "Acreditava-se que o Autismo se relacionava fortemente a uma desordem ambiental". Essa desordem seria uma consequência da falta de afeto da mãe pela criança, uma frieza nas relações, uma dificuldade no casamento e nas relações interpessoais em geral. Também seria necessário verificar que estariam relacionados a fatores genéticos, assim como o crescimento do TEA em famílias que já possuíam uma criança autista, e neste caso estariam relacionados a causas cromossômicas e a síndromes genéticas (gênicas).

Estudos mais recentes apontam o autismo, segundo Gattinno, como:

> [...] uma desordem comportamental complexa, com etiologias múltiplas e diferentes níveis de gravidade. Os níveis de gravidade do Autismo variam desde indivíduos não verbais com deficiência intelectual grave até sujeitos com QI acima da média. [...] Devido à heterogeneidade fenotípica[...] é difícil delimitar e padronização dos critérios diagnósticos para o Autismo[...]é comum, ainda nos primeiros anos de vida, a criança ter mais interesse por objetos, do que por pessoas, bem como apresentar dificuldade para demonstrar reações afetivas como sorrir e abraçar".(GATTINNO, 2015, p. 12-13).

De acordo com a definição do Ministério da Saúde, Autismo significa:

> O transtorno do espectro autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por desenvolvimento atípico, manifestações comportamentais, déficits na comunicação e na interação social, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados, podendo apresentar um repertório restrito de interesses e atividades. (BRASIL, 2022, p. 01).

Já a psicanálise de Orientação Lacaniana tem trabalhado com a hipótese do autismo como uma estrutura psíquica. Isto quer dizer explicitamente que o autismo não é uma doença ou uma deficiência, mas uma forma de estar no mundo, assim como as demais estruturas clínicas, segundo Castro:

> Consideramos, também, o autismo um espectro no qual encontramos diversos graus que variam entre leve, moderado e grave. Mas, para nós, existem tantos autismos quanto autistas há. É preciso considerar que os autistas têm dificuldades importantes em lidarem com o mundo, seja no sentido amplo ou estrito, e que suas famílias estão completamente envolvidas nestas dificuldades, sobretudo em lidarem com

> esta criança que se apresenta tão distante de suas expectativas e ideais. São crianças que precisam de ajuda para saírem de seus mundos fechados e encontrarem soluções próprias para estabelecerem algum nível de relação com o exterior. (CASTRO, 2018, p. 02)

Contudo, Castro (2018), aponta que a psicanálise propõe uma forma de compreender o funcionamento autístico, tanto afetivamente quanto cognitivamente. Acredita-se que a escuta do eu é de suma importância para que haja uma mudança efetiva na subjetividade e no avanço cognitivo real da pessoa autista, que se dá por meio da comunicação e linguagem.

Durante alguns anos era comum o uso do termo Autismo para se referir a pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Essa ideia foi evoluindo ao longo dos anos de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana (APA), se propõe a oferecer uma base empírica sobre o autismo, uma vez que aparece no DSM-I (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952), como um sintoma da "Reação Esquizofrênica, tipo infantil", categoria na qual são classificadas as reações psicóticas em crianças com manifestações autísticas.

Já o DSM-II (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968), percebeu-se a eliminação do termo "reação". A classificação passa a ser "Esquizofrenia tipo infantil", categoria equivalente a "Reação Esquizofrênica" do DSM-I. O comportamento autístico, uma das manifestações de esquizofrenia na infância, permanece sendo um sintoma, sem apresentar alterações significativas.

O DSM-III (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980), trouxe notáveis inovações. É criada a classe diagnóstica Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), no qual o Autismo Infantil figura como uma das subcategorias e passa a ser nomeado "Transtorno Autístico". O diagnóstico de Esquizofrenia tipo infantil desaparece, sob a alegação de que é extremamente raro na infância.

Na quarta edição do Manual, DSM IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1944), o autismo se mantém como referência para as novas classificações e os TGDs (Transtornos Globais do Desenvolvimento) recebem outros subtipos: o "Transtorno de Rett", o "Transtorno Desintegrativo da Infância" e o "Transtorno de Asperger".

O DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), mostra a extinção dos TGDs e a criação de uma única categoria diagnóstica para os casos de autismo, passando a denominar-se de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), independentemente de suas diversas formas de manifestação. Como o diagnóstico é efetuado exclusivamente com base no comportamento observável, ele guia-se por parâmetros universais, descritivos e toma como

base as teorias do desenvolvimento e das neurociências. Sendo assim, adota a ideia de "espectro" e pontua também a importância da avaliação de fatores psicossociais e ambientais. Consequentemente, passa a ser considerado um Transtorno do Neurodesenvolvimento, fazendo distinção quanto ao nível de gravidade em relação à comunicação e a interação social.

O Transtorno do Espectro do Autismo está subdividido em: Nível 1 – necessita de apoio, Nível 2 – necessita de apoio substancial e Nível 3 – necessita de muito apoio. (FERNANDES *et al.*, 2020, p. 04).

Já o CID-10 (FERNANDES, 2020, p. 02), criado em 1989, porém, entrou em vigor em 1993, manteve as seguintes nomenclaturas: Transtornos Globais do Desenvolvimento ou Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, no qual, inclui-se o Autismo Infantil e Atípico, a Síndrome de Asperger, entre outros transtornos, como a síndrome de Rett.

Segundo Gattino (2015), ocorreu uma grande mudança na estrutura dos sintomas e nos critérios para diagnosticar o autismo, apresentados pela quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM):

> "Vale salientar que mesmo após a publicação do DSM-V, a CID- 10 continuam sendo a principal referência no Brasil para a atribuição de diagnóstico em nível de saúde pública[...] tendo o quadro 1 (logo abaixo, criado a partir dos textos de Gibbs e da CID -10) que mostra as principais diferenças entre DSM-V e o CID 10 e pelo DSM-IV ( GATTINO, 2015, p. 13).

O autismo figura representada no quadro comparativo da seguinte forma:

**Quadro 1- Comparativo relativo à estrutura dos sintomas e critérios diagnósticos de Autismo segundo o DSM-V e o CID 10 e pelo DSM-IV**

| DSM-V | CID 10 e DSM-IV |
|---|---|
| Apenas uma entidade diagnóstica:<br>Transtorno do Espectro do Autismo. | Três entidades diagnósticas básicas:<br>Transtorno Autista;<br>Transtorno de Asperger; |

**Quadro 1- Comparativo relativo à estrutura dos sintomas e critérios diagnósticos de Autismo segundo o DSM-V e o CID 10 e pelo DSM-IV**

Continuação

| | |
|---|---|
| | Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. |
| União das dificuldades de interação social e comunicação em apenas um domínio:<br><br>Comunicação social. | Separação dos domínios interação social e comunicação. |
| Três características para a atribuição do diagnóstico:<br><br>Prejuízos na comunicação social;<br><br>Padrões restritos de atividades e interesses;<br><br>Manifestações dos sintomas no início da infância, mas podem não se manifestar completamente até que as demandas sociais excedam o limite de suas capacidades. | (Ao menos duas de) Quatro características para atribuição do diagnóstico:<br><br>Prejuízos na interação social;<br><br>Prejuízos na comunicação;<br><br>Padrões restritos de atividades e interesses;<br><br>Início antes de 3 anos (obrigatório). |
| Restrição das categorias de diagnóstico. | Ampliação das categorias de diagnóstico. |

O CID-11, (acompanhou as atualizações do DSM-V), pela Organização Mundial da Saúde, que entrou em vigor, no Brasil, em janeiro de 2022, trazendo mudanças no que tange a classificação do Transtorno de Rett, fora do TEA, passando a ter um código específico para este. Já o autismo, passou a ter o Código: 6A02 no CID-11.

Observando o quadro comparativo a seguir podemos verificar o que mudou do CID-10 (1993) para o CID-11 (A partir de 2022, no Brasil).

**Quadro 2- Comparativo relativo à estrutura dos CID 1O e CID 11, com base nas mudanças ocorridas entre eles ( CID 10-1993 e CID 11- A partir de 2022.)**

| | |
|---|---|
| **CID 10-** (1989, mas entrou em vigor em 1993). | **A partir de 2022-CID 11-** recebem uma nova classificação: a de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). |

**Quadro 2- Comparativo relativo à estrutura dos CID 1O e CID 11, com base nas mudanças ocorridas entre eles (CID 10-1993 e CID 11- A partir de 2022).**

Continuação

| | |
|---|---|
| • F84 – Transtornos globais do desenvolvimento (TGD);<br>• F84.0 – Autismo infantil;<br>• F84.1 – Autismo atípico;<br>• F84.2 – Síndrome de Rett;<br>• F84.3 – Outro transtorno desintegrativo da infância;<br>• F84.4 – Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados;<br>• F84.5 – Síndrome de Asperger<br>• F84.8 – Outros transtornos globais do desenvolvimento;<br>• F84.9 – Transtornos globais não especificados do desenvolvimento. | Novo Código: 6A02 – Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)<br>• 6A02.0 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional;<br>• 6A02.1 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional;<br>• 6A02.2 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada;<br>• 6A02.3 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada;<br>• 6A02.4 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional;<br>• 6A02.5 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional;<br>•6A02.Y – Outro Transtorno do Espectro do Autismo especificado;<br>•6A02.Z – Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado. |

Fonte: autores do artigo

Os Critérios diagnósticos atuais para TEA incluem o diagnóstico precoce, que possibilita intervenções mais cedo, favorecendo o desenvolvimento de habilidades comprometidas e proporcionando uma adaptação melhor para o indivíduo e sua família. (FERNANDES *et al*., 2020, p. 06).

A Academia Americana de Pediatria pondera a importância da escuta e queixa dos familiares, devendo estar em vigilância e executando o rastreio por meio de instrumentos padronizados para avaliação do risco do TEA. (JAMES *et al*., 2014, p. 13-20).

No Brasil, a garantia da avaliação precoce consta na LEI Nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, além de outros direitos, onde pondera:

> Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:
>
> I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;
>
> II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;
>
> III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:
>
> a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;
>
> b) o atendimento multiprofissional;
>
> c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;
>
> d) os medicamentos;
>
> e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento. (BRASIL, 2012, Art 3º).

Segundo Fernandes (2020, p. 05), os critérios diagnósticos atuais para o TEA, envolvem além da avaliação precoce alguns aspectos relevantes, entre os quais se destacam: investigação Clínica Multidisciplinar, escalas de rastreio para TEA, exame de deficiência intelectual: bateria de testes neuropsicológicos (com especialistas em investigar transtornos do neurodesenvolvimento e TEA), linguagem funcional: avaliações específicas de habilidades sociais, linguagem e comunicação. Todos esses critérios de avaliação auxiliam os profissionais habilitados a mensurar objetivamente e analisar a gravidade e o funcionamento cognitivo. Contudo, há críticas sobre o fato do DSM e CID ainda não considerarem claramente as questões sensoriais e dificuldades motoras como áreas que precisam ser rastreadas no TEA.

A observação deve ser contínua nos aspectos que permeiam os déficits persistentes na comunicação e na interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades, e se estes devem estar presentes precocemente, mesmo que não

totalmente manifestos e se causam prejuízos significativos em múltiplos contextos da vida da pessoa.

## 4. Considerações

O presente artigo buscou compreender a evolução do conceito, diagnóstico no que tange às pessoas com TEA e as mudanças atuais, na visão da neurociência, na concepção da Psicanálise e da Lei nº 12.764/2012 além dos manuais de categorização nosológicos (CID e DSM).

Levando em conta os estudos teóricos, para vislumbrar a categorização e conceitualização do autismo, ao longo do tempo, sendo notórias as alterações ocorridas, dentro do contexto Psiquiátrico até a sua definição como transtorno do neurodesenvolvimento.

Vários conceitos foram atribuídos ao autismo, durante este percurso, destacando-se, o que diz a Lei Nº 12.764/2012,

> Art. 1º Esta Lei institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabelece diretrizes para sua consecução.
>
> § 1º Para os efeitos desta Lei, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos I ou II:
>
> I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;
>
> II - 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.
>
> § 2º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais. (BRASIL, 2012, Art. 1º).

Estudos distintos discutem diferentes identificações e conceitos, se os compararmos entre si, onde o Autismo foi citado pela primeira vez pelo psiquiatra Eugen Bleuler, em 1911, usando este termo, para descrever comportamento de pacientes esquizofrênicos, severamente retraídos, voltados para si mesmo.

Leo Kanner (1943), psiquiatra utilizou-se do termo “Crianças com inabilidade para interação social com atração para objetos inanimados” e desta forma acabou pontuando o Autismo como uma Síndrome rara, ao fazer um estudo com 11 crianças.

No DSM I (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952), o termo “autismo” aparece junto com as descrições de “reação psicótica” e “reação esquizofrênica” – descrita como uma reação da personalidade ao lidar com experiências graves e perturbações afetivas. Já o DSM II (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968) o termo “autismo” (autistico) aparece junto com a descrição do que era chamado na época de Esquizofrenia Infantil e personalidade Esquizoide.

O DSM III (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980), o movimento da medicina baseada em evidências ganha força e o Autismo começa a ser descrito como uma condição específica do desenvolvimento.

DSM IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994) e CID-10 (1989) tornam-se equivalentes, o Autismo aparece dentro dos TGDs (Transtornos Globais do Desenvolvimento), como uma condição do neurodesenvolvimento.

DSM V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), o TEA (Transtorno do Espectro Autista) vem com uma condição própria, pontuando uma única categoria diagnóstica, embora os sintomas variem de acordo com cada caso, sendo pautado como uma alteração do neurodesenvolvimento, podendo ser percebida antes dos três anos de vida, com ênfase na observação do desenvolvimento da comunicação, da interação social e do comportamento repetitivo e restrito da criança.

E na CID 11 (apresentação oficial em 2018, porém, entrou em vigor no Brasil, a partir de janeiro de 2022), percebe-se à mudança do Código: F84 (CID 10), para o novo 6A02 (CID 11), passando a nomear-se de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), reunindo todas as categorias diagnósticas que fazem parte do Espectro do autismo (autismo infantil, a síndrome de Rett, a síndrome de Asperger, o transtorno Desintegrativo da infância e o transtorno com hipercenesia). Com isso, as subdivisões passam a relacionar-se aos aspectos da linguagem funcional, deficiência intelectual ou com a ausência de alguma desta, dependendo de cada avaliação. Diante de tal mudança, a atualização para o novo código (6A02), ocorrerá paulatinamente, necessitando de uma adaptação, o código diagnóstico anterior (F84) continuará a ser legalmente válido por algum tempo.

A atualização da classificação diagnóstica acontece gradativamente, tendo compreensão que o diagnóstico precoce é de suma importância para que possibilite uma intervenção mais cedo, além de apoio multiprofissional, que poderá auxiliar na avaliação e

potencializar o estímulo da pessoa com TEA, buscando uma melhor prognose e aprendizagem.

Compreender o TEA é abrir caminhos para o entendimento em busca de novas possibilidades, é ter em mãos um novo olhar, de onde se vislumbra o impacto da privação das relações humanas desde cedo na vida, deixar fluir o pensamento de formas múltiplas e alternativas sem perder a humanidade, o compromisso com a ciência, com a ética, com o novo, criando espaço e possibilidades para trocas e novos saberes.

**Referências**


AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. Diagnostic and statistical manual of mental disorders; revised (DSM-III-R). **Washington DG**, 1987.
Disponível em: https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm Acesso em: 28 dez. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM. 1 ed.**Washington D/C**, 1952.
Disponível em: https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm Acesso em: 28 set. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM. 2 ed. **Washington D/C**, 1968. Disponível em: https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/08/DSM-II.pdf. Acesso em: 25 set. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM. 3 ed. **Washington D/C**, 1980. Disponível em: https://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199828340/obo-9780199828340-0022.xml?gclid=Cj0KCQjwjN-SBhCkARIsACsrBz4KGBT0abfKPwW6aB3_CmnDPV3EYDQHJ_Ux5dQviF93w868SzXN9bIaAsYCEALw_wcB. Acesso em: 03 fev. 2021.

ASPERGER, Hans; FRITH, Uta Trans. 'Autistic psychopathy'in childhood. 1991. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/1992-97284-002. Acesso em: 13 out. 2021.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM. 4 ed. Tradução Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Disponível em: http://newpsi.bvs-psi.org.br/uploads/linha%20do%20tempo%20DSM/index.html. Acesso em: 25 set. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, D. S. et al. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. Washington, DC: American psychiatric association, 2013. Disponível em: https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm. Acesso em: 12 fev. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais (terceira edição-revista): DSM-III-R. In: **Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais (terceira edição-revista): DSM-III-R**. 1989. p. 602-602.

Disponível em: http://newpsi.bvs-psi.org.br/uploads/linha%20do%20tempo%20DSM/index.html. Acesso em: 24 nov. 2021.

BAPTISTA, Cláudio Roberto; BOSA, Cleonice. **Autismo e educação-reflexões e propostas de intervenção**. Artmed Editora, 2002.

BRASIL. LEI Nº 12.764, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2012 Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112 de 11 de dezembro de 1990. **Diário oficial da União**: Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm Acesso em: 11 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde. Brasília/DF. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/definicao-tea/2022. Acesso em: 21 set. 2021.

CASTRO, Bartyra Ribeiro de. A psicanálise pode contribuir para o tratamento de autistas? **Opção Lacaniana** online nova série Ano 9 • Números 25 e 26 • março/julho 2018. ISSN 2177-2673. Disponível em: http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_25/A_psicanalise_pode_contribuir_para_o_tratamento_dos_autistas.pdf. Acesso em: 23 nov. 2021.

CUNHA, Eugênio. **Autismo e inclusão**: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família. Rio de Janeiro: Wak, 2012.

FERREIRA, Roselaine Berenice; FEIL, Cristiane Friedrich; NUNES, Maria Lucia Tiellet. O teste Gestaltico Visomotor de Bender na avaliação clínica de crianças. **Psico USF.** V.14, p. 185-192, maio/ago. 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-82712009000200007. Acesso em: 24 set. 2021.

FERNANDES, Conceição Santos; TOMAZELLI, Jeane; GIRIANELLI, Vania Reis. Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. **Psicologia USP**, v. 31, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-6564e200027. Acesso em 23 out. 2021.

GATTINO, Gustavo Schulz. **Musicoterapia e Autismo**: teoria e Prática. 1 ed. Local: Editora, 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: file:///C:/Users/maral/Downloads/GIL-%202002-%20Como%20Elaborar%20Projeto%20de%20Pesquisa.PDF
Acesso em: 22 nov. 2021.

JAMES, Lesly W.; PIZUR-BARNEKOW, Kris A.; SCHEFKIND, Sandra. Online survey examining practitioners' perceived preparedness in the early identification of autism. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 68, n. 1, p. e13-e20, 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3871972/. Acesso em: 10 fev. 2021.

KANNER, Leo. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous child**, v. 2, n. 3, p. 217-250, 1943. Disponível em: https://embryo.asu.edu/pages/autistic-disturbances-affective-contact-1943-leo-kanner. Acesso em: 27 set. 2021.

LAMPREIA, Carolina. Os enfoques cognitivista e desenvolvimentista no autismo: uma análise preliminar. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 17, p. 111-120, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/prc/a/ZSzZ3LMzyndLWhBHh9hJjJJ/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 23 out. 2021.

RUTTER, Michael. Diagnosis and definition of childhood autism. **Journal of autism and childhood schizophrenia**, v. 8, n. 2, p. 139-161, 1978. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/BF01537863. Acesso em: 23 out. 2021.