

Ana Elizabeth Cavalcanti  
 Luciana Pires  
 Maria Cristina Kupfer  
 Ricardo Lugon Arantes

## Que autista, afinal?

**Realização** Bruno Esposito, Gisela Haddad, Ivy Semiguet, Lucas Simões Sessa e Tania Corghi Veríssimo

**Ana Elizabeth Cavalcanti** é psicanalista do Círculo Psicanalítico de Pernambuco e sócia do CPPL – Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem.

**Luciana Pires** é psicanalista com especialização pela Tavistock Clinic, mestre e doutora pelo Instituto de Psicologia da USP, coordenadora de grupos de estudos em psicanálise e supervisora do Sustentar – Psicanálise Infâncias e Saúde Pública do Instituto Sedes Sapientiae. É autora do livro *Do silêncio ao eco: autismo e clínica psicanalítica* e organizadora de *Françoise Dolto: cultura psicossomática e clínica*.

**Maria Cristina Kupfer** é psicanalista e professora titular sênior do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

**Ricardo Lugon Arantes** é médico psiquiatra da infância e adolescência, mestre em educação e doutor em psicologia social e institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É professor universitário.

DOI: 10.70048/percurso.73.131-145

É fato que a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) tornou-se uma das principais ferramentas para guiar diagnósticos, mapear estatísticas e tendências de saúde em nível mundial. Na saúde mental, ao se alinhar com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) em busca de consensos na comunidade científica para descrever comportamentos e sintomas observáveis, esse paradigma descritivo não só triplicou o número de transtornos, como se afastou de uma psicopatologia psicanalítica, baseada em dinâmicas subjacentes ao comportamento e à singularidade. Há, atualmente, um número de CID e seu respectivo descritor para cada conjunto de sintomas, acessível a qualquer profissional e à população em geral, contribuindo para a instalação de uma cultura em que a adoção de uma nomenclatura se confunde com o transtorno e a identidade do sujeito. Essa expansão diagnóstica tem sido acompanhada de uma adesão quase sem questionamentos a essa nomeação, assim como suas terminologias pelo imaginário social.

Se antes o autismo correspondia a uma subcategoria das psicoses infantis, e sua incidência era estimada em 4,5 crianças a cada dez mil, a partir de 2013 o DSM-5 passa a adotar a nomenclatura “Transtorno do Espectro do Autismo” (TEA), unificando diferentes diagnósticos e transformando-o em um imenso guarda-chuva, ao incluir uma grande quantidade e variedade de signos, alguns deles inespecíficos. O CID-II acompanhou tal mudança e, ainda que a ampliação do diagnóstico e suas implicações sociais e educacionais para as pessoas diagnosticadas gerassem debates, tornou-se dominante a presença e potência discursiva relativa ao espectro autista, na mídia,

na “boca do povo” e entre profissionais de saúde diversos. Nessa nova classificação, estima-se que uma a cada 36 crianças seja autista.

Por um lado, a adesão a uma categoria diagnóstica conforta, ao permitir que os familiares tenham identificações, ganhem pertencimento e possam reivindicar direitos e reconhecimento social para si e para seu filho. Mas, ainda que sintomas como déficits de comunicação e de interação social ou os padrões de comportamento restritos e repetitivos sejam comuns a todos, é inegável que seus desenvolvimentos, capacidades e responsabilidades variem enormemente, o que sugere que cada autista tenha um conjunto único de características.

Tais considerações escancaram as dificuldades e o caráter polêmico que marcam atualmente as tentativas, tanto de conceituação, como de caracterização do quadro sintomatológico ou do diagnóstico do autismo, o que resvala para as diferentes abordagens na condução de um tratamento, que muitas vezes ignora sua complexidade. Isso sem contar com os efeitos sociais e direitos humanos, ou a discriminação e a estigmatização. Ou será que, com o espectro, o autista pode se tornar símbolo de desestigmatização e aceitação?

Por outro lado, a recente possibilidade de autistas falarem em nome próprio através de redes sociais inaugurou uma cena outra, ao se fazerem



*ainda que sintomas  
como déficits de comunicação  
e de interação social ou  
os padrões de comportamento  
restritos e repetitivos sejam comuns  
a todos, é inegável que seus  
desenvolvimentos, capacidades  
e responsabilidades variem  
enormemente*

ver, ouvir e ler suas experiências e as particularidades de sua condição. Uma troca que tem se mostrado fecunda, ao favorecer tanto o compartilhamento de suas vivências quanto a construção de laços de amizade.

Sabemos que a cada época são eleitos caminhos para dar sentido e significado à experiência humana, com seus desdobramentos e implicações. Diante da complexidade do quadro autista, a equipe da seção Debate da *Revista Percurso* convida alguns debatedores para escrever sobre o tema.

Ana Elizabeth Cavalcanti

*Autismos: que destinos?*

Iniciamos o trabalho institucional com crianças diagnosticadas autistas no CPPL<sup>1</sup> no início década de 1980. Os cenários brasileiro e internacional de então eram bem diferentes dos atuais. Nas classificações psiquiátricas, o autismo estava inserido na categoria das psicoses infantis precoces, num tempo em que a psiquiatria era marcadamente ancorada na psicanálise e na fenomenologia. Sobretudo no Brasil e especialmente em Pernambuco, a psiquiatria dinâmica, para a qual

importava mais a experiência subjetiva do adoecimento do que a doença em si, era referencial.

A relevância conferida à subjetividade, que resulta na escuta de um sujeito singular, marcado pelo inconsciente e por uma história única de suas relações com seu meio ambiente, era o ponto de toque basilar entre a psiquiatria e a psicanálise. Para a psiquiatria de então, como para a psicanálise, o sintoma, antes de falar de uma doença, falava do sujeito: de seu sofrimento, de seu corpo,



*jamais desconsideramos  
a existência de um substrato  
orgânico nos autismos, no entanto,  
nunca o tomamos como  
determinante. Para nós,  
a construção da subjetividade  
se dá nesse engendramento  
extremamente complexo do indivíduo  
no seu meio ambiente*

de sua história, de seus conflitos, de sua dinâmica inconsciente. Ou seja, era predominante a ideia de que os sintomas, expressos pelo corpo, pela fala e pelo comportamento, têm um substrato subjetivo.

Nesse contexto, o diagnóstico não busca definir pessoas pela sua doença, mas conhecê-la através do que falam com seus sintomas. Assim, expressões linguísticas descritas como ecolalias e repetições sem sentido ou expressões corporais descritas como estereotípias, dentre tantos outros sintomas, para nós sempre foram meios de entrar em contato, de compreender quem é aquela pessoa que está conosco. A partir delas – que, antes de serem autistas, são Pedro, João, Maria, inseridos num contexto familiar, histórico e cultural – construímos as estratégias terapêuticas para cada uma delas.

Jamais desconsideramos a existência de um substrato orgânico nos autismos, no entanto, nunca o tomamos como determinante. Para nós, a construção da subjetividade se dá nesse engendramento extremamente complexo do indivíduo no seu meio ambiente. Daí entendermos que o tratamento dessas pessoas exige uma abordagem e

uma intervenção interdisciplinares. Essa sintonia com a complexidade que representa cuidar delas e de suas famílias orientou e orienta até hoje a construção de abordagens terapêuticas singulares, jamais guiadas por qualquer padrão ou protocolo. Entendemos, por exemplo, que, se para umas, intervenções fonoaudiológicas, ditas funcionais, são indicadas desde o início, para outras, é preciso criar condições para chegar até lá. Lembro Miguel, que incorporou às suas “ecolalias” a fala de sua fonoaudióloga americana de orientação behaviorista, que ao término de cada tarefa bem realizada dizia: *good job!* Miguel repetia essa frase, tal qual, sempre que fazia qualquer coisa “bem feita”. Esse é apenas um evento, dentre tantos, que nos levam a compreender como intervenções padronizadas podem dificultar, como aconteceu com Miguel, o trabalho psíquico de integração do corpo, da fala e da linguagem, mantendo-o nesse lugar de colagem e submissão à fala do outro. O mesmo poderíamos dizer de qualquer outro dispositivo usado de modo protocolar: grupos terapêuticos, psicoterapia, terapia ocupacional, fisioterapia, oficinas de arte e tantos outros. Eles são apenas dispositivos, disponíveis para serem usados de acordo com as necessidades e a condição subjetiva de cada um. Desse modo, trilhamos com essas pessoas e suas famílias trajetórias terapêuticas as mais diversas e imprevisíveis.

Com mais de quarenta anos de trabalho, podemos dizer que os destinos das crianças com diagnóstico de autismo são tão imprevisíveis e surpreendentes quanto os de qualquer ser humano. Nossa casuística de mais de mil crianças com diagnóstico de autismo e a possibilidade de acompanhar longitudinalmente a maioria delas durante todos esses anos nos permitem testemunhar a singularidade de suas trajetórias. Victor, Mário e Andréa, por exemplo, tinham entre dois e três anos quando chegaram ao CPPL. Se focássemos apenas em seus sintomas, poderíamos dizer que eram bem semelhantes entre si: não apresentavam interesse pelo outro, a linguagem oral era quase inexistente e quando aparecia era aparentemente repetitiva e sem sentido, havia estereotípias

1 O CPPL é uma instituição fundada em 1981 na cidade do Recife por um grupo de psicólogos, psicanalistas, fonoaudiólogos, voltada para o trabalho institucional de base psicanalítica, com crianças com autismo.

corporais, frequentes crises de angústia e alguns outros sintomas típicos do autismo, segundo os manuais diagnósticos.

Victor, hoje com 16 anos, é um jovem como tantos de sua idade e não apresenta qualquer vestígio da sintomatologia sugestiva de autismo do início da infância. Mário é hoje um rapaz de 26 anos com muitas idiossincrasias e autonomia relativa. Com uma inusitada facilidade para aprender línguas, fala inglês, francês, alemão e agora começa a arranhar o japonês. Cinéfilo e músico, faz atualmente um curso de tecnologia da informação. Educado, gentil, namora com uma pessoa também com diagnóstico de autismo e vive às voltas com as culpas decorrentes de seus eventuais atos impulsivos e agressivos. Andréa tem hoje 38 anos. Com pouca autonomia social, sua comunicação, através das letras de músicas, desenhos e de frases construídas de forma muito particular, tornou-se ao longo dos anos cada vez mais complexa e eficaz. Tem uma capacidade impressionante de acessar e exprimir, dessa forma, suas alegrias, sofrimentos e angústias. Apesar das dificuldades de interação social decorrentes de suas particularidades, encontramos aí uma pessoa com uma vida interior rica e complexa.

Victor, Mário e Andréa nos mostram a singularidade de seus trajetos, assim como singularidades foram as abordagens terapêuticas construídas para eles. Hoje podemos compreender que isso só foi possível porque abrimos mão de ideais de cura normatizantes e capacitistas. Esse posicionamento ético foi decisivo para que essas pessoas e suas famílias tenham tido a oportunidade de usar criativamente o que está disponível no meio ambiente familiar, social e cultural para a construção de uma vida possível, criativa e digna. Uma vida que não é reconhecida ou afirmada por referências adaptativas e normatizantes, mas pela capacidade de criar, de construir soluções frente às oportunidades e adversidades do meio ambiente, como qualquer humano.

O cenário atual nos coloca outros modos de compreensão e abordagem do autismo. Ele sai do campo da psiquiatria, é incorporado ao da



*sob a égide da psiquiatria biológica e da neurologia, para as quais o autismo é um transtorno neurológico, foram desenvolvidos métodos de diagnosticar e estratégias de tratamento que visam à reabilitação através de ajustes comportamentais adaptativos*

neurologia, passa a ser descrito como uma neuroatipia e abre duas grandes vertentes para compreendê-lo e abordá-lo.

A primeira, sustentada pelos próprios autistas, define o autismo como uma neurodiversidade, portanto, uma condição humana para a qual não cabe qualquer projeto de cura ou reabilitação. Os depoimentos de pessoas autistas, os movimentos identitários orientados por essa visão, apontam a necessidade de afirmar essas vidas, reconhecendo suas singularidades e direitos. Se entendermos que neurodiversidade não determina um trajeto único e previsível, podemos encontrar aqui a construção de vidas e destinos diversos, com o reconhecimento e conquista de um lugar social para essas pessoas, até então inexistente.

A segunda vertente, hoje hegemônica a meu ver, imprime uma visão medicalizante e comportamental à compreensão do autismo. Sob a égide da psiquiatria biológica e da neurologia, para as quais o autismo é um transtorno neurológico, foram desenvolvidos métodos de diagnosticar e estratégias de tratamento que visam à reabilitação através de ajustes comportamentais adaptativos. A orientação behaviorista dessa abordagem desconsidera qualquer substrato subjetivo do comportamento e ancora tanto a prática do diagnóstico centrado em listas de sintomas



*o que está em jogo  
são diferentes visões  
do humano, e hoje a visão  
neoliberal está vencendo. O que  
importa é a produção de sujeitos  
adaptados e de boa performance.  
Os ditos sujeitos funcionais.*

de um transtorno, como o tratamento baseado em estratégias de condicionamento comportamentais. Aqui o sintoma não fala de um sujeito singular, mas de uma disfunção que deve ser corrigida. O que está em jogo no tratamento não é a capacidade afetiva e criativa do sujeito, mas a sua performance. Sua funcionalidade.

Hannah Arendt<sup>2</sup> tinha razão quando afirmou que o projeto político do behaviorismo é suprimir o sujeito da ação criativa para produzir sujeitos comportados. Eu acrescentaria, capazes de produzir para o capital, de serem explorados e “triturados”, com pouca capacidade crítica e de reflexão sobre si e sobre o ambiente social, político e cultural em que estão inseridos.

Penso ser esse o destino traçado para aqueles que recebem hoje o diagnóstico de autismo sob essa visão. A dimensão trágica dessa situação é que, frente a esse ideal adaptativo, a chance de exclusão é grande e a possibilidade de se construir uma vida criativa, que vale a pena ser vivida, é escassa. Para as crianças – sobretudo aquelas incluídas na categoria de autismo severo, para as quais a vida criativa só emerge a partir de invenções imprevisíveis e que jamais serão percebidas como funcionais

e “produtivas” – trata-se de negar-lhes uma vida possível. Para os adultos, que vão se tornando autistas após receberem um diagnóstico tardio, trata-se de roubar-lhes a possibilidade de construir saídas criativas e singulares para seus sintomas e suas vidas. Para a humanidade, trata-se de perder a riqueza da diversidade, da imprevisibilidade do sujeito como um acontecimento único.

Como podemos perceber, o sucesso dessas práticas diagnósticas e terapêuticas não se deve às suas supostas bases científicas nem a qualquer comprovação de sua eficácia. O que está em jogo são diferentes visões do humano, e hoje a visão neoliberal está vencendo. O que importa é a produção de sujeitos adaptados e de boa performance. Os ditos sujeitos funcionais. A funcionalidade passou a ser destino na lógica neoliberal contemporânea.

Para esses sujeitos, massacrados pela exigência de ideais de desempenho desumanos, desposuídos de tempo, inseridos num ambiente cultural e social que tende cada vez mais à homogeneização, escasseando a diversidade de ideais identificatórios, e ainda por cima sendo apontados como únicos responsáveis pelos seus fracassos, nada como um diagnóstico para apaziguá-los. O diagnóstico nesse contexto não produz questionamentos sobre si, sobre suas vidas, sobre seu mundo, mas é um meio de desimplicá-los de seu mal-estar. Longe de abrir possibilidades de modos diversos e imprevisíveis de subjetivação frente às adversidades da vida, o diagnóstico oferece justificativas, ao mesmo tempo que traça um trajeto terapêutico adaptativo e normatizante.

Para concluir, arrisco-me a ressaltar que estamos pagando os eventuais confortos e apaziguamentos oferecidos por essa abordagem com o apagamento da subjetividade que, no final das contas, é o que nos singulariza e garante a riqueza e a diversidade humanas. Se há algum ganho com esse modo de diagnosticar o autismo e dele tratar, é irrelevante diante da grandeza do que se perde.

2 H. Arendt, *A condição humana*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2001, p. 53.



Estou contente por estar junto a colegas tão qualificados, pois posso falar a partir de minha situação no campo do autismo, sabendo que serei complementada pelas pesquisas dos demais.

Me envolvi no campo dos estudos do autismo em 1994, a partir de minha inserção na equipe da Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida. Mudei-me em seguida para Londres e trabalhei junto a Anne Alvarez e ao Workshop de Autismo da Clínica Tavistock. Dediquei meu trabalho de especialização e minha dissertação de mestrado ao tema do autismo e sou grata por tudo que pude aprender sobre clínica, psicanálise e psiquismo nesse percurso. No livro *Do silêncio ao eco – autismo e clínica psicanalítica*<sup>3</sup> menciono que “Meu primeiro contato mais profundo com a psicanálise, no lugar de analista, se deu através da clínica com crianças autistas e psicóticas”. De certo modo, entrei na psicanálise pela via do autismo.

A proposta da *Revista Percurso* me provocou no sentido de delinear – para vocês e para mim – por que caminhos esse percurso que se inicia no final dos anos 1990 chega até a clínica de hoje. O mundo mudou, a psicanálise mudou, mas sobretudo importa frisar que o que é autismo em 2024 é diferente do que era autismo em 1994. O autismo ganhou atribuições e significações diversas nestes últimos 30 anos.

A certa altura da minha dissertação de mestrado, afirmo que o autismo “é uma doença tipo ‘saco de gatos’, que, com o avanço das pesquisas, será, provavelmente, desmembrada em várias outras doenças, ou seja, trata-se de um diagnóstico que comporta uma série de outros virtuais diagnósticos”. Eu não podia estar mais errada: o que se verificou foi justamente o contrário. O autismo se tornou um guarda-chuva de maior abrangência ainda, abarcando problemáticas que antes ficavam de fora do escopo. A consequência é uma ampliação no número de casos, que passaram de 0,9% das crianças em 2000 para 2,7% em 2023. Em um embaralhar de cartas, o que era autismo naquela

*em minha dissertação  
de mestrado, afirmo que  
o autismo “é uma doença  
tipo ‘saco de gatos’, que,  
com o avanço das pesquisas,  
será, provavelmente, desmembrada  
em várias outras doenças,  
ou seja, trata-se de um diagnóstico  
que comporta uma série  
de outros virtuais diagnósticos”*

época ainda é em geral tratado como tal, mas muito do que é autismo hoje não era na época.

Entendo que essa transformação implica mudanças nos efeitos de nosso trabalho e não pode ser tratada como mero detalhe periférico, merecedor de simples nota de rodapé no pensamento clínico. A mudança no lugar social do autismo e no escopo de sua definição implica um questionamento do edifício teórico-clínico, formulando-se assim a pergunta de como as teorias de outrora se relacionam ao autismo tal qual nos chega ao consultório hoje em dia.

Em 1994, quando eu trabalhava com crianças com autismo eram pouquíssimas as pessoas que sabiam do que se tratava – tanto entre leigos, como entre profissionais e estudantes da área. Para contextualizar a quem me interrogava, eu costumava remeter ao garoto retratado em uma peça publicitária de 1989 da Associação de Amigos dos Autistas (AMA), amplamente divulgada na televisão de então. Revi recentemente a propaganda e ela é espantosamente terrível. Sugiro aos leitores curiosos que a vejam pela internet. Na campanha protagonizada pelo ator Antônio Fagundes, ele aparece a cores e com foco na frente da tela, enquanto a câmera desliza para uma imagem em branco e preto em que aparece a sombra de uma criança com movimentos de balanceio de



*a reação dos pacientes  
ao diagnóstico merece  
sempre nossa atenção,  
no esforço de evitar qualquer  
efeito iatrogênico – que assim  
produziria uma piora do quadro  
que se pretende tratar.*

corpo e flappings constantes. “Você sabe o que é autismo? Essa criança sofre desse mal. Ela é prisioneira de seu próprio mundo, não consegue se comunicar com ninguém, nem mesmo com seus pais”, diz Fagundes. Através de uma criança retratada como pura sombra e bizarrice, a propaganda veicula uma imagem do autismo de extrema gravidade e raridade.

Em um salto no tempo, imaginem o que é dizer nos dias de hoje em uma roda de conversa que você trabalha com autismo. A reação é diametralmente oposta: todos estão mais do que familiarizados com a patologia e têm um caso para contar de alguém próximo que foi ou deveria ser diagnosticado com autismo, ou mesmo da descoberta de que eles mesmos têm autismo. Das sombras da propaganda com Antônio Fagundes para o reconhecimento no centro da roda de conversa, parece-nos haver um ganho importante de humanização nos últimos 30 anos de trabalho com autismo.

Era preciso sair das sombras e ocupar o campo. De minha trajetória, destaco o livro *Autism and personality*<sup>4</sup> da equipe do Workshop de autismo da Tavistock Clinic, o relato *Uma antropóloga em Marte*<sup>5</sup>, que o neurologista Oliver Sacks faz de Temple Grandin, e o livro *Autismo*<sup>6</sup>, da equipe do Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem do Recife. Podemos dizer que esses três livros contribuíram, cada qual a seu modo, para a humanização do nosso olhar, pois elaboraram uma descrição positivada das pessoas com autismo, preocupados em caracterizá-las não pelo que elas não podem fazer, mas pelo que fazem e como. De algum modo, reverberavam a denúncia precisa que fez a psicanalista Teresa Pinheiro em 2001: “O que essas crianças têm? Vocês só dizem o que elas não têm!”

Outro ponto no qual os anos passados fazem sua marca distintiva é a reação dos pacientes e familiares frente ao diagnóstico. A reação dos pacientes ao diagnóstico merece sempre nossa atenção, no esforço de evitar qualquer efeito iatrogênico – que assim produziria uma piora do quadro que se pretende tratar. Anteriormente, dizer que uma criança tinha autismo produzia um efeito de desespero, como se condenássemos a criança a um destino de incapacidade e exclusão vida afora. Diferentemente, hoje em dia, não é raro que pré-adolescentes, adolescentes e adultos cheguem ao consultório falando da suspeita de terem autismo e se, eventualmente, obtêm esse diagnóstico, demonstram grande alívio. Correlatamente, dizer que uma criança tem autismo não produz mais o efeito devastador nas famílias que produzia antes. Percebam como conferir o diagnóstico de autismo no contexto de um tratamento não é um fato em si que deve ser pensado isoladamente, mas como esse ato varia de qualidade dependendo do contexto socio-histórico-político em que se insere. Entendo que precisamos sempre cuidar para que a qualidade promissora de imprevisto do futuro de um sujeito possa ser mantida, a despeito de um diagnóstico. E esse cuidado muda de direção quando o efeito que se obtém é de terror e condenação ou quando o efeito é de alívio, reconhecimento e adesão identitária.

3 L. Pires, *Do silêncio ao eco: autismo e clínica psicanalítica*. São Paulo, Edusp/Fapesp, 2007.

4 S. Reid; A. Alvarez, *Autism and personality: findings from the Tavistock Autism Workshop*. Londres e Nova York, Routledge, 1999.

5 O. Sacks, *An anthropologist on Mars: seven paradoxical tales*. Londres, Picador, 1995.

6 A.E. Cavalcanti; P. Rocha, *Autismo: construções e desconstruções*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001.

O campo do autismo me fascinou desde o início justamente pelo grau de liberdade e inventividade que comportava, dado o pouco que se sabia. O Workshop de Autismo, onde trabalhei no final dos anos 1990, era, na minha opinião, o lugar mais criativo e interessante para se estar da Clínica Tavistock. Num esforço francamente interdisciplinar, reuniam-se semanalmente profissionais de diferentes áreas para debater o envolvimento com crianças com autismo e testemunhar a inundação de dúvidas que movimentavam robustos trabalhos de pesquisas e ampliavam os horizontes de compreensão do psiquismo humano. Encontravam-se por lá psicanalistas, neuroembriologistas, médicos, educadores, psicólogos do desenvolvimento, arteterapeutas e muitos outros para se debruçar sobre as mais variadas pesquisas e relatos detalhados e apaixonados do cuidado com essas crianças.

Novos desafios éticos e construções críticas orientam nosso direcionamento clínico de agora em relação a 1994. E na atmosfera atual da clínica e da pesquisa com o autismo, ressaltamos o cuidado de preservação dessa mesma qualidade de abertura, já que estamos sob risco de constituir um campo

Maria Cristina Kupfer

*Autismo: anotações sobre a complexidade diagnóstica e a psicanálise*

Revelado ao mundo científico e social por L. Kanner<sup>7</sup>, o autismo não parou, desde então, de provocar surpresa, indignação, celeumas, incredulidade, sofrimento e até mesmo orgulho para alguns dos autistas e seus pais. No entanto, ainda não foi atingida, de forma definitiva, uma compreensão sobre sua etiologia e tampouco há um consenso sobre os métodos para seu tratamento.

Milhões de páginas já foram escritas sobre o tema, um dos mais buscados na Internet. Ali, predominam as abordagens neurológicas e genéticas, ao lado dos tratamentos ditos cognitivos, cuja ênfase está na Medicina baseada em evidências,



*de acordo com os CDCs americanos (Centers for Disease Control and Prevention), havia, em 2002, 1 em cada 150 crianças com TEA (Transtorno do Espectro Autista).*

*Em 2020, a prevalência apontada foi de 1 em cada 34 crianças americanas*

domesticado, no qual tudo já foi (supostamente) dito e sabido e a alteridade da criança com autismo é ameaçada. Precisamos estar atentos para garantir a abertura para o desconhecido que a psicanálise implica. E findamos com um curioso apelo que essas piruetas do tempo imprimiram: o de que sejamos menos especialistas do que nunca, apesar dos anos e anos de habitação no campo.

nas bases biológicas bem como nos estudos estatísticos e populacionais.

Nos EUA, crescem, a cada dia, os números relativos à prevalência do autismo. De acordo com os CDCs americanos (Centers for Disease Control and Prevention), havia, em 2002, 1 em cada 150 crianças com TEA (Transtorno do Espectro Autista). Em 2020, a prevalência apontada foi de 1 em cada 34 crianças americanas<sup>8</sup>.

No Censo 2022, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) fez a inclusão de uma pergunta sobre autismo no seu Questionário de Amostra. Os números do censo estão previstos



*a produção psicanalítica  
sobre o autismo também  
comparece na Internet de modo  
robusto, mas é da natureza  
da psicanálise não se apresentar  
no campo social com muitos números.  
Ou, de maneira clara: trata-se  
de prática que valoriza  
o caso a caso*

para sair em 2025; enquanto isso, a revista *Autismo e Realidade*<sup>9</sup> fez um cálculo com base nos números americanos e chegou a quase 6 milhões de autistas no Brasil. Sendo apenas um número aproximado – depende de autodeclarações ou declarações de familiares, além de ser um cálculo com números do censo ainda não confirmados – é ainda impreciso. Existem registros nas secretarias de saúde por todo o país e um número, também geral, divulgado pelo Ministério da Saúde. Mas a dispersão de informações é muito grande. Como reunir os dados dos diferentes Estados da União? E como ter certeza de que estamos falando dos mesmos indivíduos?

O que está acontecendo no Brasil e em outros países? O que pode explicar esse aumento

exponencial? Melhorou a capacidade diagnóstica? Há um excesso de diagnósticos? Ou houve um aumento real?

São perguntas cujas respostas exigiriam, para ser obtidas, um trabalho prévio: é preciso definir critérios diagnósticos para só depois contar quantos são os autistas, a serem distribuídos entre as diferentes categorias diagnósticas.

De fato, não há consenso sobre quando diagnosticar um autismo, e tem havido abusos nessa direção. Na pandemia, muitas crianças foram diagnosticadas como autistas, quando estavam apenas mais quietas. O número expressivo de crianças registradas como autistas no ensino municipal paulista é fidedigno? Como saber se aí não houve uma hiperdiagnose?

Para o DSM-5, publicado pela APA<sup>10</sup>, o autismo é um transtorno; portanto, uma doença.

A definição diagnóstica médica levou os pesquisadores ao passo seguinte: uma vez determinada a sua compreensão diagnóstica, os indivíduos dessa dita síndrome foram reunidos em graus: leve, moderado e acentuado.

Esta gradação não esgota, no entanto, o problema de organizar a enorme variedade de indivíduos considerados autistas a partir do diagnóstico psiquiátrico. Além disso, o campo social vê com estranheza a reunião de pessoas tão diferentes como os autistas extremamente deficientes ao lado de Aspergers de alto rendimento.

Diante desse quadro, qual a posição da psicanálise?

A produção psicanalítica sobre o autismo também comparece na Internet de modo robusto, mas é da natureza da psicanálise não se apresentar no campo social com muitos números. Ou, de maneira clara: trata-se de prática que valoriza o caso a caso, serve-se pouco das estatísticas e tem uma teorização de grande complexidade, sendo difícil, quando não banalizante, a sua difusão. Além disso, trata-se de prática que vem sofrendo ataques, o que dificulta a sua visibilidade. Isso não significa, porém, que a pesquisa psicanalítica sobre o autismo não tenha evoluído. Ao contrário; desde que Virginia Axline<sup>11</sup> apresentou

7 L. Kanner, Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child: Journal of Psychopathology, Psychotherapy, Mental Hygiene, and Guidance of the Child*, n. 2, p. 217-250, 1943.

8 CDCs (Centers for Disease Control and Prevention). *Identified prevalence of autism spectrum disorder*, 2010. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>>. Acesso em: 10 jul. 2023.

9 Autores autistas relatam em livros cotidiano com TEA. *Revista Autismo e Realidade*, 29 set. 2020. Disponível em: <<https://autismoerealidade.org.br/2020/09/29/autores-autistas-relatam-em-livros-cotidiano-com-tea/>>.

10 Associação Americana de Psiquiatria, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5), 2013. Disponível em: <<http://www.psych.org/practice/dsm/dsm5>>.

11 V. Axline, *Dibs: em busca de si mesmo*. Rio de Janeiro, Agir, 1964/2005.

seu primeiro caso, tratado com muita delicadeza e resultados sólidos, a clínica se desenvolveu, superou erros de interpretação, expandiu-se para domínios como o educativo, dialogou com a ciência positiva e reuniu uma quantidade considerável de bons resultados.

Para alguns psicanalistas, o autismo é uma estrutura clínica, e a ideia de doença não se encontra na maioria de seus escritos. Fala-se sobretudo de um modo de ser. Mas há ainda variações em sua abordagem. Há autores que veem no autismo uma falha na construção da pulsão, conceito que articula o corpo com a linguagem, construção que não se completa e é responsável pelos traços clínicos que também são salientados pelas outras abordagens. Resumi, em outro trabalho<sup>12</sup>, essa posição:

Quando vemos um bebê bem pequeno se oferecer à sua mãe, estendendo seu pé para ela o morder, ou levantando a barriga para a mãe fingir que a come, estaremos testemunhando a instalação de uma marca que o bebê deverá levar para o resto de sua vida: estará em seus inícios o jogo do prazer compartilhado. Ou nos termos de uma grande estudiosa do autismo, Marie Christine Laznik<sup>13</sup>, estará em seus inícios a instalação do terceiro tempo do circuito pulsional. [...] O autista parece ter “pulado” esta etapa; é capaz de sentir prazer, mas os outros não entram em seu universo dessa maneira, como parceiros do prazer.

Isto é diferente de ser afetivo ou gostar de carinho, coisa que os autistas gostam de fazer. Mas eles não vão ativamente em busca de provocar prazer nos outros, para poder por sua vez usufruir dele, como fazem as crianças<sup>14</sup>.

Ao lado dessa posição teórica, encontra-se ainda uma problematização psicanalítica do espectro proposto pelo DSM, principalmente porque este reúne quadros sob o nome de autismo que não partilham da mesma estrutura. A psicose infantil, por exemplo, hoje embutida no espectro do autismo, teria características marcadamente diferentes e até mesmo opostas<sup>15</sup>.

Assim, Jean-Claude Maleval<sup>16</sup>, psicanalista francês, propôs um modo psicanaliticamente



*o autista parece  
ter “pulado” esta etapa;  
é capaz de sentir prazer,  
mas os outros não entram  
em seu universo dessa maneira,  
como parceiros do prazer.  
Isto é diferente de ser afetivo  
ou gostar de carinho, coisa que  
os autistas gostam de fazer*

orientado de entender a dispersão dos diferentes tipos de autismo e apresentou um outro espectro, baseado na noção de borda. Nessa abordagem, os autistas se distribuem em um amplo espectro porque constroem – ou não – defesas mais ou menos sofisticadas, que lhes permitem estar no mundo de diferentes modos. A ideia de déficit dá lugar à ideia de defesa contra a angústia e à perspectiva segundo a qual uma defesa é construída e pode permitir, em certos casos, o contato com os outros.

À noção de diagnóstico generalizante, a psicanálise contrapõe a noção de singularidade. Se para a medicina importa sobretudo a classificação que deverá orientar a prescrição de uma medicação, para a psicanálise interessa o modo único e singular em que cada sujeito estará posicionado diante e dentro daquele diagnóstico que coube a ele. “Hoje estou com o meu TDAH atacado”, disse o pai de uma criança<sup>17</sup>.

A visão de Maleval permite assim que haja uma direção geral de leitura aliada ao caso a caso.

Posso dizer, apoiando-me um pouco em Marie-Jean Sauret<sup>18</sup>, que o autismo resulta de um encontro entre os avatares de uma certa organicidade e as condições ambientais advindas de um “habitat linguageiro”, um *Nebenmensch*, o Outro próximo, que não operou determinadas inscrições



*Os coletivos de autistas  
têm sido politicamente ativos  
e muitas vezes companheiros de lutas  
na defesa de políticas públicas como  
a Educação Especial na perspectiva  
inclusiva, o enfrentamento  
da institucionalização em suas  
diferentes configurações*

sobre o corpo da criança, dadas as dificuldades  
interpostas por aquela peculiar organicidade.

Ricardo Lugon Arantes

Gostaria de agradecer a possibilidade de dividir neste espaço algumas provocações que lapi-dei nos últimos anos, particularmente a partir de 2017. A pergunta do texto disparador parece estar respondida no penúltimo parágrafo: os autistas, afinal, têm falado, escrito, se manifestado

Esse corpo viu-se assim desarrimado da palavra e obrigado a construir outras formas de estar no mundo. Não é que ele não esteja na linguagem: por ter parado no limiar da linguagem, sofre seus efeitos, é capaz de falar, constitui uma subjetividade, mas não extrai da linguagem o que ela teria podido construir para ele se se tivesse encontrado com seu corpo: um sujeito do desejo, o sujeito do inconsciente.

A noção de diagnóstico adotada conduz à forma de tratamento proposta. Para a doença, os remédios. Para um não enraizamento da linguagem e da palavra no corpo, uma prática terapêutica que leve a palavra ao corpo. Não para curá-lo de seu modo de ser, mas para permitir que suas defesas, longe de o afastarem, aproximem-no de seus semelhantes. Isto é o que eles tanto querem, segundo seus próprios escritos<sup>19</sup>.

de diversas formas, além de compartilhar suas vivências e construção de laços de amizade. Os coletivos de autistas têm sido politicamente ativos e muitas vezes companheiros de lutas na defesa de políticas públicas como a Educação Especial na perspectiva inclusiva, o enfrentamento da institucionalização em suas diferentes configurações e a sustentação de um Sistema Único de Saúde universal, integral, gratuito, qualificado. Citaria aqui, particularmente, a Abraça<sup>20</sup>, o VNDI<sup>21</sup> e o Autistas Brasil<sup>22</sup>, com os quais aprendi os sentidos da palavra capacitismo, que tão pouco tem circulado pelos textos da Saúde Mental. E ainda que esses movimentos critiquem as abordagens de orientação comportamentalista, também a Psicanálise não tem sido validada como um saber relevante sobre os autismos. A disputa de método é disputa de mercado, e cabe insistentemente reafirmar os princípios ético-clínicos que devem guiar a todos neste campo.

Quanto à expansão do tema autismo, penso que não há uma relação linear de causalidade com

12 M.C. Kupfer, *Arthur: um autista no século XIX*. São Paulo, Escuta, 2020.

13 M.-C. Laznik, *Rumo à fala: três crianças autistas em psicanálise*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 2011.

14 M.C. Kupfer, *op. cit.*, p. 258-259.

15 D. Marcelli; D. Cohen. *Infância e psicopatologia*. Porto Alegre, Art-med, 2009.

16 J.-C. Maleval. L'approche psychanalytique orientée par le bord autistique, in P. Landman; D. Ribas (org.), *Ce que les psychanalystes apportent aux personnes autistes*. Paris, Érès, 2021, p. 87-132. J.-C. Maleval; M. Grollier. *Extension du spectre de l'autisme: l'évolution psychiatrique*, 80, p. 764-781, 2015.

17 Relatado por Kelly Brandão, por ocasião do XV Colóquio do LEPSI, que ocorreu na FEUSP, em novembro de 2024.

18 Comunicação no XV Colóquio do LEPSI, que ocorreu na FEUSP, em novembro de 2024. Inédito.

19 M. Bialer. *Literatura de autistas: uma leitura psicanalítica*. Curitiba: CRV, 2015, 220 p.

20 <<https://www.instagram.com/abraca.autismo/>>.

21 <<https://www.instagram.com/vndi.brasil/>>.

22 <<https://www.instagram.com/autistasbrasil/>>.

as mudanças nos sistemas de classificações diagnósticas. Seria interessante situar brevemente o cenário no qual essa expansão se construiu. O autismo permaneceu marginal ou pouco visibilizado até 1990, quando Lorna Wing incorpora a noção de espectro no campo do autismo e da reabilitação do trabalho de Hans Asperger – que foi, dentre outras coisas, colaborador do regime nazista. O que estava em jogo ali seria um deslocamento da causalidade do autismo, antes ligada à forma de maternar, para algo de origem biológica; e uma disputa pela primazia do conceito, ao contestar o pioneiro Leo Kanner e sua noção de “mãe geladeira”, que afastava os coletivos de mães de autistas. Lembremos que os anos 1990 foram os anos dourados do neoliberalismo, da Internet, da florescência das bioidentidades e da psicofarmacologia cosmética. Essa fórmula deu certo e fundou as bases do que Alicia Broderick hoje chama de Complexo Industrial do Autismo<sup>23</sup>. As mudanças no DSM 4 e 5 e na CID II me parecem mais efeitos do que causa desse processo. Temos visto surgir no Brasil – ao arripio dos princípios do SUS – serviços especializados em “TEA” Brasil adentro, mobilizando parlamentares, ministérios, vereadores e agentes políticos nas três esferas do nosso Estado. Lembro-me com pesar de interlocutores próximos terem atuado em passado recente junto a parlamentares de extrema direita, para a aprovação de uma lei federal que previa a aplicação em escala nacional de um instrumento de rastreio de autismo. É bom que se lembre a frase que “se há dez pessoas numa mesa, um nazista chega e se senta, e nenhuma pessoa se levanta, então existem onze nazistas numa mesa”. Felizmente a Caderneta da Criança – com, sem ou apesar do MCHAT – continua sendo o nosso guia mor na produção de um cuidado integral às crianças no Brasil.

Quanto ao complexo industrial do autismo, vale a pena acompanhar o trabalho de Amanda Dourado, que tem pesquisado sobre o tema e deu uma aula preciosíssima a respeito<sup>24</sup>. De fato, o autismo tornou-se um tema sobre dinheiro, lucro e visibilidade, uma indústria que capitaliza



*quanto às classificações,  
que provocam discussões inflamadas  
e apaixonadas, sua problematização  
merece nossa calma e atenção.  
Movimentos como “Stop DSM”  
me parecem movimentos de natureza  
proibicionista, porém aprendi  
com os princípios que guiam  
as práticas de Redução de Danos que  
“da proibição nasce o tráfico”*

identidades. Um “laudo de autismo assinado pelo psiquiatra” e/ou as custosas avaliações neuropsicológicas têm sido consumidas como se pudessem ser “a revelação do que eu sou” ou a chave única para a reconstrução e ressignificação de biografias.

Quanto às classificações, que provocam discussões inflamadas e apaixonadas, sua problematização merece nossa calma e atenção. Movimentos como “Stop DSM” me parecem movimentos de natureza proibicionista, porém aprendi com os princípios que guiam as práticas de Redução de Danos que “da proibição nasce o tráfico”. Nesse sentido, posições dogmáticas em relação às classificações podem trazer mais prejuízos do que benefícios, e se nos dispusermos a olhar de forma mais pragmática para algumas funções das classificações diagnósticas, podemos evitar certos equívocos. A despeito das semelhanças dentro das categorias psiquiátricas, o DSM é bem diferente da CID, que é um amplo sistema de codificação relacionado à maneira como as pessoas interagem com os sistemas de saúde mundo afora. Apesar de sua nomenclatura, nem tudo ali é doença ou patologização, assim como seus códigos nem sempre se referem a um diagnóstico como um sinônimo de transtorno. Ao contrário, ela pode possibilitar a codificação de condições hostis de vida (vide categoria Z55), assim como a codificação de sintomas



*no entanto, o uso  
da CID não é um bom  
guia para o estabelecimento  
de condutas farmacológicas nem  
tampouco para a definição  
de prognósticos, que reproduzem  
o capacitismo ao situar o autismo  
como uma tragédia pessoal,  
cujo futuro é sombrio*

isolados (categoria R40). É bom que se lembre também que a função fundamental da CID é ser uma ferramenta de apoio para tomada de decisões epidemiológicas e financeiras. Vejam o vídeo<sup>25</sup> em que a OMS apresenta a CID II.

No entanto, o uso da CID não é um bom guia para o estabelecimento de condutas farmacológicas nem tampouco para a definição de prognósticos, que reproduzem o capacitismo ao situar o autismo como uma tragédia pessoal, cujo futuro é sombrio. Importante lembrar que o devir, o futuro de cada um, é definido mais pelas condições socioeconômicas e pela capacidade das equipes que cuidam, do que por categoria diagnóstica A ou B.

Para debater a terceira função das classificações, gostaria de partir da pergunta “como se dá o encontro da pessoa com o diagnóstico?”, que Benilton Bezerra faz na introdução de seu livro *A criação de diagnósticos na Psiquiatria*

*Contemporânea*. Talvez este seja um dos pontos mais sensíveis dessa discussão. Se, por um lado, a indústria do autismo incentiva as pessoas a encontrarem na categoria autismo uma descrição de si e uma chave de produção de sentidos para seus estranhamentos, penso que tal sensação de pertencimento pode ser terapêutica, conforme aprendi nos coletivos com os quais convivi. Esses coletivos levam adiante importantes ações políticas em primeira pessoa e levam a sério o mote da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência “nada sobre nós sem nós”.

Para algumas pessoas, esse encontro com o diagnóstico não fará diferença, e para outras será devastador, ao sentirem-se condenadas a este suposto prognóstico sombrio. Vejo, ao mesmo tempo, muitos profissionais desperdiçando energia com o exaustivo enfrentamento “não, você não é autista” que pode desrespeitar e deslegitimar a chave identificatória que a própria pessoa escolheu. Parece-me ético e prudente acolher essa nova chave, ao invés de ficarmos capturados pelo incômodo de sua existência. Esse fenômeno parece-me mais um desdobramento do contexto socioeconômico do mundo ocidental no século XXI do que uma iatrogenia da expansão dos sistemas classificatórios.

A quarta e problemática função das classificações, “garantir acesso a direitos”, resulta de uma distorção da compreensão de como são concebidas as políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência no Brasil e no mundo. A Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, o tratado internacional que o Brasil incorporou ao seu arcabouço legislativo na forma de Emenda Constitucional, traz um modo radical de enfrentar o modelo biomédico, afirmando que a deficiência não se reduz ao reconhecimento pelos profissionais de saúde sobre o que falha no corpo ou na mente – em qualquer de suas tantas formulações teóricas – mas que a deficiência resulta da interação de um corpo com impedimentos de um mundo deficientizante, um mundo hostil e opressor aos corpos e mentes desviantes. Ou seja, a deficiência não seria um sinônimo de um código

23 <<https://primeirainfancia.org.br/noticias/industria-do-autismo-influencia-politicas-publicas-pressiona-planos-e-se-expande-no-mercado-privado-diz-relatorio/>>.

24 A. Dourado, *A expansão do diagnóstico de autismo no contexto brasileiro atual: determinantes clínicos, sociais, políticos e econômicos*. Palestra ministrada no IPUB da UFRJ em 4 out. 2024. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=3Xtc7-UuHPM>>.

25 The World Needs Better Health Data ICD11, The global standard for diagnostic health information. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Eel6BvJq4b4>>.

da CID mas produzida por contextos e atitudes, seja pela ausência de rampas, por pessoas que não dominam Libras, pelas que veem o autismo como tragédia, ou as que desdenham modos de comunicação assistida ou ampliada. Todas as políticas voltadas às pessoas com deficiência – seja a Educação Inclusiva, o BPC e o acesso aos serviços voltados às pessoas com deficiência dentro das Redes de Cuidado à Pessoa com Deficiência (as RCPDs, irmãs das RAPS) – são (ou deveriam ser) apoiadas nessa nova perspectiva.

Infelizmente o campo da Saúde Mental não acompanha essa leitura importante e estratégica e acaba por reproduzir a noção de que “para cada deficiência corresponde um código da CID”. Há, no entanto, em andamento a passos largos,

a implementação de uma ferramenta preciosa chamada Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBR-M)<sup>26</sup> que pretende ser o modo oficial como o Estado Brasileiro reconhece as pessoas com deficiência. Recomendo que possamos conhecê-lo com atenção.

Por fim, para além das provocações, quero sempre poder contar com psicanalistas que possam compartilhar os princípios ético-clínicos que configuram o campo da Atenção Psicossocial no Brasil, e não somente na noção de sujeito, mas na construção permanente de redes, no imperativo da intersectorialidade, na noção de que “é preciso uma aldeia para criar uma criança”. Que possamos trazer para as nossas práticas os temas e as lutas de enfrentamento das desigualdades como o racismo, capacitismo, patriarcado e violências de gênero e etarismo.

<sup>26</sup> Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. *Relatório final do grupo de trabalho sobre a avaliação biopsicossocial unificada da deficiência*. Disponível em: <[https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-com-deficiencia/publicacoes/relatorio-final-gt-avaliacao-biopsicossocial-de-2024/relatorio\\_final\\_gt\\_avaliacao\\_biopsicossocial\\_unificada.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-com-deficiencia/publicacoes/relatorio-final-gt-avaliacao-biopsicossocial-de-2024/relatorio_final_gt_avaliacao_biopsicossocial_unificada.pdf)>.