

# O AUTISMO COMO TRANSTORNO E A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

## AUTISM AS A DISORDER AND MEDICALIZATION OF LIFE

Maria Angélica Augusto de Mello Pisetta 1  
Guilherme Brenner 2

**Resumo:** O presente artigo problematiza a definição sintomatológica do autismo, especialmente nomeado pelo DSM-V como TEA (transtorno do espectro autista), sobretudo pela epistemologia que a classificação propaga em torno da concepção nosológica do mesmo. Discutindo a partir da proposta teórica do autismo como quarta estrutura psíquica (Maleval, 2012), aponta para os meandros discursivos atuais que fomentam as classificações, sobretudo amparados pelo capitalismo como discurso e pela gestão neoliberal do sofrimento psíquico (Dunker, 2021). Autorrelatos de autistas e análise bibliográfica servem de auxílio para demarcar um espaço existencial que o diagnóstico não considera, fundamental para contemplar os processos inclusivos de combate à exclusão social tão marcada na experiência autista.

**Palavras-chave:** Autismo. TEA. Medicalização. Psicanálise. Lacan.

**Abstract:** This article discusses the symptomatological definition of autism, especially named by the DSM-V as TEA (autistic spectrum disorder), mainly due to the epistemology that the classification propagates around its nosological conception. Discussing from the theoretical proposal of autism as the fourth psychic structure (Maleval, 2012), it points to the current discursive intricacies that foster classifications, especially supported by capitalism as a discourse and by the neoliberal management of psychic suffering (Dunker, 2021). Self-reports of autistic people and bibliographical analysis help to demarcate an existential space that the diagnosis does not consider, fundamental to contemplate the inclusive processes of combating social exclusion so marked in the autistic experience.

**Keywords:** Autism. TEA Medicalization. Psychoanalysis. Lacan.

- 
- 1 Pós-doutorado em Educação (USP). Doutora e mestra em Psicologia (UFRJ). Especialista em Psicologia Clínico-Institucional pela UERJ (modalidade Residência). Graduada em Psicologia. Professora associada na Faculdade de Educação da UFF e no Programa de Pós-graduação em Educação da UFF. Lattes: <http://lattes.cnpq/8060672265377906>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9288-260X>. E-mail: [mariaangelicapisetta@id.uff.br](mailto:mariaangelicapisetta@id.uff.br)
  - 2 Graduado em Psicologia (UFF). Pesquisador associado do Grupo de pesquisa Psicanálise, Educação e Inclusão, sediado na FEUFF. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9287076376460656>. ORCID: <https://orcid.org/000-0002-8558-4185>. E-mail: [guilherme1rj@gmail.com](mailto:guilherme1rj@gmail.com)

## Introdução

A consideração sobre o autismo na atualidade é encontro de importante teorização, sobretudo em virtude do conceito de inclusão social e escolar que ela abarca e do campo mais amplo relativo aos direitos humanos em que ele se insere. Muitos temas (objetos teóricos) podem ser elencados, se o tomamos numa análise ampla: inclusão social e escolar, desenvolvimento infantil, psicopatologia infantil, socialização; segregação social; desenvolvimento pedagógico e cognitivo, autonomia e cidadania, educação especial e educação inclusiva e ainda medicalização da vida e da infância (PISETTA, 2020, 2022).

Na perspectiva que abordamos (psicanálise lacaniana) abordaremos o conceito de sintoma e a sua relação com a definição de transtorno, conforme os manuais diagnósticos (DSM), para dar partida à discussão de alguns objetos indicados no parágrafo anterior. A pesquisa que dá fôlego a esse artigo deriva do estudo do autismo, sobretudo em sua relação com a inclusão escolar, onde ele é mais reconhecido como TEA (Transtorno do Espectro Autista), o que salienta essencialmente sinais comportamentais na base do diagnóstico, enfatizando ainda o grau de dependência - e isso antecipadamente e em todas as condições relacionais - de um interlocutor para a realização de atividades e o alcance de autonomia social. Tendo sintomas elencados como ponto de apoio do diagnóstico, essa perspectiva nos interessa aqui para problematizar o alcance da definição de autismo a partir do que é comportamentalmente menos evidente, podendo ser considerado subjacente ao manifesto, na compreensão de uma estrutura psíquica, variável em manifestações clínicas. Nesses termos, começaremos por Freud (1926).

Para o autor, um sintoma possuiria um significado inconsciente que iria além de mero sinal de uma doença, pois existiria algum conteúdo nos seu rastro, que emergiria à consciência e possibilitaria uma análise. Mensagem codificada sobre o sujeito e também (embora não seja Freud quem o indica dessa forma), acerca do Outro que o constitui. Freud em seu texto compreende o sintoma como algo que possui sentido além de relação com a vida do paciente. Sendo assim, a tarefa do analista em relação às ideias aparentemente sem sentido, ou aos atos, também incompreensíveis, seria “simplesmente em descobrir, com relação a uma ideia sem sentido e uma ação despropositada, a situação passada em que a ideia se justificou e a ação serviu a um propósito” (FREUD, 1926, p. 21).

A referência ao passado aqui expressa pode ser apreendida também como indicativo de rede discursiva, estando assim o sintoma articulado a uma sorte de condições não evidentes no primeiro momento. Nesse sentido, os sintomas podem se manifestar de diversas formas, tornando complexo o trabalho de uma análise, sendo necessário estabelecer relação entre os sintomas e a vida do paciente. Por outro lado, como vemos crescer entre nós na atualidade, o sintoma pode perder o seu sentido subjetivo ao ser colocado numa roupagem em que é visto como sinal orgânico de uma doença. Assim, por exemplo, quando abordamos o autismo, essa tendência é bastante determinante.

Quando digitamos na principal plataforma de busca do mundo, o Google, a palavra autismo, o que surge como primeiro resultado é uma página da Wikipedia que utiliza o DSM-5 para definir o autismo como transtorno do espectro do autismo. Não é uma informação incorreta, mas isso nos mostra como o manual é difundido no mundo e ultrapassou o campo da clínica médica. Nos questionamos sobre as consequências discursivas que já operam nas relações sociais, advindas dessa mentalidade. Se o DSM cataloga e normatiza o sintoma, em prol de uma padronização para diminuir as divergências entre os profissionais, a que lugar esse discurso normatizante nos conduz? Entendemos que a perspectiva (quase hegemônica) dos manuais de classificação psiquiátrica tende a esvaziar o sofrimento do sujeito no processo de diagnóstico, calando também a análise sociológica dos condicionantes políticos, históricos e sociais que fundamentam esse mesmo sofrimento.

## Freud e o sintoma: articulações discursivas

Freud insiste que o sintoma teria a sua formação em um evento de grande importância para o paciente, algo muito significativo na sua história. Na neurose obsessiva, por exemplo, encontramos o deslocamento do sintoma para algo distante do seu aspecto aparente, indicando uma tentativa psíquica de calar essa derivação, que oculta um trauma que o constituiu: “Os sintomas neuróticos

têm [...] um sentido, como as parapraxias e os sonhos, e, como estes, têm uma conexão com a vida de quem os produz (FREUD, 1996, p.12).”

Esse tipo de análise aponta um caráter único da Psicanálise proposta por Freud, e abre espaço para uma noção constitutiva do campo da psicoterapia, pois o sintoma não seria somente algo que incomoda e clama por resolução, mas antes uma complexa relação de sentido com a vida do sujeito. É importante ressaltar a importância da escuta analítica para essa perspectiva particular do sintoma, onde ela pode ser identificada e mais do que isso, modificada. É urgente hoje resgatar essa dimensão não apenas subjetiva do sintoma, mas seu caráter político e social. Em *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926), o sintoma segundo Freud é:

Índício e substituto de uma satisfação instintual que não aconteceu, é consequência do processo de repressão. Esta precede do Eu, que — por solicitação do Super-eu, eventualmente — não deseja colaborar num investimento instintual despertado no Id. Através da repressão, o Eu obtém que a ideia portadora do impulso desagradável seja mantida fora da consciência. A análise demonstra, com frequência, que a ideia foi conservada como formação inconsciente (FREUD, 2014. p. 20).

Podemos perceber que Freud, na citação anterior, aponta dois caminhos de articulação a partir da consideração do alcance do sintoma: ser índice e ser substituto, como molas mestras, através das quais podemos relacioná-lo à vida do sujeito.

Como sabemos, o conceito de sintoma está, em Freud (1915), diretamente articulado ao conceito de repressão, encontrando nesse último, sua fonte e o laço com a cultura que o delimita (PISETTA, 2011). A repressão impede o desenvolvimento da excitação originada no Id, que tem como objetivo alcançar a satisfação. Podemos afirmar, também, que existe uma questão de satisfação ligada ao sintoma, contudo uma satisfação impedida. Um impulso instintual será reprimido quando a sua satisfação ocasionaria mais desprazer do que prazer, devido a existência de exigências e condições particulares e uma impossibilidade de conciliação interna entre ambos os fatores descritos. Estudar o sintoma, assim, torna necessário a análise do conceito de repressão, em especial seus dois momentos lógicos:

[...] para supor uma repressão primordial, uma primeira fase da repressão, que consiste no fato de ser negado, à representante psíquica do instinto, o acesso ao consciente. [...] O segundo estágio da repressão, a repressão propriamente dita, afeta os derivados psíquicos da representante reprimida ou as cadeias de pensamentos que, originando-se de outra parte, entram em vínculo associativo com ela (FREUD, 2010. p.64).

Freud distingue, nessa citação, dois momentos lógicos da repressão. Na repressão primordial, ou primeira fase, temos um véu para que o que está no inconsciente não apareça para a consciência. A repressão propriamente dita, ou segunda fase, vai atingir a cadeia de pensamentos, através de um vínculo associativo. A partir do processo de repressão toda satisfação, que seria alcançada graças ao impulso instintual do ID, se torna desprazer devido a inibição realizada pelo Eu. Retirando o investimento do representante pulsional, o Eu trabalha ativamente (ainda que em sua faceta inconsciente) para realizar a repressão, aplicando ainda esse investimento na liberação de desprazer (sentido como sinal de angústia).

O impulso instintual, mesmo reprimido, encontra um substituto distorcido e inibido que não se reconhece mais como satisfação, mas sim desprazer, denominado sintoma. Esse impulso instintual reprimido se concretiza através da forma sintomática. O sintoma sendo o substituto do impulso reprimido de forma continuada vai renovar as suas exigências de satisfação, obrigando ao

Eu o estado permanente de alerta, no qual emite algum sinal de desprazer como defesa.

São expostas outras configurações de sintomas, como na neurose obsessiva e na paranoia, que trariam uma satisfação narcísica para o Eu. Os neuróticos obsessivos teriam tendência à limpeza e escrupulosidade, com características advindas da fixação na fase anal, tais como avareza e teimosia. Já os delírios da paranoia oferecem à fantasia dos pacientes um campo de atividade que dificilmente é substituído, sendo necessário repensar o papel da repressão nesses últimos.

Do mesmo modo, Freud (Idem) situa a fobia em posição paradigmática em relação ao sintoma, retomando a articulação entre a repressão e a angústia, para inverter sua compreensão anterior sobre o tema (PISETTA, 2018). Tomando o caso do pequeno Hans em nova análise (FREUD, 1926), o autor analisa o medo fóbico de cavalos do menino e acentua que a fobia tem como essência a angústia, sendo essa última a fonte do sintoma, não mais considerada como produto dos impulsos libidinais reprimidos, mas como algo que ocorre primariamente em relação à repressão.

Sendo assim, a angústia da fobia de animais para o autor passa a ser compreendida como uma reação afetiva do Eu frente ao perigo, que o sinaliza como ameaça de castração. A angústia nesse caso geraria repressão e não mais a repressão geraria angústia, como o autor considerou até esse momento da teorização sobre o sintoma. Ela seria a força motriz, anterior à fobia, que passa a ser pensada como angústia frente a um perigo verdadeiramente ameaçador, um medo realista.

Notamos a mudança no pensamento de Freud em relação a angústia e à repressão, como pressuposto fundamental para pensarmos a subjetividade como mola mestra do sintoma, em especial no que ela comporta de relação fundamental com a cultura. Numa primeira fase de suas considerações sobre o sintoma, a angústia, afeto original, era tomada como uma distorção gerada pela repressão, um derivado da libido residual do processo de repressão.

Após a investigação aprofundada pelas considerações acerca da pulsão de morte, Freud aponta que a angústia não provém da libido reprimida, e está estreitamente ligada ao Eu, onde ela atuará como sinal de trauma anterior. Assim a força primária e instigadora da repressão seria a própria angústia. Na compreensão clínica de casos anteriores, o autor ressaltava que o que movia a repressão seria o medo de castração. Em relação a isso, Freud acentua, que mesmo que a ideia angustiada do homem dos lobos não fizesse alusão à castração, a análise dos seus sonhos tornava possível estabelecer essa relação. Nos dois exemplos (o caso do pequeno Hans e o homem dos lobos) o medo de ser castrado pelo pai foi o que sofreu a repressão. Assim, ser mordido por um cavalo e ser devorado por um lobo são substitutos do conteúdo original de castração. Ou seja, um perigo real gera um reconhecimento do Eu, um alerta que Freud (1926) nomeia angústia sinal.

Diferentemente de uma angústia realista, em que existe uma manifestação normal do Eu quando em situações de perigo, essa angústia neurótica tem o conteúdo do medo, mantido no inconsciente, só se tornando consciente através de uma deformação do seu sentido. Nos casos de agorafobia, por exemplo, com o objetivo de se retirar de uma possível situação de perigo, o Eu pode realizar uma regressão temporal à época da infância, com a tentativa de retornar para uma época em que existiria (como expressão da fantasia) uma segurança. O agorafóbico conseguiria sair à rua, mas sempre acompanhado de alguém, da mesma forma que acontecia na sua infância, quando ele possuía esse apoio.

Os sintomas são criados para evitar que a angústia se expanda, evitar que a situação de perigo sinalizada pela angústia aconteça. Nesse sentido, podemos perceber que o sinal da angústia é uma defesa primária que responde conservando a neurose como resposta subjetiva à castração. Poderíamos indagar se ele, o sinal, se manifesta do mesmo modo nas outras estruturas, a saber: a psicose, a perversão e o autismo (MALEVAL, 2017).

Após a análise do conceito de sintoma, segundo Freud, sublinhamos seu caráter inconsciente, que supera sua condição de sinal. O sintoma tem relação com a vida e a história, e acima de tudo oferece trilha significativa, que pode ser tomada como sentido pelo sujeito e indicar algo político em cena. É com esse acento que problematizamos a definição de transtorno elaborada pela psiquiatria e pretendemos discutir como o autismo se articula com esse cenário, a partir da sua classificação como transtorno. Estamos atentos ao atrelamento do conceito de sintoma à neurose e às discussões de muitos autores da psicanálise acerca da distinção estrutural do autismo (em relação às demais estruturas) ou ainda atrelada à estruturação da psicose. O que pretendemos destacar é que todo sintoma individual está essencialmente atrelado ao Outro político e social e que essa condição não

está ausente no autismo.

Pensando as possíveis articulações entre o conceito de sintoma e a definição de transtorno elaborada pela Psiquiatria, Dunker, Safatle e Da Silva (2021) em “Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico” abordam, como o campo da Psiquiatria está em disputa e como esse campo vem tentando estabelecer constructos biológicos para as patologias, além de possibilitarem a emergência, no campo psiquiátrico, da perspectiva do aprimoramento de si. Contudo, essa hipótese, de que é possível existir uma relação entre as bases biológicas (o sistema neuroquímico do cérebro) e os sintomas clínicos, é fortalecida, devido a uma união entres os campos da Psiquiatria, das indústrias farmacêuticas e a grande mídia publicitária:

Os efeitos desse discurso é que tanto a comunidade científica como a sociedade civil passam a operar com a crença de que transtornos mentais são transtornos fundamentalmente biológicos e, assim, impossíveis de serem compreendidos por perspectivas pautadas em um aporte histórico, sociológico, relacional etc (DUNKER; DA SILVA; SAFATLE, 2021, p. 134).

A leitura do sofrimento psíquico, tornado sofrimento mental, se aprofunda na perspectiva biologicista, demandando ao sujeito uma compreensão de que seu sofrimento, e o tratamento que ele demanda, sejam eminentemente biológicos. Essa dessubjetivação do sintoma, e a consequente desresponsabilização atravessam também a clínica, podendo ser notado, por exemplo, quando os pacientes procuram atendimentos descrevendo a si mesmos pelo diagnóstico psiquiátrico que receberam, entendendo a sua condição como um fato isolado, sem relação com a sua vida. O que se expressa assim, é a concepção de que a causa da doença mental e seu tratamento estaria na desregulação neuroquímica do cérebro, sem relação com a vida (Idem).

Como uma abordagem dimensional alternativa que engloba diferentes formas de análise para a compreensão da psicopatologia, a NIMH (United States National Institute of Mental Health) propôs o projeto Research Domain Criteria (RDoC), que aborda a pesquisa psiquiátrica, não mais em dados imprecisos e subjetivos, como os relatos dos pacientes, mas em comportamentos observáveis e seguros, marcadamente objetivos e não influenciados pela subjetividade das pessoas comuns. Nestes termos, a experiência vivida deve ser substituída por algo mais objetivo e supostamente mais científico; como o cérebro e o funcionamento neuronal (ZORZANELLI; DALGALARRONDO; BANZATO, 2014).

Em relação às questões ligadas ao aprimoramento de si através da Psiquiatria, o Research Domain Criteria (RDoC) é apresentado para se pensar consequências da sua utilização como modelo diagnóstico, porque ele ainda não se configurou como uma proposta clínica, sendo um processo de pesquisa ainda em andamento. A primeira consequência ou possibilidade é a de uma psicopatologia sem pathos, ou seja, sem sofrimento; um acidente que iniciaria a demanda de buscar ajuda médica para que o indivíduo volte a estar à altura de suas expectativas de auto realização:

Assim, estarão cada vez mais disponíveis tecnologias médico-farmacológicas que não atuam visando à cura de uma doença ou o retorno a um estado de saúde, mas sim ao enhancement psíquico. Abandona-se, ou supera-se, a noção de doença como reguladora exclusiva da intervenção psiquiátrica, deixando o caminho aberto para um modus operandi notadamente neoliberal de gestão das demandas no campo mental e comportamental, regido pelas regras do mercado e pela tecnologia publicitária para a criação de ideais lucrativos (ZORZANELLI; DALGALARRONDO; BANZATO, 2014, p. 334).

Vemos, portanto, uma possibilidade de mudança no olhar da Psiquiatria, ao ultrapassar a doença e almejar um aprimoramento das capacidades cognitivas do homem. A consequência

lógica dessa premissa seria a extinção do patológico, carregando consigo as noções de doença e tratamento. Contudo, o que move o sujeito a procurar tecnologias de enhancement, não é muito distinto do impulso que move o sujeito a buscar ajuda médica em prol da cura de sua doença. Ambos se encontram num desarranjo entre as expectativas de auto realização como sujeito e as condições disponíveis para efetivá-las. É o sofrimento psíquico que se insurge:

Em uma fórmula rápida: se o sofrimento no liberalismo e no capitalismo industrial de produção era por privação, ou seja, dava-se no conflito entre as normas sociais vigentes e os desejos impedidos do sujeito, o sofrimento no neoliberalismo e no capitalismo de consumo pode ser melhor entendido na dinâmica do gozo, em que a questão não é a da adequação a normas sociais postas, mas a da auto superação dos limites do sujeito a todo momento (SAFATLE, 2021, p. 138).

Trata-se de uma constante busca por um bem-estar que nos é vendido como ideal, que pressupõe uma vida sem sofrimentos ou um esforço para eliminar as experiências dolorosas da vida, que questionam esse bem-estar pleno e constante (Idem). Por mais que a prática da Psiquiatria esteja sendo debatida e colocada em questão nos meios acadêmicos, existe uma grande articulação entre o seu campo, o marketing e a indústria farmacêutica. Principalmente quando pensamos que a função do marketing seria banalizar a carga moral de doença dos diagnósticos e trazer para o dia a dia a noção de transtorno: “um salto para além das fronteiras da medicina tradicional, a saber, um salto para a indústria do consumo, numa bem sucedida joint venture acadêmico-empresarial” (IDEM, IBIDEM, 2021, p. 141).

Logo, todos os indivíduos são pacientes psiquiátricos potenciais e as delimitações entre o manicômio e a cidade se tornam menos visíveis, pois, se antes eram isolados e confinados aqueles que não se adaptaram à ordem social vigente, atualmente, todos os que não se enquadram na lógica de “serem mais” ou sempre “terem algo a mais” são potenciais pacientes. Tendo em vista essas articulações, que traçam um paralelo direto entre o capacitismo neoliberal e a psiquiatria discutiremos como se apresenta o autismo como TEA no DSM-V.

## O autismo como TEA no DSM-V

O autismo é definido como um transtorno, como dissemos, e no DSM-V se associa a isso de espectro. Nessa classificação, amplamente balizada pela perspectiva de classificação dos comportamentos, ele é definido como um transtorno do neurodesenvolvimento, caracterizado por dois eixos centrais no seu critério de diagnóstico: o primeiro são déficits persistentes na comunicação social e interação social; o segundo são padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Vale ressaltar que no DSM-V, transtorno autista, transtorno de Asperger ou transtorno global do desenvolvimento estão todos englobados no diagnóstico de transtorno do espectro autista. Os sintomas acima descritos precisam estar presentes desde a infância, podendo ser reconhecidos durante o segundo ano de vida da criança, mas podem ser percebidos antes dos 12 meses de idade. (American Psychiatric Association, 2014). Contudo, essas definições contam uma história nosológica diagnóstica que se inicia no século XX.

Leo Kanner em 1943 publica a obra “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo” onde descreve 11 casos de crianças com comportamentos diferentes das demais crianças da sua idade. Essas crianças possuem dificuldades para se relacionarem de modo típico com as outras pessoas desde o início da vida. Segundo os relatos dos pais entrevistados por Kanner, elas são “autossuficientes” e ficam mais felizes quando estão sozinhas, como se estivessem num mundo particular. Tudo o que pode de alguma forma invadir esse mundo particular (pessoas, sons, objetos) é ignorado, desconsiderado ou afastado para longe, sendo essas “invasões” fonte de aflição para essas crianças. A maioria das mães dos pacientes, relata que as suas crianças nunca manifestaram uma postura que antecipasse o movimento de serem carregadas.

A maioria das crianças não teve dificuldades para aprender a falar, nomear objetos ou aprender palavras longas; contudo, a linguagem estava menos relacionada ao ato de comunicar-se, sendo usada para nomear objetos e para um exercício de memória (KANNER, 1943). Quando as primeiras sentenças foram formadas, por um longo período de tempo, as crianças permaneciam repetindo combinações de palavras já ouvidas. Nesse caso, as ecolalias “retardadas” seriam palavras “estocadas” pela criança e ditas posteriormente, e as repetições que aconteciam logo após o fim de uma frase, seriam ecolalias “imediatas”. Além disso, um peculiar fenômeno gramatical se mostrava atuante em todas as crianças falantes, a inversão pronominal, pela qual elas se referiam a si mesmas usando a terceira pessoa, através dos nomes próprios ou dos pronomes “ela/ele”.

As crianças observadas por Kanner também tendiam a ter dificuldades alimentares, mas isso se apresentava de modo clínico muito variado, desde anorexia permanente à seletividade extrema, passando por voracidade. Outras crianças tiveram grandes dificuldades alimentares, mas alguns, a partir de uma série de processos, passaram a se alimentar de forma satisfatória. Kanner aponta a possibilidade do alimento ser a primeira experiência vivida como intrusão vinda de fora para a criança, sendo essa resistência à alimentação uma forma de manter afastado aquilo que seria percebido como intrusivo.

Ainda sobre as intrusões, brinquedos mecânicos e aparelhos eletrodomésticos tendiam a causar extremo temor e aflição na maioria das crianças de Kanner; o que levou o autor a considerar que o motivo do temor seria o barulho e o movimento desses objetos que, de alguma forma, invadem e ameaçam o espaço da criança. Kanner descreve o comportamento da criança autista como extremamente repetitivo, marcado por uma necessidade de preservar a mesmice. Mudanças na rotina, na forma que os móveis estão organizados e na ordem que as ações são realizadas no dia a dia, podem gerar grande aflição e podem conduzir ao desespero, até que tudo retorne para a forma original de organização.

Vale ressaltar que o relacionamento dessas crianças com outras pessoas se mostra de modo distinto e ainda carece de caracterização. A presença de outras pessoas parece não despertar atitudes sociais convencionais, como troca de olhares, movimentos corporais de aproximação ou afastamento, cumprimentos sociais, etc. Parece haver, em resposta, uma aparente indiferença ou evitação aberta. Se demandadas de alguma forma, através de olhares, perguntas ou movimentos corporais de contato físico, as crianças tendiam a não responder ou responder após muita insistência, com resistência. As mãos, pernas e pés das pessoas podiam ser tocadas pelas crianças, em algum momento do contato, mas não existia o contato visual, ou abraços, o que parecia indicar uma independência dos membros do corpo dessas pessoas.

O diagnóstico do transtorno do espectro autista é baseado em avaliações clínicas e apresenta características diversas que podem se manifestar em variadas apresentações, tornando o processo de diagnóstico desafiador (CORTES, DE ALBUQUERQUE, 2020). Uma das características mais conhecidas do diagnóstico é o déficit na comunicação não verbal, variando da ausência total de expressões faciais até precariedade de gestos não verbais para comunicação, como sorrisos, contato visual, entre outros. Para essa perspectiva descritiva dos sintomas como déficits, o nível de comprometimento ou gravidade do diagnóstico deve ser específico de acordo com os prejuízos na comunicação social e nos comportamentos restritos e repetitivos, podendo ser classificados em três níveis de gravidade. No nível três, o indivíduo exige apoio muito substancial; no nível dois exige apoio substancial e no nível um exige apoio (American Psychiatric Association, 2014). Cabe não deixar de salientar que, por essa via de diagnóstico, o nível de dependência - que equivale à dinâmica nos laços sociais e escolares - é definido a priori e determina condutas em relação aos autistas.

Como o início dos sintomas pode ser percebido nos primeiros anos de vida da criança, os pais ou responsáveis além de educadores ou professores, seriam os primeiros a identificarem os comportamentos narrados no diagnóstico, sendo as suas informações importantes para a identificação (CORTES; DE ALBUQUERQUE, 2020). Existe um consenso de que quanto mais precoce for o diagnóstico e quanto mais cedo a criança iniciar o tratamento, maiores seriam as possibilidades de desenvolvimento dessa criança; além disso, a escolha de um tratamento adequado seria de extrema importância para o indivíduo, devido a não existência de uma cura para o transtorno (ONZI; GOMES, 2015). Essas afirmativas nos possibilitam pensar que a escola e a família possuem grande

influência no diagnóstico, pois tendem a ser os primeiros a terem contatos com os comportamentos considerados desviantes pelos manuais de classificação.

Pensando em possibilidades frente ao diagnóstico do autismo, e se posicionando criticamente aos manuais de classificação, a obra disponibilizada pelo Ministério da Saúde “Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde” (2015), afirma que o processo diagnóstico precisa ser construído junto com a família, com uma equipe multiprofissional com experiência clínica e que não seja limitado à uma aplicação de testes e exames, para que seja possível construir um projeto terapêutico singular para o indivíduo.

Nesse sentido, a equipe multiprofissional conduz o diagnóstico, além de estar com a família em situações distintas, como possibilitando atendimentos individuais ao sujeito, atendimentos à família, atividades livres e grupais. Uma escuta qualificada da família e do indivíduo é necessária para coletar informações sobre a vida desse indivíduo, sua história, a configuração familiar, sua relação com amigos, sua rotina diária, além da sua história clínica. Ou seja, o processo diagnóstico é o passo inicial para se estruturar um projeto terapêutico que além do sujeito e seus sinais psicopatológicos, inclua a família e a comunidade (BRASIL, 2015).

É comum que os pais de crianças autistas relatem que notaram que seus filhos quando bebês “eram diferentes”, recusando interação visual, não respondendo ao chamado de voz e preferindo ficar sozinhos, evitando contato, inclusive no colo. Se mostra então como indispensável a detecção precoce para o risco de autismo, como dever do Estado, através de políticas de prevenção e intervenções para crianças em situações de risco e vulnerabilidade, como no autismo (BRASIL, 2015). A classificação diagnóstica proposta na obra é baseada no DSM-IV contudo, expõe uma classificação mais detalhada sobre as áreas prejudicadas no autismo, como por exemplo uma descrição sobre os prejuízos na comunicação verbal e não verbal:

[...] os usos da linguagem e de expressões faciais ou gestos objetivando a comunicação, assim como as habilidades de imitação, estão ausentes, seriamente prejudicados ou são inadequados e idiossincráticos. O surgimento da fala pode estar atrasado e boa parte das crianças não chega a desenvolver fala funcional, pronunciando ou balbuciando algumas poucas palavras. Quando a fala não aparece até os cinco anos, é menos provável que isso venha a ocorrer mais tarde. Aquelas que falam costumam não usar a primeira pessoa (“eu”), referindo-se a si mesmas na terceira pessoa. A entonação e o ritmo da fala podem ser estranhos ou monótonos. Ecolalia é comum, assim como a repetição estereotipada de frases fora do contexto, como diálogos de desenhos animados ou comerciais de TV (BRASIL, 2015).

As críticas levantadas em relação aos critérios diagnósticos do DSM, no que diz respeito ao diagnóstico de TEA indicam sobretudo as implicações ético-políticas de considerarmos a linguagem apenas como função mental complexa (que juntamente com a interação social e os interesses da criança, compõe o diagnóstico). Do mesmo modo, o artigo científico de Dunker e Neto, busca realizar uma análise crítica da utilização do DSM na psiquiatria, a partir da perspectiva da psicanálise. Um dos caminhos para essa análise crítica é apontar que a hegemonia do DSM no contexto clínico da Psiquiatria se tornou possível devido ao silenciamento de outros discursos sobre o mal-estar e o sofrimento humano. Os autores realizam uma breve incursão histórica para detalhar o processo de construção discursiva do manual de classificação, que culmina nessa hegemonia.

O DSM-I (1918) surge através da necessidade de um levantamento estatístico relacionado aos transtornos mentais. Utilizado como um guia para os hospitais psiquiátricos, o primeiro manual buscava trazer algum consenso terminológico para a classe médica. Já o DSM-II (1968) surge no cenário pós segunda guerra mundial com a contribuição de um manual utilizado pelo exército dos Estados Unidos e tem como característica a psicodinâmica psiquiátrica. Segundo os autores, o DSM-

Il oferece um respaldo científico para a legitimação da segregação e outras formas de violência, numa aliança entre a psiquiatria e a psicanálise em prol de uma patologização de tudo que se considera como desviante. Após a homossexualidade deixar de ser considerada como patologia no DSM-II em 1973, o manual é novamente revisado e surge o DSM-III em 1980, o que marca uma transformação na Psiquiatria (DUNKER; NETO, 2011, p. 616). O DSM-IV é marcado por um grande rompimento entre psiquiatria e psicanálise, trazendo ainda a abolição da crítica filosófica relacionada à patologia mental, sinalizando também para um rompimento com um certo modo de fazer psicopatologia: “rompimento do nexo com os discursos psicanalítico e social, que faziam a patologia mental depender dos modos de subjetivação e socialização em curso, em um dado regime de racionalidade”. (Ibidem, p. 618).

Com o objetivo de ser ateórico, o DSM busca descrever sintomas a partir de uma medicina baseada em evidências, em prol de um possível consenso em relação às patologias mentais. Contudo, essa tendência aparentemente “ateórica” deixa de considerar a importância do subjetivo e do singular, numa padronização da vida que não coaduna com a realidade que vivenciamos, já que “todo sintoma exprime um trabalho subjetivo” que, além de um problema, exprime uma possível solução criada pelo paciente.” (apud DUNKER; NETO, 2011, p. 623). Todo esse trabalho é invisibilizado quando consideramos uma perspectiva isenta de singularidades, que pode ser generalizada pela causalização pensada como exclusivamente orgânica.

Assim, é preciso indagar o discurso corrente que fomenta a importância dos manuais de classificação atuais, atentos para a busca incansável por um padrão para o sofrimento psíquico (Idem). Buscar uma neutralidade essencial numa intervenção clínica seria ignorar o sujeito e suas possibilidades de se posicionar no mundo e se voltar para a descrição de uma patologia.

François Sauvagnat pensa a construção do DSM como uma tentativa da Psiquiatria norte-americana de construir uma classificação não-teórica e objetiva que possa ser exportada para o mundo inteiro, revelando uma expectativa de servir como referência em termos de orientação diagnóstica e de tratamento, Para o autor, isso decorre da falta de tradição e prestígio da psiquiatria americana, historicamente construída (em relação aos representantes dos países europeus), que pode, inclusive, ser constatada a partir dos experimentos de Rosenheim na década de 1970 (Idem). Rosenheim enviava estudantes para consultas psiquiátricas e pedia a esses que simulassem sintomas na expectativa de demonstrar que os psiquiatras americanos não conseguiam distinguir entre um simulador e um verdadeiro doente.

Salientando o que se almeja ao realizar um diagnóstico, o autor sublinha que nos Estados Unidos vigora o “transhumanismo”, a partir do qual todo indivíduo deve se tornar um super-homem, tornando insuficiente o que se apresenta com qualquer sinal psicopatológico. Desse modo, realizar cirurgias estéticas seria uma nova noção de normalidade, pois o indivíduo estaria buscando o seu ser ideal. Segundo o autor, a norma é relativa pois vai depender dos critérios sociais de uma sociedade a indicação ou não de uma patologia (SAUVAGNAT, 2012, p. 16):

Se tentamos saber quais são as determinações e demandas sociais com respeito ao sintoma, o que vemos inicialmente é o sintoma como a oportunidade industrial. Existem empresas que fazem a promoção de certo sintoma. É o que chamamos de fabricação de sintomas, como promoção de sintomas. “Começamos por promover os sintomas, e talvez você tenha sintomas. Como você prova que você não tem esse sintoma? Estamos quase seguros que você tem esse sintoma. E temos o tratamento. Por que você ainda não o comprou? Você será o último a não ter esse tratamento perfeito (Ibidem. p.17).

Nesse contexto, o DSM possibilita pensar o sintoma como qualificação, pois permite que o sujeito, por exemplo, ganhe uma pensão por se enquadrar naquele diagnóstico e fique sob cuidados da medicina. O PDE (Manual Psicodinâmico Diagnóstico) surge nos Estados Unidos a partir do esforço de psicanalistas americanos para relativizar a hegemonia do DSM e trazer uma descrição retificada sobre o sintoma. Segundo ainda Sauvagnat (Idem) o uso da perspectiva vigente implicou

na caracterização de uma epidemia de personalidades múltiplas (mais ou menos prevalente, dependendo do país).

Na esteira dessa mesma condução vemos surgir a epidemia do transtorno do espectro do autismo, pois a sua ocorrência se multiplicou em mais de cem vezes, sendo necessário pelo menos um sintoma dentre oito possíveis para sustentar esse diagnóstico. Para Sauvagnat (2021) se privilegiarmos o uso do DSM para realizar diagnóstico, torna-se difícil encontrar alguém que não seja autista.

Indo ao encontro à análise realizada por Dunker e Neto a aposta das autoras Martinhago e Caponi, discute o aumento significativo do número de diagnósticos de transtornos mentais em relação com a ampliação da classificação dos transtornos ditos desviantes ao longo da história do DSM. Para os últimos autores, o manual surge a partir da tentativa de sistematizar os diagnósticos relacionados às doenças mentais, buscando um acordo entre os médicos em prol de um padrão de classificação.

Afirmando a Psiquiatria como um conjunto de narrativas que se baseia mais em critérios sociais do que neurobiológicos, Berrios (2007, p.11, apud MARTINHAGO, CAPONI, 2019) localiza a Psiquiatria fora do campo do inquestionável e natural, além de apontar o seu caráter de ciência em construção; afinal os critérios sociais estão em constante mutação, convocando a Psiquiatria para seguir essas transformações. Segundo Esperanza (2011, apud MARTINHAGO, CAPONI, 2019) o DSM ofereceria o passaporte para a Psiquiatria se incluir de forma legítima na Medicina, principalmente devido a relação entre os transtornos mentais e o organismo humano e a ação dos fármacos no organismo e por consequência nos transtornos mentais.

Ao buscar uma observação e descrição formal daquilo que se apresenta empiricamente, o DSM se afasta da psicopatologia e se aproxima de uma descrição baseada em evidências dos transtornos mentais. Pensar numa forma totalmente neutra de se observar uma forma de adoecimento mental e enquadrá-lo no campo de transtorno, não só retira todo o questionamento filosófico envolvido no questionamento sobre as “doenças da alma” como posiciona o próprio manual num campo fictício de neutralidade.

Segundo Frances (2016 apud MARTINHAGO; CAPONI, 2019) o DSM-III inovou ao estabelecer uma fronteira entre a normalidade e a doença mental, classificando a vida social. Um número maior de transtornos vai exigir cada vez mais um número maior de drogas que possam controlar e “curar” esses transtornos. Estabelecer uma relação causal entre doença mental e funcionamento do cérebro, pretendendo “regular” os processos neuroquímicos do organismo humano, é a forma mais lucrativa e sistemática de lidar com a inflação dos transtornos mentais. Os autores buscam apresentar no final do texto algumas críticas sobre o DSM, trazendo para a discussão a importância de se colocar em xeque o caráter “universal” do manual, tendo como alternativa, a escuta do sofrimento do sujeito e a partir dessa escuta, decidir uma intervenção.

Caponi (2014 apud MARTINHAGO; CAPONI, 2019) aponta a necessidade de abandonar o manual como guia para diagnósticos de transtornos mentais, devido a forma que o sofrimento individual de um sujeito é reduzido a uma listagem de sintomas para ser convertido num conjunto mais amplo de doenças mentais. Fendrik (2011; MARTINHAGO; CAPONI, 2019) sinaliza para os riscos da abrangência do uso do manual na sociedade, pois o uso do DSM ultrapassa os limites da clínica e invade as escolas, os hospitais e as residências, numa capilaridade discursiva que é latente e poderosa. É importante salientar que há grande risco dele ser tomado como referência, (sobretudo para outras áreas do saber que pouco discutem as implicações da psicopatologia), mesmo quando, na realidade, é um documento em constante reformulação.

Assim, questões, por exemplo, escolares, como as que nos utilizamos aqui para ampliar a discussão, e que demandam um olhar amplo de análise, podem ser facilmente categorizadas a partir do olhar descritivo dos sintomas que compõem os transtornos. Desse modo, o aluno que se apresenta diferente dos demais na sala de aula, qual será o motivo dele evitar os olhares, de não socializar muito com os colegas, de evitar o professor? Com o manual em mãos, a dúvida pode ser sanada e o aluno pode ser diagnosticado e encaminhado para o atendimento adequado, mas será que existia algo a ser diagnosticado? A respeito da problematização do normal e do patológico no campo do mental, Esperanza (2011, p.56) afirma que: “à psiquiatrização dos atos e ações também

corresponde a tentativa farmacêutica de psicofarmacologizar a própria vida, o que equivale a postular que cada ato da vida de um sujeito é possível de ser medicado ou medicalizado” (apud ibidem, p.14-15).

O alto consumo de medicamentos psiquiátricos pela população demonstra que os saberes neurocientíficos fazem parte da vida cotidiana, contudo, reduzir a complexidade do ser humano e suas possibilidades de se relacionar com a vida a um funcionamento neuroquímico, é caminhar para um cativo medicamentoso. Não se trata de negar totalmente o DSM e as suas contribuições, mas sim apostar em práticas que privilegiam uma perspectiva ampla do ser humano e expandam as possibilidades de relação. Além disso, diante das múltiplas faces que a Psicologia apresenta, bem como da atuação da Psicanálise, as possibilidades de intervenção são diversas e estão em constante atualização. Tendo em mente o caráter múltiplo da Psicologia, a influência da Psiquiatria na sociedade e a pretensão de observação empírica dos fatos do DSM, podemos pensar em alguns impactos dessa lógica reducionista dos transtornos mentais, na prática do Psicólogo. Uma maior gama de transtornos mentais, torna possível a existência de um maior número de sintomas e por consequência um maior número de indivíduos que são enquadrados nesses sintomas.

O diagnóstico que traria alívio e identificação inicialmente, pois possibilita que o sujeito identifique o seu sofrimento e busque uma forma de lidar com esse sofrimento, tem a capacidade de se tornar mecanismo de enquadramento e limitação, quando deixa de ser uma ferramenta para realizar o diagnóstico e se torna a única forma de compreensão do sofrimento. Por almejar ser utilizado em diferentes regiões do mundo e sem implicações filosóficas, o manual se aproxima de um dicionário descritivo, o que tende a facilitar a sua utilização em meios não clínicos. O número cada vez maior de pessoas diagnosticadas com algum transtorno mental aponta para uma sociedade com um grande potencial adoecedor e diagnósticos banalizados. Tendo em mente este cenário, apostar em caminhos alternativos que sustentam a escuta como forma de identificação do sofrimento psíquico, é uma alternativa frente a avalanche de diagnósticos. Oferecer ao sujeito, uma forma legítima dele nomear o seu sofrimento, sem enquadrá-lo no campo da desordem torna possível pensar em diagnósticos que se constroem na escuta e no encontro.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília:Ministério da Saúde, 2015.

CORTÊS, Maria do Socorro; DE ALBUQUERQUE, Alessandra. Contribuições para o diagnóstico do transtorno do espectro autista: de Kanner ao DSM-V. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, [S. l.], v. III, ed. 7, 2020. Disponível em: <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/248>. Acesso em: 30 maio 2021.

DUNKER, Christian; NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista latino-americana de Psicopatologia fundamental**, n.4, p. 611-626, dezembro de 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v14n4/v14n4a03.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

DUNKER, C. A Psiquiatria sob o neoliberalismo: da clínica dos transtornos ao aprimoramento de si. In: SAFATLE, Vladimir; DA SILVA, Nelson; **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. 1. ed. [S. l.]: Autentica, 2021. p. 134-143.

FREUD, S. Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929): **Inibição, sintoma e angústia** (1926). Sigmund Freud Obras Completas Volume XVII. Companhia das Letras, 2014.

FREUD, S. A Repressão (1915). *In: (1914-1916) Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos*: Obras Completas Volume 12. Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. (1917 [1916-1917]) **Conferências introdutórias sobre psicanálise**. Parte III, Teoria geral das neuroses: conferência XVII – O sentido dos Sintomas. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FURTADO, L. A. R.; ARAÚJO, A. R. A.; SANTOS, S. F. P. O sujeito Autista, A psicanálise e a educação inclusiva: um estudo a partir de relatos autobiográficos. *In: FURTADO, L. A. R.; VIEIRA, C. A. L. (org.). O autismo, o sujeito e a psicanálise: consonâncias*. Curitiba: CRV, 2014. p. 161-184.

KANNER, L. **Autistic Disturbances of Affective Contact**. *Nervous Child*, n. 2, p. 217-250, 1943.

MALEVAL, J.C. **O autista e sua voz**. Tradução e notas de Paulo Sérgio de Souza Júnior. São Paulo: Blucher, 2017.

**MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. DSM-5 / American Psychiatric Association. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.*; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli *et al.* 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

MARTINHAGO, Fernanda; CAPONI, Sandra. Controvérsias sobre o uso do DSM paradiagnósticos de transtornos mentais. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, [S. l.], v. 29, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v29n2/0103-7331-physis-29-02-e290213.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

ONZI, Franciele; GOMES, Roberta. Transtorno do espectro autista: a importância do diagnóstico e reabilitação. **Caderno pedagógico**, Lajeado, v. 12, ed. 3, p. 188-199, 2015. Disponível em: [http://univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/979#:~:text=Transtorno%20do%20Espectro%20Autista%20\(TEA,o%20funcionamento%20di%C3%A1rio%20do%20indiv%20%C3%ADduo](http://univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/979#:~:text=Transtorno%20do%20Espectro%20Autista%20(TEA,o%20funcionamento%20di%C3%A1rio%20do%20indiv%20%C3%ADduo). Acesso em: 30 maio 2021.

PISETTA, Maria Angélica Mello. **Autismo e experiência da palavra em grupo de educadores**. São Paulo, Pedro e João editores, 2022.

PISETTA, Maria Angélica Mello. Medicalização e discurso universitário. **Movimento – Revista de Educação**, v.7, p.1-16, 2020.

PISETTA, M. A. Conversação com professores de educação infantil sobre suas experiências com alunos autistas incluídos em classes regulares. *In: XII Colóquio internacional do LEPSI: A escola: consumida ou consumada? 2017. Anais [...]*.

PISETTA, Maria Angélica Mello; BESSET, Vera Lopes. Alienação e separação: elementos para discussão de um caso clínico. **Psicologia em estudo**, v. 16, p.317-324, 2011.

SAUVAGNAT, F. Conferência proferida no campus Dom Bosco da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) em maio de 2012 na Etapa Brasileira do Movimento Internacional Stop/DSM. **Considerações críticas acerca da classificação DSM e suas implicações na diagnóstica contemporânea**. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/analytica/v1n1/v1n1a02.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2021.

SAUVAGNAT, François. Considerações críticas acerca da classificação DSM e suas implicações na diagnóstica contemporânea. **Analytica**: Revista de Psicanálise, v. 1, n.1, p. 13-27, 2012.

ZORZANELLI, Rafaela; DALGALARRONDO, Paulo; BANZATO, Cláudio E. M. O projeto Research

Domain Criteria e o abandono da tradição psicopatológica. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, [S. l.], p. 328-341, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/QDMJYFgQRpygD7mwTKcyXyN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2021.

Recebido em 11 de maio de 2022.  
Aceito em 28 de novembro de 2022.