



**Tramitação Editorial:**

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **30/10/2020**

Data do aceite: **28/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4678838>

Publicado: **2020-12-27**

**CONTRIBUIÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO  
AUTISTA: DE KANNER AO DSM-V**

*CONTRIBUTIONS TO THE DIAGNOSIS OF AUTISTIC SPECTRUM DISORDER:  
FROM KANNER TO DSM-V*

**Maria do Socorro Mendes Côrtes\***

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0836-8120>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8500870993023222>

Universidade Católica de Brasília, UCB, DF, Brasil

E-mail: [socorrocortes@gmail.com](mailto:socorrocortes@gmail.com)

**Alessandra Rocha de Albuquerque\*\***

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2890-0214>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3930177987913043>

Universidade Católica de Brasília, UCB, DF, Brasil

E-mail: [arocha@p.ucb.br](mailto:arocha@p.ucb.br)

\* Doutoranda do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade Católica de Brasília (Brasília – DF, Brasil). Médica Pediatra pela Universidade de Brasília (1988). Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria, com habilitação em Neonatologia. Especialista em Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê (UnB, 2001). Mestre em Psicologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB, 2013).

\*\* Professora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade Católica de Brasília (Brasília – DF, Brasil). Doutorado em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Pós-doutorado na University of Nevada Reno (UNR, USA). Pesquisadora colaboradora do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia sobre Comportamento, Cognição e Ensino - INCT/ECCE, apoiado pelo MCT, CNPq e FAPESP.

## RESUMO

O objetivo deste estudo é revisar a trajetória das principais concepções teóricas e pesquisas clínicas que contribuíram para a elucidação e o estabelecimento do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) em vários períodos da história, a partir dos principais pesquisadores sobre o tema, por meio de uma revisão não sistemática da literatura. Por se tratar de um transtorno com abordagem multidisciplinar, profissionais de várias áreas estão implicados no diagnóstico e na terapêutica do TEA, e conhecer a história por trás do diagnóstico estabelecido atualmente na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), e no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da Associação Americana de Psiquiatria (APA), contribui para a compreensão do TEA.

**PALAVRAS-CHAVE:** Autismo. TEA-Transtorno do Espectro Autista. História do TEA.

## ABSTRACT

*The aim of this study is to review the trajectory of the main theoretical concepts and clinical research that contributed to the elucidation and establishment of the diagnosis of Autistic Spectrum Disorder (ASD) in different historical periods, from the main research from the subject, through a non-systematic literature review. Since ASD is a disorder with a multidisciplinary approach, professionals from various fields are involved in its diagnosis and treatment. Know the history behind the diagnosis currently established in the International Classification of Diseases and Health-Related Problems (ICD-10), of the World Health Organization (WHO), and in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), of the American Psychiatric Association (APA) will expand the understanding of ASD.*

**KEYWORDS:** Autism. ASD - Autism Spectrum Disorder. History of ASD

## INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista - TEA caracteriza-se por ser um transtorno do desenvolvimento que perdura por toda a vida da pessoa, com apresentação de dois grupos de sintomas: déficit na comunicação e interação social e padrão de comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos (1; 2; 3; 4). Nem sempre o diagnóstico é feito nos primeiros anos de vida, cabendo aos pais, familiares e cuidadores a observação e questionamento sobre o curso do desenvolvimento da criança a partir de parâmetros adquiridos de vivências, leituras ou informações disponíveis (1; 5).

De acordo com o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos da América (EUA), a incidência de Transtorno do Espectro Autista vem aumentando. Em 2014, nos EUA, a incidência foi de um caso entre 59 crianças, com predomínio no sexo masculino (4,5:1). Os motivos para esse incremento estatístico ainda não foram completamente elucidados, contudo, sabe-se que houve modificações nos critérios diagnósticos e maior sensibilização dos pais e profissionais que lidam com crianças a respeito do tema (2; 4).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que uma em cada 160 crianças tenha TEA e que a incidência do transtorno vem aumentando globalmente. As estatísticas em países de baixa e média renda não foram estabelecidas. Os casos de TEA variam em níveis de gravidade, com indivíduos que apresentam

funcionamento intelectual profundamente comprometido e outros com capacidade intelectual superior (4).

O diagnóstico de TEA é eminentemente clínico com bases em critérios estabelecidos pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM), da Associação Americana de Psiquiatria e pela Classificação Internacional de Doenças, o CID 10, da Organização Mundial de Saúde.

Desde o século 5 a.C. que a busca de um sistema de classificação para as doenças mentais tem sido documentada. O primeiro deles relaciona-se aos trabalhos de Hipócrates, na Grécia Antiga. Contudo, deve-se a Emil Kraepelin (1856-1926) o primeiro sistema de classificação de cunho científico, ao reunir diversos distúrbios mentais sob a denominação de demência precoce, ao lado de outros transtornos psicóticos, separando-os do quadro clínico da psicose maníaco-depressiva. Sigmund Freud (1856-1939) também contribuiu para o pensamento classificatório e etiológico em Psiquiatria ao estabelecer alguns tipos de neurose: hipocondríaca, histérica, fóbica e obsessivo-compulsiva. Contudo, Freud compreendia os sintomas como frutos do inconsciente, sendo o aparelho psíquico apenas um conceito teórico à parte da anatomia (6; 7).

A nosologia, ou seja, a classificação de doenças em grupos análogos, semelhantes ou afins em uma hierarquização ou eixo classificatório, serve para finalidades estatísticas de análises quanto à distribuição das doenças na população. A nosografia, nome dado à doença, possibilita a compreensão sobre a causa, patogênese e natureza da doença. A nosologia (classificação) e a nosografia (nomenclatura) apresentam finalidades distintas, mas entrelaçadas, pois, na medida em que há uma nosografia bem construída, a nosologia terá mais consistência, permitindo que haja uma padronização da linguagem (8).

Atualmente temos como referência as classificações da Organização Mundial de Saúde (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID) e a americana (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – DSM), de responsabilidade da Associação Americana de Psiquiatria (9; 10). A CID encontra-se na sua décima edição e a décima primeira entrará em vigor em 2022 e abrange todas as doenças, inclusive os transtornos mentais em seu capítulo V, intitulado Transtornos Mentais e do Comportamento (11). O DSM está na quinta versão, lançada em 2013, que passou a ter suas edições numeradas em algarismo arábico em vez de romano, com o objetivo de ter atualizações regulares (12). Essas classificações, no quesito transtornos mentais, têm os diagnósticos elaborados mediante critérios de apresentação de sinais e sintomas (13) e no entendimento do clínico sobre termos psiquiátricos e observação do comportamento (14).

Desde o seu reconhecimento científico como uma entidade à parte da esquizofrenia infantil até o momento atual, quando é vista, com um olhar mais amplo, como um espectro que apresenta diferentes graduações, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) recebeu a atenção de muitos pesquisadores em várias partes do mundo. Novos critérios classificatórios foram surgindo à medida que se desenvolviam novas pesquisas e teorias. O atual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-5* (10) e a futura Classificação Internacional de Doenças-CID-11 (10), com certeza, não darão fim aos questionamentos que surgem a cada dia, uma vez que o avanço tecnológico, associado às pesquisas na área de Neurociências, fomentam novas discussões e propostas terapêuticas, contudo olhar para o passado e ver os passos que nos levaram ao presente ajuda a compreender a trajetória percorrida e as

transformações sofridas no diagnóstico do TEA, transtorno que acomete pessoas em todo o mundo, em famílias de toda configuração racial, étnica e social (27).

Os atuais estudos nas áreas de Neurociências, Genética e neuroimagem agregam informações que sugerem que ainda se tem muito a percorrer na trajetória de diretrizes para o diagnóstico mais preciso deste transtorno e que abarque a complexidade deste (16). Além disso, há uma nova onda de estudos prospectivos, na área de psicobiologia e neurociência social, que buscam elucidar os mistérios da etiologia e patogênese dessa condição. O fato de o TEA apresentar características bem diversificadas e seu diagnóstico se basear em avaliações eminentemente clínicas torna esse processo ainda mais desafiador. Por se tratar de um transtorno do desenvolvimento, o TEA pode se manifestar de diversas maneiras, em diferentes idades (17; 18; 19). Também não há biomarcadores do autismo que possam ser considerados específicos ou patognomônicos, como em algumas síndromes, não podendo ser investigado por um exame de sangue nem por coleta de material na bochecha. O diagnóstico passa, necessariamente, pela subjetividade do investigador (20; 21).

O termo “autismo”, derivado do grego *autós* (de si mesmo), foi introduzido e difundido na literatura médica pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler, em 1911 (22), referindo-se à fuga à realidade e ao retraimento para o mundo interior (isolamento) apresentados pelos pacientes com diagnóstico de demência precoce. Bleuler, em seguida, substituiu o termo demência precoce por esquizofrenia (*esquizo*, divisão e *phrenia*, mente), indicando a presença de uma cisão entre pensamento, emoção e comportamento. Entre os sintomas fundamentais (ou primários) específicos da esquizofrenia, encontrava-se o autismo, caracterizado pela perda do contato do paciente com o mundo exterior. Contudo, a utilização do termo por Kanner e Asperger, posteriormente, não teve o intuito de associá-lo ao quadro de esquizofrenia. O termo fazia referência a um distanciamento do mundo social presente nas crianças observadas, com ênfase em seus relacionamentos sociais (23; 24; 25; 26; 22).

Por se tratar de um transtorno caracterizado por comprometimentos na forma de interação da criança, adolescente ou adulto com o mundo interior e exterior, a condução dos casos de TEA demanda conhecimento e participação de múltiplos profissionais, cada um a partir do seu campo de conhecimento, de maneira a proporcionar atenção integral às demandas do paciente. Por isso, é muito importante a clara caracterização e a especificação do transtorno, de forma a garantir o desenvolvimento de estratégias apropriadas de intervenção, levando-se em conta potenciais comorbidades e semelhanças com outros transtornos (19).

Atualmente, o sistema de diagnóstico do TEA é clínico, baseado em observação direta do paciente, coleta de informações com os pais ou responsáveis e na aplicação de escalas, questionários e protocolos padronizados (28). Há consenso de que o diagnóstico precoce fornece informações necessárias para que um ambiente favorável ao desenvolvimento da pessoa com TEA seja instaurado (29).

O DSM-5 (10) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 (30) contêm os critérios a serem considerados na avaliação para o estabelecimento do diagnóstico. A CID-10 (31) classifica o autismo dentro dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), sob o código F84, que é constituído por um grupo de transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. A CID-11, que entrará em vigor a partir de janeiro de 2022 (9), acompanhou

o DSM-5 (10) em sua classificação, incluindo os quadros de TGD no TEA, de acordo com os seguintes códigos e classificações:

- 6A02 – Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)
- 6A02.0 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional;
- 6A02.1 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional;
- 6A02.2 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada;
- 6A02.3 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada;
- 6A02.4 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional;
- 6A02.5 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional;
- 6A02.Y – Outro Transtorno do Espectro do Autismo especificado;
- 6A02.Z – Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado (32).

O DSM-5 promoveu grandes mudanças na descrição e organização dos critérios diagnósticos para autismo e distúrbios relacionados. Considerando que não há evidências para a separação contínua dos diagnósticos para autismo, Asperger, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID) e Transtorno Global do Desenvolvimento-Sem Outras Especificações (PGD-SOE), colocou-os todos sob o rótulo de Transtorno do Espectro Autista (TEA), no intuito de melhorar a concordância de diagnóstico entre os diversos centros clínicos e de pesquisas (33). Este manual integrou a classificação de transtornos mentais com os recentes avanços da Neurociências e Genética (34), de forma a favorecer a identificação de diagnósticos em um espectro de transtornos baseado em circuitos neurais, vulnerabilidade genética e exposições ambientais comuns (35). De acordo com o DSM-V, os dois principais sintomas associados ao TEA, que caracterizam os novos critérios diagnósticos, são: déficits na comunicação social e interação social e padrões de comportamento restritivo e repetitivo. Um número expandido de especificadores, que incluem três níveis de gravidade para os dois principais sintomas, indicam o nível de serviços de suporte exigido pelo paciente (10; 33).

O objetivo deste estudo é revisar a trajetória das principais concepções teóricas e clínicas do TEA, a partir dos pesquisadores sobre o tema, reconhecendo que, cada vez mais, o transtorno em questão demanda dos pesquisadores novos olhares e novos saberes e que a precocidade do diagnóstico proporciona à criança melhor prognóstico e adaptação ao mundo que a circunda, com suas exigências e desafios. Neste texto, os termos autismo e TEA são utilizados indistintamente.

## **PESQUISADORES QUE CONTRIBUÍRAM PARA A CONCEITUAÇÃO E DIAGNÓSTICO DO AUTISMO**

### **Distúrbio Autístico do Contato Afetivo: as crianças de Kanner (1894-1981)**

Em outubro de 1938, Leo Kanner, psiquiatra austríaco radicado nos Estados Unidos e um dos responsáveis pela criação do Serviço de Psiquiatria Infantil do *Johns Hopkins University and Hospital*, em Baltimore (Maryland – EUA), recebeu a carta de

um pai, Oliver Triplett Jr., preocupado com o comportamento atípico de seu filho Donald T. nos primeiros cinco anos de vida (16; 26). A carta, com 33 páginas datilografadas, continha uma série de informações sobre o desenvolvimento da criança e seu comportamento, com pormenores que captaram a atenção de Kanner e serviram de gatilho para a pesquisa do psiquiatra nos anos subsequentes (36).

Posteriormente, a criança foi examinada por Kanner e sua equipe. Reconhecendo que se tratava de um quadro peculiar e com características de uma entidade distinta das que habitualmente estudara, Kanner passou a observar outras crianças que apresentavam comportamentos similares com o intuito de apresentar os casos à comunidade científica, visando o reconhecimento de uma afecção autônoma e inata, ainda não descrita (23; 16; 36; 19). Para o psiquiatra, tratava-se de uma entidade distinta de outros transtornos, como a esquizofrenia ou o retardo mental, identificando-o como um distúrbio inato do contato afetivo e interpessoal (37; 18).

Em 1943, após acompanhar 11 crianças com quadros semelhantes ao de Donald, sendo oito meninos e três meninas com idades variando de 2 anos e 4 meses a 8 anos (38), Kanner escreveu o artigo "*Autistic Disturbances of Affective Contact*", que foi publicado na revista *The Nervous Child*, número 2, páginas 217-250 (36) dando início a uma nova perspectiva de compreensão sobre o que viria a ser denominado autismo infantil, transtorno autista ou autismo na infância (25; 36; 18).

Kanner (36) identificou que as crianças avaliadas tinham como característica marcante a tendência ao isolamento, por isso optou pelo termo autismo, porém com semântica distinta ao uso dado por Bleuler, relacionando-o ao fato de as crianças não parecerem estar envolvidas com seu ambiente externo (39; 26). Para ele, a desordem fundamental estava na incapacidade dessas crianças de se relacionarem de maneira comum com pessoas e situações desde o começo da vida, havendo, desde o início, extremo isolamento autista (36). Ao relatar os casos, Kanner procurou descrevê-los detalhadamente, reconhecendo tratar-se de uma afecção autônoma e específica ligada aos primeiros anos da infância (23).

As histórias das 11 crianças foram apresentadas resumidamente no artigo: as diferenças individuais segundo o grau do distúrbio, a manifestação de traços específicos, a constelação da família e o desenvolvimento ocorrido ao longo dos anos. Kanner pôde observar que, apesar das diferenças verificadas, havia um traço comum perceptível nos casos que poderia caracterizá-los como uma única "síndrome". As crianças do grupo demonstraram extrema solidão desde o começo de suas vidas, não respondendo aos estímulos externos direcionados a elas. Kanner concluiu que as crianças eram governadas pelo desejo poderoso de solidão e mesmice, não tolerando as menores alterações em seu ambiente físico (20; 36).

A alimentação das crianças ocorria com muita dificuldade. Algumas apresentaram severos problemas alimentares desde o começo, como rejeição ao alimento ou vômitos repetitivos, o que interferia em seus estados nutricionais e gerava preocupação aos pais. Para Kanner, o alimento seria a primeira intrusão vinda de fora sofrida pela criança e, no intuito de manterem o mundo exterior afastado, relutavam em aceitar, de bom grado, os alimentos oferecidos. Posteriormente, tais dificuldades apresentaram regressão diante das inúmeras e repetidas investidas dos cuidadores (36).

No que concerne à inteligência, Kanner considerou que as crianças eram dotadas de boas potencialidades cognitivas, com um assombroso vocabulário e excelente memória para decorar poemas e nomes e também uma precisa recordação de modelos complexos e sequências, o que permitiria considerá-las com boa inteligência (36). Estudos posteriores, contudo, não corroboraram sua assertiva,

ficando claro que muitas crianças com TEA têm deficiência intelectual (QI abaixo de 70) e apresentam discrepâncias nas diferentes áreas de habilidade (18).

Os parentes das crianças também passaram pelo escrutínio de Kanner. Ele observou que todos vinham de famílias muito inteligentes, com marcantes traços de obsessividade, limitado interesse genuíno por pessoas e preocupação com abstrações de natureza científica, literária e artística. Concluiu que as crianças avaliadas nasceram com uma inata inabilidade para travar contato afetivo normal, biologicamente instaurado, com uma combinação de extremo autismo, obsessividade, estereotipia e ecolalia (36; 38).

Um ano após a publicação do artigo de Kanner, o termo Autismo Infantil Precoce foi adicionado às nomenclaturas psiquiátricas e outros profissionais puderam usar as suas observações para a detecção de casos não enquadrados em outras entidades clínicas e em novas investigações. Kanner também teve a oportunidade de avaliar muitos outros casos e contribuir para a compreensão do transtorno. Vinte e oito anos após o primeiro artigo ter sido lançado, Kanner pôde entrar em contato com os familiares da maioria das crianças e realizar o acompanhamento delas, relatando-o no artigo denominado “*Follow-up Study of Eleven Autistic Children Originally Reported in 1943*” (38), no *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*.

### **Hans Asperger (1906-1980) e sua tese: psicopatia autística infantil**

Em outubro de 1943, Hans Asperger, pediatra, apresentou sua tese em livre-docência na Faculdade de Medicina da Universidade de Viena (Áustria). Como coordenador da seção especial da Clínica Infantil, Asperger discorreu sobre quatro casos de crianças atendidas no setor que apresentavam aspectos clínicos e pedagógicos peculiares (22). Asperger tinha interesse nos processos pedagógicos relacionados às crianças com deficiência e advogou uma educação baseada na compreensão para as pessoas especiais, com tratamento pedagógico diferenciado e adaptado às dificuldades das crianças (40; 41). O transtorno observado recebeu a denominação de Psicopatia Autística Infantil (22).

Asperger (41) relatou casos de crianças que apresentavam fracassos em relação à convivência social. A dimensão afetiva encontrava-se amplamente alterada, com a compreensão dos fenômenos de expressão dos outros e a reação adequada a estes igualmente alteradas. Asperger considerou que havia uma nítida falha do sentimento dessas crianças que deveria ser considerada a causa principal da relação alterada com o meio ambiente, mas considerou que as crianças eram inteligentes e entendeu que poderiam ter desempenho intelectual satisfatório na vida adulta.

### **Bruno Bettelheim (1903-1990): a fortaleza vazia**

Influente diretor da Escola Ortogenética de Chicago (Sonia Shankman Orthogenic School of the University of Chicago) para crianças com transtornos mentais, o austríaco Bruno Bettelheim foi o mais famoso defensor da psicogênese nas décadas de 1950 e 1960 e também da institucionalização das crianças com autismo, no intuito de retirá-las de ambientes com familiares tóxicos, que desconsideravam as suas necessidades básicas (42). Foi o responsável pela disseminação do conceito de “mãe geladeira”, oriundo das observações iniciais de Kanner sobre o perfil frio e distante dos pais das crianças autistas, poucos disponíveis afetivamente (16). Em seu livro “A fortaleza vazia”, lançado em 1967, subscreveu os pontos de vista de Kanner, defendendo-os nos meios de divulgação científica e popularizando o conceito na sociedade (43).

Considerando o autismo como uma síndrome de dano ao ego, o psicanalista interpretou o comportamento das crianças autistas sob a perspectiva freudiana clássica e implicou os pais no processo, sugerindo rejeição inconsciente deles para com os filhos. Acreditava, portanto, que o tratamento do autismo deveria alcançar tanto os pais quanto os filhos, simultaneamente (44; 45).

### **Bernard Rimland (1928-2006): base biológica do autismo**

Em seu livro *Infantile autism: the syndrome and its implications for a neural theory of behavior*, publicado em 1964, Rimland sugeriu forte base cerebral para o transtorno, propondo como causa uma disfunção na Formação Reticular do Tronco Cerebral (46). Seu livro teve o prefácio escrito por Kanner, que havia mudado a sua visão a respeito da culpabilização das mães na gênese do autismo. Essa mudança, juntamente com a discussão da base neural do autismo, provocou radical alteração na maneira de se diagnosticar e de se abordar o autismo do ponto de vista terapêutico (47; 18). Suas pesquisas contribuíram para que o diagnóstico de autismo se enquadrasse no campo biológico da pesquisa (42).

### **Beate Hermelin (1919-2007) e Neil O’Conner (1917-1997): déficits cognitivos específicos**

Psicólogos experimentais, pesquisadores do Maudsley Hospital, do Reino Unido, Hermelin e O’Conner conduziram análises estatísticas focadas inteiramente nas medidas comportamentais e realizaram várias pesquisas sobre o autismo, sendo pioneiros em testar como as crianças autistas processavam a informação sensorial na resolução de testes de habilidades de memória e motoras. Os pesquisadores chegaram à conclusão de que as crianças com autismo apresentavam déficits cognitivos específicos, como problemas na percepção de ordem e significado não explicados por deficiência mental (48; 49; 39).

### **Victor Lotter (1933-1988): estudos epidemiológicos**

Desafiado pelo pesquisador Neil O’Conner, um dos primeiros a aplicar os rigorosos métodos da psicologia experimental no campo do retardo mental grave e autismo, o psicólogo sul-africano Victor Lotter realizou o primeiro estudo epidemiológico do autismo em Middlesex, um condado ao noroeste de Londres, relatando um índice de prevalência de 4,5 em 10.000 crianças em toda a população de crianças de 8 a 10 anos. Lotter estabeleceu 24 itens comportamentais em sua pesquisa epidemiológica no intuito de permitir estudos reproduzíveis não sujeitos a julgamentos subjetivos de pesquisadores individuais (20; 39; 17; 18).

### **Lorna Wing (1928-2014): Tríade de Wing**

Lorna Wing foi uma grande estudiosa do autismo e, juntamente com a psicóloga Judith Gould, verificou que o autismo infantil poderia ser observado sob o prisma de um espectro, com quadros diversos podendo ser relacionados ao transtorno. Em conjunto, Wing e Gould (50) realizaram uma investigação em um subúrbio de Londres e identificaram um grupo de comparação de crianças com prejuízos sociais, com e sem retardo mental. As autoras discutiram as relações entre retardo mental, autismo típico e outras condições que envolviam prejuízos sociais e publicaram seus achados no *Journal of Autism and Developmental Disorders* com o título “*Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification*”. A partir de suas observações, um sistema de classificação baseado na qualidade da interação social foi proposto.

Os estudos de Wing foram muito importantes para a incorporação do diagnóstico de Síndrome de Asperger na CID-10 e no DSM-IV. Foi dela a sugestão da tríade de déficits simultâneos nas esferas social, comunicacional e simbólica, que ficaram conhecidas como Tríade de Wing (48).

### **Michael Rutter (1933- ): genética e síndrome comportamental**

Considerado um dos principais pesquisadores da psiquiatria infantil do Maudsley Hospital, do Reino Unido, o psicólogo Rutter conduziu o primeiro estudo genético do autismo. Após várias pesquisas suas e de outros, concluiu que as anormalidades cerebrais orgânicas aparentavam estar relacionadas ao quadro de autismo, reconhecendo o autismo como uma desordem do desenvolvimento provocada por uma doença no SNC (51; 39; 46).

Em decorrência da emergência de uma nova perspectiva sobre o autismo proposta por Rutter, a abordagem terapêutica também sofreu modificações. O autismo passou a ser reconhecido como uma síndrome comportamental originada de um quadro orgânico, portanto, o comportamento social do autista seria resultante de um déficit cognitivo específico que afetaria a linguagem e os processos centrais de codificação (52). Neste sentido, o prejuízo na linguagem tornou-se o foco central das pesquisas de Rutter na década de 70 (53) e os programas de intervenção precoce assumiram novas configurações (37).

Como pesquisador da *King's College London*, o Professor Rutter participou e realizou várias pesquisas sobre o autismo, sendo considerado um dos maiores estudiosos do tema. Em 1978, Rutter estabeleceu o que ficou conhecido como “critérios de Rutter”, baseados em estudos epidemiológicos e clínicos, quais sejam: atraso e desvios sociais; problemas de comunicação; comportamentos incomuns, como movimentos estereotipados e maneirismos; início antes dos 30 meses de idade. Suas pesquisas, associadas a outras, influenciaram fortemente a definição de autismo no DSM-III, em 1980 (20; 17).

### **Edward Ritvo: (1935 - ): autismo-deficiência mental**

Professor emérito da Universidade da Califórnia, Los Angeles Medical School (UCLA), Edward Ritvo, especialista em psiquiatria infantil e adolescência, é uma respeitada autoridade em autismo. Foi um dos primeiros a reconhecer o autismo não como uma psicose, mas como uma síndrome relacionada a um déficit cognitivo, caracterizando-o como um transtorno do desenvolvimento com uma relação autismo-deficiência estabelecida (48). Também preconizou a concepção do autismo como uma síndrome comportamental de um quadro orgânico em seu livro publicado em 1976, *Autism: diagnosis, current research and management* (54). Foi responsável pelo estudo com gêmeos na UCLA, estabelecendo o registro genético do autismo, com análise da árvore genealógica e da hereditariedade do transtorno (25).

### **Uta Frith (1941- ): a voz de Asperger em inglês**

A psicóloga alemã Uta Frith, professora emérita de Desenvolvimento Cognitivo do Instituto de Neurociência Cognitiva da *University College London* (UCL), continua em atividade e é reconhecida como autoridade em TEA. Como pesquisadora do Maudsley Hospital, do Reino Unido, realizou trabalhos com Hermelin, O'Conner e Lorna Wing, seus mentores, além de traduzir a tese de Asperger para a língua inglesa, popularizando-o e subsidiando o que viria a se tornar mundialmente conhecido como Síndrome de Asperger (20; 24).

### **Ivar Lovaas (1927-2010): ABA**

Psicólogo norueguês que atuou na Universidade da Califórnia, Los Angeles, pioneiro e um dos maiores representantes do uso da Análise Aplicada do Comportamento (ABA) ao autismo. A ABA, equivocadamente confundida com um método de tratamento para o autismo, constitui-se no braço tecnológico da ciência Análise do Comportamento a qual, por sua vez, fundamenta-se na filosofia Behaviorista Radical (55; 56; 57). Como o braço tecnológico de uma ciência, busca aplicar princípios comportamentais à solução de problemas socialmente relevantes.

Lovaas desenvolveu um programa intensivo de tratamento, baseado em mais de 40 anos de pesquisa e intervenção com crianças autistas, o qual é usado por psicólogos em todo o mundo e caracteriza-se pela intervenção individualizada, de longo prazo, com carga horária semanal expressiva (40 horas). Relatou que 47% das crianças expostas a esse tipo de intervenção alcançaram níveis normais de funcionamento (intelectual e educacional), apresentando desenvolvimento típico (58).

### **Eric Schopler (1927-2006): programa TEACCH**

Em 1966, na Universidade da Carolina do Norte (EUA), o psicólogo Schopler, juntamente com Robert Reichler, iniciou um programa piloto que resultaria no TEACCH - *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* (20). O método TEACCH apresenta abordagem desenvolvimentista, valorizando as mudanças que a criança apresenta de acordo com a faixa etária, e postula que, à medida que as crianças com autismo crescem, elas têm mais experiências, que são essenciais para a aprendizagem. Também leva em conta a superioridade do uso da visão em relação à audição, com ampla utilização de recursos visuais para ampliar as capacidades da linguagem compreensiva e receptiva. As bases epistemológicas do TEACCH são o comportamentalismo e a psicolinguística (59; 60).

### **Isabelle Rapin (1927-2017): comunicação e autismo**

Neuropediatra suíça, Rapin realizou várias pesquisas sobre autismo, principalmente na área da comunicação. Defendeu a estimulação precoce das crianças autistas, com ênfase em suas competências. Foi uma das vozes contra a psicogênese e a favor da visão do autismo como um espectro de desordens. Mentora de vários neuropediatras, fez uma série de contribuições significativas aos estudos sobre o autismo, reconhecendo-o como um distúrbio do cérebro em desenvolvimento (61).

### **Simon Baron-Cohen (1958- ): Teoria da Mente**

David Premack e Guy Woodruff (62), estudando chimpanzés, propuseram uma Teoria da Mente na qual os chimpanzés inferiam o estado mental de si e dos outros e previam comportamentos com base nesse estado mental. Baseados nessa teoria, Baron-Cohen et al. (63), precursores da teoria cognitiva no autismo, postularam que no TEA havia uma falha no reconhecimento do estado mental dos outros, ou seja, a Teoria da Mente no autismo era deficiente, independentemente do retardo mental subjacente. Tal estado resultaria nas dificuldades observadas nas interações sociais, uma vez que, com a dificuldade de predição de como as pessoas agiriam e a falta de inferência sobre as motivações subjacentes a essas ações, a pessoa com TEA ficaria impossibilitada de instaurar relacionamentos adequados com outras pessoas, prejudicando a expressão afetiva (54).

Simon Baron-Cohen é diretor do Centro de Pesquisa em Autismo da Universidade de Cambridge, Reino Unido. Também é presidente da Sociedade Internacional de Pesquisa em Autismo. Grande pesquisador do TEA, suas pesquisas provocaram mudanças na classificação do autismo no DSM e na CID (48).

### **Christopher Gillberg (1950- ): Neurociências e Genética**

Um dos pesquisadores mais produtivos na área do autismo, Gillberg é professor de psiquiatria da infância e adolescência na Universidade de Gotemburgo, Suécia, e chefe médico do Hospital Universitário Sahlgrenska. Suas pesquisas abrangem as áreas de Neurociências, Genética e Epidemiologia, além de tratamentos/intervenções e resultados. Suas pesquisas o levaram a associar o autismo a causas orgânicas, criticando os que criam na causa psicogênica do transtorno, e conceituando o autismo como uma síndrome comportamental com múltiplas causas biológicas (64; 65; 66)

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Muitos foram os que empreenderam narrativas e pesquisas sobre o autismo. Poderíamos citar os trabalhos de vários grupos de pesquisas, contudo consideramos que muitos tiveram como ponto de partida os trabalhos dos autores citados que, com perspicácia, intuição e muita observação, deixaram legados para as próximas gerações. Alguns ainda exercem suas atividades clínicas, científicas e são promotores da disseminação do conhecimento sobre o autismo e referência para aqueles que lidam direta ou indiretamente com a causa dos autistas.

De grande importância foi a participação de pais e familiares de autistas, que se empenharam, através de campanhas, movimentos e associações, em prol da causa e em busca de reconhecimento e terapêuticas adequadas a cada caso. Profissionais da área de saúde mental, fonoaudiologia, terapia ocupacional, advocacia e política também deram e continuam a dar suas contribuições para que as pessoas com TEA, de qualquer espectro e idade, recebam a atenção necessária para o exercício da cidadania e o desempenho de todo o potencial de que são capazes.

Reconhecer o percurso que os antecessores traçaram nos leva a olhar adiante, para o que ainda não foi elucidado pela ciência e pela tecnologia, pois o saber se multiplica a cada dia e a busca por conhecimento é algo inerente ao ser humano. Um diagnóstico bem elaborado produz terapêuticas mais apropriadas e vidas mais adaptadas às exigências de um mundo dinâmico e complexo.

Por se tratar de um transtorno com abordagem multidisciplinar, profissionais de várias áreas estão implicados no diagnóstico e terapêutica do TEA e conhecer a história por trás do diagnóstico estabelecido atualmente na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionado à Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), e no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da Associação Americana de Psiquiatria (APA) expandirá a compreensão do TEA.

Em síntese, o conhecimento sobre o percurso para a elucidação de um diagnóstico, principalmente aqueles que necessitam de diagnósticos precoces e intervenções apropriadas e baseadas em evidências científicas, como o TEA, nem sempre está disponível aos profissionais responsáveis por essas importantes práticas. Portanto, o objetivo dessa revisão foi alcançar esses profissionais e torná-los cientes de como a nosologia nem sempre ocorre de forma linear e isenta de contradições,

necessitando de constantes revisões e adequações de acordo com o avanço científico e tecnológico.

## REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, AC & LOTUFO-NETO, F. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, 2014, Vol. XVI, no. 1, p.67-82
2. BAIO, J., WIGGINS, L., CHRISTENSEN, DL, MAENNER, MJ, DANIELS, J., WARREN, Z., ... & DOWLING, NF (2018). Prevalência de transtorno do espectro do autismo entre crianças de 8 anos - rede de monitoramento de autismo e deficiências de desenvolvimento, 11 locais, Estados Unidos, 2014. **MMWR Surveillance Summaries**, 67 (6), 1.
3. HALPERN, R. **Manual de pediatria do desenvolvimento e comportamento**. Barueri, SP: Manole; 2014. 556 p.
4. PAHO, 2017 Organização Mundial da Saúde (2017). **Folha informativa: transtorno do espectro autista**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?Itemid=1098> [ Links ]
5. FERREIRA, M. E. V., & SMEHA, L. N. (2018). E agora Dr.? O pediatra diante do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista. **PSI UNISC**, 2(1), 156-171.
6. MATOS, EG.; MATOS, TMG & MATOS, GM. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 27(3), 312-318. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082005000300010>
7. PONDÉ, MP. (2018) The crisis of diagnosis in psychiatry and the diagnostic manuals. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, 21(1), 145-166. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n1p145.10>
8. LAURENTI, R. (1991). Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Revista de saúde pública**, 25, 407-417.
9. OPAS/OMS Brasil - **OMS divulga nova Classificação Internacional de Doenças (CID 11)** (2018) Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11)
10. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **DSM 5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013.
11. BUSNELLO, ED.; Tannous, L.; Gigante, L.; Ballester, D.; Hidalgo, MP.; Silva, V.; Juruena, M.; Dalmolin, A. (in memoriam) & Baldisserotto. G. (1999)

Confiabilidade diagnóstica dos transtornos mentais da versão para cuidados primários da Classificação Internacional das Doenças. **Rev. Saúde Pública**, 33 (5). Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/rsp>

12. BANDEIRA, J. & CAMPOS, EM. (2017) Perspectivas e principais alterações no DSM-5. **Rev Med UFC**. 57(1):15-18. Doi: 10.20513/2447-6595.2017v57n1p15-18
13. CUTHBERT, B. N., & INSEL, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. **BMC medicine**, 11(1), 126.
14. CASEY, B. J., CRADDOCK, N., CUTHBERT, B. N., HYMAN, S. E., LEE, F. S., & RESSLER, K. J. (2013). DSM-5 and RDoC: progress in psychiatry research? **Nature Reviews Neuroscience**, 14(11), 810-814.
15. GAUDERER, E C. **Autismo e outros atrasos do Desenvolvimento: uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais**. São Paulo: Sarvier, 1985.
16. GRANDIN, T. & PANEK, R (2018) **O cérebro autista**. Tradução de Cristina Cavalcanti. 8.ed. São Paulo: Record.
17. KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 28 (Suppl. 1), s3-s11. (2006). Acessado de: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000500002>
18. VOLKMAR, F. R. & WIESNER, L. A. **Autismo: guia essencial para a compreensão e o tratamento**. Porto Alegre: Artmed. (2019) 356 p.
19. WHITMAN, T. L. **O desenvolvimento do autismo: Social, cognitivo, linguístico, sensório-motor e perspectivas biológicas**. Tradução Dayse Batista. São Paulo: M.Books do Brasil (2015).
20. DONVAN, J. & ZUKER, C. **Outra sintonia**. A história do autismo. Tradução Luiz A. de Araújo. São Paulo: Companhia das Letras. (2017) 664 p.
21. SCHWARTZMAN, JS & ARAUJO, CA. **Transtornos do espectro do autismo – TEA**. São Paulo: Memnon (2011).
22. DIAS, S. Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, 18 (2), 307-313, São Paulo (2015). Acessado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n2p307.9>
23. FERRARI, P. **Autismo infantil: o que é e como tratar**. Trad. Marcelo Dias Almada. 4. ed. São Paulo: Paulinas (2012).
24. FRITH, U. Asperger and his syndrome. In Uta Frith (Ed.) *Autism and Asperger syndrome* (p. 1-36). Cambridge University Press (1991). Acessado de: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511526770.001>

25. GAUDERER, E. C. **Autismo, década de 80: uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais.** 2. ed. São Paulo: Sarvier (1987).
26. SCHWARTZMAN, J. S. **Cem dúvidas sobre o autismo.** São Paulo: Memnon Edições científicas (2018).
27. SILVA, R. C. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**, 17 (4), (2006) p. 263-285. Acessado de: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000400014>
28. ALMEIDA, M. S. **Diagnóstico do autismo no CID 11, CID 10 e DSM V.** (2019). Recuperado em: <https://institutoinclusaobrasil.com.br/diagnostico-do-autismo-no-cid-11-cid-10-e-dsm-v/>
29. FERNELL, E., ERIKSSON, M. A. & GILLBERG, C. Early diagnosis of autism and impact on prognosis: a narrative review. **Clinical Epidemiology**, 2013: 5.
30. OMS - Organização Mundial de Saúde **CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde** (10. ed.) Genebra, Organização Mundial de Saúde (1996).
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.** Geneva: World Health Organization (1992). Acessado de: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>
32. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO (2018) **ICD - 11 International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information.** 2018.
33. MORAN, M. **DSM-5 fornece nova visão sobre distúrbios do neurodesenvolvimento.** Psychiatry News. American Psychiatric Association (2013). Acessado de: <https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.pn.2013.1b11>
34. GRINKER, R. R. In Retrospect. The five lives of the psychiatry manual. **Nature.** v.468 p.168-170 Macmillan Publishers (2010).
35. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno 5 - DSM-5.** Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. Porto Alegre: Artmed, 2014. xlv, 948p.
36. KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous child**, 2 (3), (1943) p.217-250.
37. GADIA, C. A., TUCHMAN, R. & ROTTA, N. T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **Jornal de Pediatria**, 80 (2, Suppl.) p.83-94 (2004). Acessado de: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300011>

38. KANNER, L. Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. **J Autism Dev Disord.** 1, (1971) p.119-145. Acessado de: <https://doi.org/10.1007/BF01537953>
39. EVANS, B. How autism became autism: The radical transformation of a central concept of child development in Britain. **History of the Human Sciences**, 26 (3). London: Sage (2013). DOI: 10.1177/0952695113484320
40. ARTIGAS-PALLARES, J & PAULA, I. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, 32 (115), (2012) p.567-587. Acessado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000300008>
41. ASPERGER, H. Os “psicopatas autistas” na idade infantil (Parte 1). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 18(2), (2015) p.314-338. Acessado de: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n2p314.10>
42. HERMAN, E. Autismo no DSM, 1952-2013. **Projeto de História do Autismo.** (2019) Acessado de: <https://blogs.uoregon.edu/autismhistoryproject/archive/autism-in-the-dsm/>
43. RÊGO BARROS, I. B. Autismo e linguagem: discussões à luz da teoria da enunciação. **Distúrbios da Comunicação**, 23 (2) (2011).
44. BETTELHEIM, B. **Empty fortress.** Infantile Autism and the birth of the self. Simon and Schuster. New York: Free Press (1967).
45. SILVERMAN, C. & BROSCO, J. P. Understanding autism: parents and pediatricians in historical perspective. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, 161 (4), (2007) p. 392–398. Acessado de: <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.4.392>
46. ROSEMBERG, R. (2011) História do autismo no mundo. In Schwartzman, J. S. & Araujo, C. A. **Transtornos do espectro do autismo – TEA.** São Paulo: Memnon (2011). p. 19-21
47. RIMLAND, B. **Infantile Autism:** The Syndrome and its Implications for a Neural Theory of Behavior. New York: Appleton-Century-Crofts (1964).
48. ASSUMPÇÃO Jr, F. B. & KUCZYNSKI, E. **Autismo infantil:** novas tendências e perspectivas. 2. ed. Série de psiquiatria da infância à adolescência. São Paulo: Editora Atheneu (2015).
49. BOSA, C. A. & CALLIAS, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. **Psicologia: reflexão e crítica**, 13 (1), (2000) p. 167-177.
50. WING, L. & GOULD, J. (1979) Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 9, No. 1, 1979 Plenum Publishing Corporation.

51. ARAÚJO, C. A. (2011a) Psicologia e os Transtornos do Espectro do Autismo. In Schwartzman, J. S. & Araújo, C. A. **Transtornos do espectro do autismo – TEA**. São Paulo: Memnon (2011). p. 173-201.
52. GOLDBERG, K. Autismo: uma perspectiva histórico-evolutiva. **Revista de Ciências Humanas**, 6 (6), (2005) p. 181-196.
53. LAMPREIA, C. Os enfoques cognitivista e desenvolvimentista no autismo: uma análise preliminar. **Psicologia: reflexão e crítica**, 17 (1), (2004) p. 111-120.
54. ARAÚJO, C. A. (2011b) A intervenção psicológica. In Schwartzman, J. S & Araújo, C. A. **Transtornos do espectro do autismo – TEA**. São Paulo: Memnon (2011). p. 227-237.
55. BAER, D. M., WOLF, M. M. & RISLEY, T. R. Some current dimensions of applied behavior analysis. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 1, (1968) p. 91-97.
56. SELLA, A. C., & RIBEIRO, D. M. O que é a análise do comportamento aplicada. Em A. C. Sella & D. M. Ribeiro, *Análise do Comportamento Aplicada ao Transtorno do Espectro Autista* (p. 45-58). Appris Editora (2018).
57. TOURINHO, E. Z. Estudos conceituais na análise do comportamento. **Temas em Psicologia**, 7(3), (1999) p. 213-222.
58. LOVAAS, O. I. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 55(1), (1987) p. 3-9. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.1.3>
59. LEON, V. C. **Práticas baseadas em experiências para aplicação do TEACCH nos Transtornos do Espectro do Autismo**. São Paulo: Memnon (2016).
60. LEON, V. C. & OSÓRIO, L. (2011) O método TEACCH. In Schwartzman, J. S. & Araújo, C. A. **Transtornos do espectro do autismo – TEA**. São Paulo: Memnon (2011) p. 263-277.
61. SANDOMIR, R. (2017) Isabelle Rapin, Who Advanced Concept of an Autism Spectrum, Dies at 89. **New York Times**, Obituário 9 de junho de 2017. Acessado de: <https://www.nytimes.com/2017/06/09/science/obituary-neurologist-isabelle-rapin-autism.html>
62. PREMACK, D. & WOODRUFF, G. Does the chimpanzee have a theory of mind? **Behavioral and brain sciences**, 1 (4), (1978) p. 515-526.
63. BARON-COHEN, S., LESLIE, A. M. & FRITH, U. Does the autistic child have a “theory of mind.” **Cognition**, 21 (1), (1985) p. 37-46.
64. ASSUMPÇÃO JÚNIOR, FB. & PIMENTEL, ACM. (2000). Autismo infantil. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(Suppl. 2), 37-39. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600010>

65. GILLBERT, C. Debate and Argument: Is Autism a Pervasive Developmental Disorder? **J. Child Psychol. Psychiat.** vol. 32, N. 7, (1991) p. 1169-1170.
66. GILLBERG NEUROPSYCHIATRY CENTRE – GCN **History**. Institute of Neuroscience and Physiology. Sahlgrenska Academy. Universidade de Gotemburgo, Suécia (2016). Acessado de:  
[https://gillbergcentre.gu.se/english/about\\_us](https://gillbergcentre.gu.se/english/about_us)