

REVISÃO DA LITERATURA

Impactos do diagnóstico de autismo: construção, mercantilização e cuidados*

Impacts of autism diagnosis: construction, mercantilization and care

Impactos del diagnóstico del autismo: construcción, mercantilización y cuidado

Luciana Jaramillo Caruso Azevedo¹ 

¹ Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil.

* Este manuscrito é um dos produtos da pesquisa de pós-doutorado do autor, financiada pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

Forma de citar: Azevedo, L. J. C. (2025). Impactos do diagnóstico de autismo: construção, mercantilização e cuidados. *Rev. CES Psico*, 18(3), 107-119. <https://doi.org/10.21615/cesp.7789>

Resumo

O debate sobre o autismo se apresenta como um *topos* transdisciplinar por excelência que, hoje em dia, faz-se cada vez mais importante na ampliação da articulação entre os saberes. A perspectiva inter/transdisciplinar tem como objetivo desentrançar o conhecimento para a construção de uma ética do cuidado que transcenda o reducionismo dos discursos medicalizantes e viabilize o aprofundamento do conhecimento no campo da psicopatologia, da saúde mental e das políticas de cuidado. Por isso, este estudo tem como objetivo analisar criticamente o diagnóstico de autismo, explorando aspectos como: a construção, o consumo, a mercantilização e a sua utilidade para o cuidado com as crianças e a família. Serão articuladas as dimensões históricas, culturais, sóciopolíticas, biológicas e inconscientes, considerando os impasses que perturbam ou até mesmo impedem a realização de um sujeito singular no interior do laço social.

Palavras-chave: Saúde mental; autismo; diagnóstico; mercantilização; cuidado.

Abstract

The debate on autism presents itself as a transdisciplinary *topos* par excellence that, nowadays, is increasingly important in expanding the articulation between knowledge. The inter/transdisciplinary perspective aims to extricate knowledge for the construction of an ethics of care that transcends the reductionism of medicalizing discourses and enables the deepening of knowledge in the field of psychopathology, mental health and care policies. Therefore, this study's general objective is to critically analyze the diagnosis of autism, exploring aspects such as: construction, consumption, mercantilization and its usefulness for caring for children and families. The historical, cultural, socio-political, biological and unconscious dimensions will be articulated, considering the impasses that disturb or even prevent the realization of a singular subject within the social bond.

Keywords: Mental health; autism; diagnosis; mercantilization; care.

Resumen

El debate sobre el autismo se presenta como un *topos* transdisciplinario por excelencia que, hoy en día, cobra cada vez más importancia para ampliar la articulación entre saberes. La perspectiva inter/transdisciplinaria apunta a extraer conocimientos para la construcción de una ética del cuidado que trascienda el reduccionismo de los discursos medicalizantes y posibilite la profundización del conocimiento en el campo de la psicopatología, la salud mental y las políticas de cuidado. Por tanto, el objetivo general de este estudio es analizar críticamente el diagnóstico del autismo, explorando aspectos como: la construcción, el consumo, la mercantilización y su utilidad para el cuidado de los niños y las familias. Se articularán las

dimensiones histórica, cultural, sociopolítica, biológica e inconsciente, considerando los impasses que perturban o incluso impiden la realización de un sujeto singular dentro del vínculo social.

Palabras claves: Salud mental; autismo; diagnóstico; mercantilización; atención.

Introdução

Os estudos contemporâneos sobre o autismo, concebido atualmente como Transtorno do Espectro Autista (TEA), convocam para o aprofundamento do debate no campo da psicopatologia, da saúde mental e das políticas de cuidado. O autismo configura-se como um *topos* transdisciplinar por excelência e, hoje em dia, faz-se cada vez mais importante a ampliação da articulação entre os saberes. O trabalho inter/transdisciplinar tem como objetivo desentrinchar o conhecimento para a construção de uma ética do cuidado que transcenda o reducionismo dos discursos medicalizantes.

A formação da subjetividade inicia-se com a entrada da criança no mundo simbólico da linguagem: essa entrada humaniza a criança e permite que ela se situe numa cultura com uma identidade particular. As variáveis presentes na formação da subjetividade da criança não dependem somente dela e de seus dotes inatos, mas, sobretudo, do (s) outro (s) que administra (m) os cuidados (Pereira, 2019). Nesse sentido, a teoria psicanalítica produz importantes contribuições no tratamento das crianças com TEA. A partir dos referenciais da psicanálise acerca da constituição do sujeito, é possível fundamentar as pesquisas sobre o autismo e levantar um alerta sobre o risco da ausência de produções espontâneas do bebê. Cada vez mais são realizadas investigações acerca da relação intrínseca entre as mudanças de padrões neurais nas intervenções precoces através da prática psicanalítica (Laznik et al., 2005; Chericoni et al., 2016).

Neste contexto, é preciso considerar as múltiplas dimensões do cuidado: cuidado familiar, cuidado sanitário, cuidado social, cuidado jurídico entre outros. Podemos pensar que a psique infantil, construída por meio dos cuidados, repercute de modo significativo na vida adulta. Cada cultura, cada sociedade e cada época se caracterizam por procedimentos específicos em relação aos cuidados, porém, estes são alicerces psíquicos que permitem e permeiam o engendramento do sujeito. Com efeito, é difícil – ainda que importante – lançarmos um olhar sobre o contexto de nossa época, tendo em vista que os cuidados não são dispensados no vácuo, os cuidadores e os objetos de seus cuidados têm uma existência determinada.

Segundo Katz (2019), o senso comum compreende rapidamente o que é uma criança, referido ao tempo cronológico da infância como o início de uma vida, pensada na perspectiva do desenvolvimento e da maturação, para demonstrar, através da biologia, a diferença fundamental entre a criança e o adulto. No entanto, quando estamos diante da experiência da infância, seja pelo encontro propriamente dito com a criança, ou na perspectiva do seu cuidado, o entendimento que temos do que é uma criança comparece de forma mais abrangente do que aos aspectos biológicos. Assim, as concepções que construímos sobre as infâncias, aquilo que consideramos sobre a criança, em cada época decide o tipo de laço que propomos a ela.

Assim como a própria concepção de infância, os TEA também não correspondem a um bloco homogêneo, seja em sua apresentação fenomênica, nos achados neurobiológicos, nas concepções psicológicas ou na própria experiência em primeira pessoa. De acordo com Latif (2016), embora se afirme que pesquisas recentes sobre desordens do espectro do autismo tenham mostrado claros determinantes biológicos, um exame detalhado de tais alegações revela que mecanismos causativos ou anormalidades biológicas não foram encontrados para o autismo. Assim, podemos pensar que o diagnóstico de autismo ao mesmo tempo atravessa diferentes campos do saber e se apresenta como um enigma.

Para Pinto et. al (2016), o reconhecimento da sintomatologia manifestada pela criança com autismo é fundamental para a obtenção do diagnóstico precoce. Geralmente, as manifestações clínicas são identificadas por pais, cuidadores e familiares que experienciam padrões de comportamentos característicos do autismo, tendo em vista as necessidades singulares dessas crianças. Os sinais possuem expressividade variável e iniciam-

se antes dos três anos de idade. A criança com TEA apresenta uma tríade singular, a qual se caracteriza pela dificuldade e prejuízos qualitativos da comunicação verbal e não verbal, na interatividade social e na restrição do seu ciclo de atividades e interesses. Neste tipo de transtorno, podem também fazer parte da sintomatologia movimentos estereotipados e maneirismos, assim como padrão de inteligência variável e temperamento extremamente lábil.

Entretanto, a clínica psiquiátrica com crianças coloca em evidência o caráter problemático, e até mesmo falacioso, de se centrar o processo diagnóstico na busca da objetivação do transtorno mental, enquanto entidade autônoma, foco usual das intervenções terapêuticas. O diálogo com outras disciplinas pode representar para os diversos profissionais do campo da saúde e da educação um grande passo no trabalho preventivo e, em particular, permite considerar o sujeito que se encontra em jogo e não apenas a expressão do organismo. Por isso, torna-se necessária a implementação de estudos críticos que explorem as múltiplas dimensões do diagnóstico, como os aspectos da produção, consumo e mercantilização do autismo no século XXI em um contexto global (Runswick-Cole et al., 2016). Não se pode perder de vista que o diagnóstico pode conferir maiores possibilidades de acesso aos serviços e práticas de cuidado. Logo, cabe indagar, a que ou a quem serve o diagnóstico de autismo?

Este estudo tem como objetivo analisar criticamente o diagnóstico de autismo, explorando aspectos como: a construção, o consumo, a mercantilização e a sua utilidade para o cuidado com as crianças e a família.

A genealogia do autismo

O termo autismo vem do grego *autós* que significa “de si mesmo”. Foi cunhado por Plouller, em 1906, referindo-se às demências, e disseminado por Bleuler em 1911. Do alemão *Autismus*, o termo “autismo” unifica, em uma só palavra, sua origem grega somada ao sufixo *ismos* que indica ação ou estado (Travassos-Rodriguez, 2018). Bleuler utilizou o termo autismo para descrever uma condição relacionada à esquizofrenia. Na década de 1940, Leo Kanner, em 1943, e Hans Asperger, em 1944, descreveram em estudos paralelos, porém, na época, totalmente desconectados, o transtorno que atualmente é denominado de TEA (Transtorno do Espectro Autista).

Em seu texto princeps intitulado “*Autistic disturbances of affective contact*”, Leo Kanner (1943) observou 11 crianças por meio das quais descreveu o quadro de autismo infantil. As principais características descritas para esse grupo de crianças eram prejuízos severos nas áreas da comunicação, do comportamento e da interação social. Para Kanner (1943) a linguagem do autistas não seria feita para comunicar, assim não havia distinção entre os autistas que falam daqueles que não falam.

As características ressaltadas pelo autor foram autismo extremo, obsessividade, estereotipias, inversão pronominal e ecolalia. Kanner (1943) supôs que o meio ambiente desfavorável na infância poderia estar na etiologia da síndrome, apesar de não descartar uma hipótese biológica associada. A observação de Kanner (1943) de que as crianças autistas teriam pais muito inteligentes, porém pouco afetuosos, iniciou a configuração de um estigma, mais tardiamente reforçado por Bruno Bettelheim, em 1967, sobretudo em relação às mães de crianças autistas, culpabilizando pelo engendramento do transtorno no filho.

Por sua vez, Hans Asperger (1944) referiu-se a um conjunto de sintomas, muito semelhante aos descritos por Kanner. No entanto, na amostra exposta pelo autor, não havia nenhum atraso significativo relacionado à linguagem, nem comprometimento da inteligência. Asperger (1944) os caracterizou como “pequenos professores”, tendo em vista que estas crianças eram capazes de discorrer sobre um tema de forma precisa e detalhada.

As principais peculiaridades das crianças estudadas por Asperger (1944) eram: a falta de empatia, a conversação unilateral, as dificuldades de compreender a linguagem não verbal e as nuances da linguagem, os focos de interesse restrito e a baixa capacidade de formar laços sociais, criando, em decorrência, um isolamento social. Asperger (1944) referiu-se a essas crianças, ainda, como desajeitadas e diferentes em seu aspecto motor.

A psiquiatra britânica Lorna Wing popularizou os estudos do autor, por meio dos seus escritos, difundindo como a síndrome de Asperger (SA). Wing (2012) trouxe para o mundo científico o trabalho de Asperger como também o associou ao de Kanner, buscando compreender se os transtornos descritos eram variáveis de uma mesma condição ou entidades clínicas separadas. A partir da conclusão de que se tratava de uma variação de um mesmo quadro clínico, a autora introduziu a noção de espectro do autismo no mundo contemporâneo. Ademais, Wing (2012) cunhou a tríade presente nas perturbações autísticas. A tríade consiste em prejuízos relevantes nas seguintes áreas: comunicação/linguagem, interação social e pensamento/imaginação.

Na atualidade, com a publicação da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) a noção de autismo enquanto espectro foi incorporada à psiquiatria contemporânea.

A noção de Transtornos do Espectro Autista (TEA) engloba um continuum do mais leve ao mais grave, unificando o autismo infantil, a síndrome de Asperger, o transtorno desintegrativo e os quadros parciais (autismo atípico e *tid-soe*) (Almeida et al., 2019). A tríade proposta por Wing em 2012 e usada no DSM-IV foi substituída por uma tríade no DSM-5 composta, de um lado, pelos déficits sociais e de comunicação, e, de outro, pelos comportamentos repetitivos e restritos.

Dentro de cada tríade, foram criados subgrupos e, no interior deles, existem três níveis possíveis: “exigindo apoio”, “exigindo apoio substancial” e “exigindo apoio muito substancial”. Os problemas sensoriais, nunca antes contemplados nas classificações anteriores, estão presentes no item 2 da tríade. A gravidade do transtorno é considerada a partir do impacto que a relação entre as deficiências presentes na tríade tem no indivíduo.

Na Classificação Internacional de Doenças (CID-11), alguns especificadores tornam o diagnóstico mais preciso, como: com ou sem comprometimento intelectual concomitante; com ou sem comprometimento da linguagem concomitante.

Hoje em dia, os cinco diagnósticos presentes no DSM-IV (autismo infantil, SA, transtorno desintegrativo, autismo atípico, síndrome de Rett) e na CID 10 foram transformados em um único espectro no DSM-5 e na CID 11. Assim, podemos pensar que houve uma substituição diagnóstica nos casos de autismo, ou seja, uma concepção categorial de autismo (a partir dessas cinco subcategorias) deu lugar a esta concepção dimensional/espectral.

O autismo vem despertando cada vez mais interesse na comunidade científica pelo drástico aumento de sua incidência nas últimas décadas. Alguns autores chegam a cogitar uma epidemia de autismo, enquanto outros justificam o aumento do número de casos catalogados como consequência da maior amplitude dos critérios diagnósticos nos últimos anos e de maior disseminação do conhecimento sobre o autismo no mundo (Crawford, 2016). O Center for Disease Control and Prevention (CDC) com sede na Geórgia, Estados Unidos da América (EUA), indica uma prevalência de 1/68 casos de TEA identificados no país. O TEA ocorre em todas as raças, etnias e grupos socioeconômicos. Os casos são 4/5 vezes mais frequentes em meninos do que em meninas e, portanto, na atualidade estima-se que a prevalência seja de 1/189 meninas e de 1/42 meninos (CDC, ano).

As questões que gravitam em torno do diagnóstico de TEA são bastante complexas e exigem maior aprofundamento e detalhamento das suas nuances, bem como do seu impacto. Os relatos dos pais evidenciam a sua percepção de que a criança tem algum problema logo após o primeiro ano de vida, quando aparecem preocupações relacionadas à visão e à audição seguidas das dificuldades ligadas à comunicação, à interação social e às habilidades motoras finas. O período que envolve o diagnóstico do autismo pode variar bastante, dependendo da idade da criança e do seu nível de comprometimento dentro do espectro. Alguns pais de crianças com autismo, sobretudo as que apresentam sinais mais sutis de risco para TEA, podem levar mais tempo para perceber os problemas de desenvolvimento do filho. Pais “marinheiros de primeira viagem” têm menos referências em termos de desenvolvimento infantil, o que pode comprometer suas percepções das diferenças entre o desenvolvimento típico e o atípico. O desconhecimento dos pediatras sobre os sinais precoces do autismo no Brasil também representa um problema frequente que atrasa o diagnóstico, assim como a tendência

à negação do problema por parte de alguns pais (Travassos- Rodriguez, 2018).

Em abril de 2017, foi sancionada em Brasil a Lei 13.438, que altera o artigo 14º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e estabelece, em seu artigo único, que todas as crianças de 0 até 18 meses de vida sejam submetidas, nas consultas pediátricas, a protocolo ou outro instrumento para detecção de risco psíquico. O artigo 14º do ECA, originalmente, afirmava que:

O Sistema Único de Saúde (SUS) promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos (Artigo 14, ECA).

Ao referido artigo, foi acrescentado, pela nova lei, o parágrafo:

É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico (Artigo 14, ECA).

Conforme Mascarenhas, Katz e Couto (2017), tem sido consenso entre profissionais e pesquisadores da saúde pública a necessidade do desenvolvimento de ações de promoção de saúde/saúde mental para o real avanço no campo do cuidado integral às crianças e adolescentes. Esforços vêm sendo empreendidos para incluir ações de promoção de saúde na agenda das redes de cuidado à infância, onde a questão da detecção de dificuldades no processo de constituição psíquica nos tempos iniciais da vida ganha destaque e relevância, convocando a construção de estratégias que possam contribuir para a superação de agravos, a partir de ações territoriais, colaborativas e intersetoriais, que incluam o trabalho conjunto pais/cuidadores-bebê, e considerem as peculiaridades culturais e os determinantes sociais de saúde envolvidos na construção de laços afetivos-parentais e nos modos de cuidado, quando necessários.

Mesmo considerando a necessidade da implementação de estratégias para superar o acesso tardio das crianças ao cuidado, visando reduzir os agravos, a promulgação de uma lei para este fim realça a detecção de riscos psíquicos através da utilização de protocolos padronizados sem ser precedida por um debate sobre efeitos iatrogênicos que pode produzir, sobre os modos de sua execução e garantia de estruturas de atenção e acompanhamento nos inúmeros territórios brasileiros (Mascarenhas et al., 2017).

Este ponto de discussão em relação ao enlace entre o diagnóstico e a formulação de leis torna-se fundamental, posto que envolve desde o percurso ao diagnóstico até construção de políticas públicas de cuidado. O caminho em direção ao diagnóstico do autismo, em grande parte das vezes, não é linear, é complexo e heterogêneo, além de demorar algum tempo para se consolidar, dependendo da idade da criança. Para detectar o TEA, não existe um exame específico de nenhum tipo, apenas a observação comportamental e o relato dos pais e de outros cuidadores. Este fato também comporta uma delicada discussão, tendo em vista que a semiologia é o recurso menos confiável para a realização do diagnóstico.

Políticas públicas, movimentos sociais e garantia de direitos: disputas e tensões no campo do cuidado

Diversos atores sociais como pais e familiares, profissionais, acadêmicos, gestores, os próprios autistas e outros ativistas têm promovido amplo debate, a partir de diferentes posições sobre os possíveis fatores etiológicos, a descrição nosográfica do transtorno e as metodologias supostamente eficazes de tratamento, assim como a organização de políticas de cuidado e o arcabouço legal de garantia de direitos (Oliveira et al., 2017).

Por motivos diversos, no Brasil, as iniciativas governamentais propriamente direcionadas ao acolhimento das pessoas com diagnóstico de autismo desenvolveram-se de maneira tardia. Até o surgimento de uma política

pública para saúde mental de crianças e adolescentes, no início do século XXI, esta população encontrava atendimento apenas em instituições filantrópicas, como a Associação Pestalozzi e a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). O enfrentamento tardio do problema fez com que a construção atual da política pública brasileira para o autismo fosse marcada por dois grupos distintos que, historicamente, desenvolveram ações de maneira simultânea, todavia, em paralelo. De um lado, um grupo composto, em sua maior parte, por trabalhadores e gestores do campo da Atenção Psicossocial, além de partidários da Reforma Psiquiátrica, integrantes das ações diretamente ligadas à política pública de saúde mental no SUS. De outro, as associações de pais e familiares de autistas, que começaram a construir suas próprias estratégias assistenciais para os filhos, em um período do século XX, os anos 80, marcado pela lacuna de recursos públicos destinados ao atendimento dessa clientela (Oliveira et al., 2017).

A carência de recursos e instituições públicas destinadas ao amparo dos autistas e seus familiares fez com que alguns pais se engajassem no empreendimento de iniciativas próprias, como a criação de grupos de divulgação de conhecimentos e mútua ajuda, aos moldes de experiências similares encontradas na Europa e nos Estados Unidos (Mello, 2005).

O objetivo básico era fomentar a busca de conhecimento e troca de experiências sobre o autismo, em um período anterior à criação do SUS, no qual o Estado brasileiro não provia nenhuma estratégia para o acolhimento de crianças e adolescentes com sofrimento mental, tal como o autismo. Este fato levou a AMA-SP (Associação de Amigos do Autista de São Paulo) a desenvolver suas próprias frentes assistenciais e a buscar conhecimento, por meio de intercâmbios com instituições estrangeiras (Mello, 2005; Mello et al., 2013).

Ainda na década de 80, em paralelo, desenvolvia-se no Brasil o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que objetivava a revisão das premissas assistenciais e teóricas destinadas às pessoas com transtornos mentais, visando superar o modelo de assistência centrado em práticas de institucionalização, com vistas a promover o resgate da dimensão de cidadania a essa população e a construir uma rede comunitária para o cuidado em liberdade (Amarante, 1994).

Por ação deste Movimento e da promulgação da Lei nº 10.216/01, a denominada “Lei Paulo Delgado”, a saúde mental consolidou-se anos depois como política de Estado – sob o marco da Atenção Psicossocial – ancorada em consistentes aparatos jurídicos, políticos e clínicos, que reorganizaram a rede de serviço e inscreveram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como as principais estratégias de cuidado em saúde mental (Delgado, 2011; Berlinck et al., 2008; Costa et al., 2011; Gama, 2012).

No entanto, como observam Couto e Delgado (2015), a inclusão da saúde mental infanto-juvenil na agenda das políticas públicas nacionais ocorreu tardiamente, mesmo no campo interno da saúde mental, fator que contribuiu para os dilemas enfrentados atualmente em relação à rede de cuidados ofertada pelo SUS para os autistas.

A construção de uma rede de atenção para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, integrada à saúde mental no SUS, foi proposta a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, tendo como ponto estratégico a implantação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), a partir da portaria ministerial nº 336/02 (Oliveira et al., 2017).

A mobilização dos familiares levou ao ineditismo da aprovação de uma lei federal específica para o autismo. Em 27 de dezembro de 2012, foi sancionada a Lei nº 12.764, que “Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista” (Brasil, 2012). Além de reconhecer a pessoa com transtorno do espectro autista (TEA) como “pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais” (Lei nº 12.764, § 2º), produziu incidências em diversos campos, como na esfera assistencial, político/gestora, científico/acadêmica, educacional/pedagógica, bem como no campo dos direitos básicos (Oliveira, 2015).

A Lei nº 12.764 que instituiu a Política Nacional de Proteção aos Direitos das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista, se desdobra em intersectorialidade no desenvolvimento das ações, políticas e serviços; participação comunitária na formulação, controle e avaliação de políticas públicas; atenção integral às necessidades de saúde, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes; estímulo à inserção no mercado de trabalho e à pesquisa científica, priorizando estudos epidemiológicos que dimensionem e caracterizem o transtorno do espectro autista no país. A legislação federal é considerada símbolo da politização da experiência de se ter um filho autista. Ao longo dos anos, pais e familiares participaram de audiências públicas em Brasília, mobilizaram-se no envio de e-mails para autoridades, organizaram-se em grupos virtuais na internet, além de realizarem manifestações pelo país afora solicitando a aprovação da chamada “lei do autista” (Nunes & Ortega, 2016).

Para os pais e/ou ativistas, a Lei representou um marco histórico na luta pelos direitos dos autistas, de maneira que tal inclusão no campo das deficiências viabilizou politicamente o acesso aos direitos previstos na legislação existente para pessoas com deficiência no país, como benefícios financeiros, garantia à educação em escolas regulares e de ingresso no mercado de trabalho, entre outros. Além disso, consideram que esse veículo jurídico representa a condição de acesso a atendimentos em serviços de saúde especializados, em oposição aos ofertados pela rede de saúde mental (Nunes & Ortega, 2016).

O ineditismo dessa legislação está em reconhecer o autista como pessoa com deficiência, caracterizando, assim, novos rumos da “luta por direitos” previstos na legislação. Nesse sentido, o diagnóstico de TEA viabilizaria o acesso e a garantia tanto de direitos como de tratamentos específicos.

Na esteira desses debates, foram lançados pelo Ministério da Saúde (MS) dois documentos que tinham por objetivo fornecer orientações para o tratamento das pessoas com TEA no SUS. Um deles foi o documento intitulado “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)” (Brasil, 2014), cuja abordagem remete o autismo ao campo das deficiências, direcionando a terapêutica pela via da reabilitação. O outro, a “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” (Brasil, 2015), concebe o TEA como um transtorno mental, atrelando as ações de cuidado à rede de atenção psicossocial, com destaque para os CAPSi. É válido destacar o lançamento pela instância federal do SUS de dois documentos oficiais, com orientações distintas, que, a rigor, deixa intacto o cenário de diferenças e dissensos sobre os modos de cuidar de pessoas com autismo no SUS (Oliveira et al., 2017).

Neurodiversidade e cerebralismo no autismo

Como foi visto acima, ao longo da década de 1980, consolidaram-se movimentos sociais no campo da saúde, visando ideais de cidadania, autonomia e subjetividade dos “novos sujeitos de direito”, tais como os “loucos” e as pessoas com deficiência, cujas respectivas trajetórias atravessaram extensa tradição de acolhimento em instituições filantrópicas, religiosas e educacionais (Oliveira et al., 2017).

Charles Rosenberg observou que entidades patológicas se tornaram atores sociais reais na medida em que temos acreditado neles e agido individualmente e coletivamente a partir dessas concepções. Este autor chama a atenção para o poder e a capacidade de penetração das entidades patológicas e suas aparentes “estruturas neutras” (*value-free frameworks*) (2002, p. 246).

Estamos nos habituando, no decorrer das últimas décadas, a negociar em público o estatuto nosológico de numerosas doenças psiquiátricas, a maioria das quais possui uma natureza problemática (Nunes & Ortega, 2016). Os conflitos acerca do estatuto ontológico e a conseqüente legitimidade social de doenças e transtornos mentais e as decisões acerca da etiologia, do diagnóstico e da terapêutica têm sido endêmicos na história da psiquiatria nos últimos cento e cinquenta anos (Rosenberg, 2006).

Embora não exista consenso sobre numerosas doenças psiquiátricas, o fato de serem nomeadas como doenças

constitui uma forma de poder e utilidade social. O diagnóstico e a eventual inclusão nos DSMs evidenciam que a presumida existência de entidades patológicas ontologicamente reais e específicas constituiu o princípio-chave que organiza as decisões clínicas particulares (Rosenberg, 2002).

No caso do autismo, mesmo tendo sido reconhecido como entidade nosológica em 1980 pelo DSM-III (e a síndrome de Asperger em 1994 pelo DSM-IV), os transtornos do espectro autista vêm se tornando “categorias problemáticas”. O estatuto ontológico do autismo está sendo disputado. Para alguns, doença, e, para outros, exemplo da diversidade do cérebro humano (Nunes & Ortega, 2016).

Desde os anos 60 vem sendo produzido um deslocamento para explicações orgânicas dos transtornos mentais, especialmente cerebrais, culminando em 1980 com a inclusão do autismo na rubrica de Transtornos Abrangentes do Desenvolvimento, separando-se definitivamente do grupo das psicoses infantis, na terceira edição do DSM (DSM-III). O deslocamento do modelo psicanalítico e a aproximação com as neurociências possibilitaram que os pais fossem desresponsabilizados e desimplicados dos destinos subjetivos dos filhos (Nunes & Ortega, 2016).

Este fato abriu caminho para a sua organização em associações que buscam a cura do transtorno e o fortalecimento da implantação de terapias cognitivas e comportamentais. Para estes, o recurso ao cerebralismo e ao discurso biológico é compreendido como uma formulação ateórica, contudo, sabe-se que há claramente a escolha por disciplinas e protocolos que sigam a ética naturalista proposta nos manuais psiquiátricos. Nessa perspectiva, o transtorno autista se configura como uma doença com uma etiologia orgânica (principalmente cerebral e/ou genética). Podemos observar esse enlace na seguinte frase de Rosenberg: “legitimidade social pressupõe identidade somática” (2006, p.414).

O deslocamento do paradigma psicanalítico para o cerebral possibilitou a organização dos dois grupos antagônicos. Para os pais de autistas, recusar a culpa pela doença dos filhos e a denúncia dos excessos da psicanálise estaria na base das primeiras associações que visam buscar formas de cura e/ou tratamentos orientados basicamente para a terapia comportamental, o aumento brutal na produção de protocolos de tratamento generalistas, a mudança na estratégia retórica tecnicista, a criação de especialismos (assim como a bastante controversa aplicação do ABA), o fomento de um complexo industrial do autismo (mercado bilionário da indústria ABA) e a associação estreita com tratamentos farmacológicos. Os impactos sociais, econômicos, familiares, emocionais, da ampla, intensiva e irrestrita utilização do ABA são, até os dias de hoje, ignorados. Broderick (2022) compreende a constituição de um complexo mercado do autismo baseado no capitalismo neoliberal. A autora analisa a implantação de uma política da verdade baseada no estabelecimento e no engendramento do cientificismo na retórica ABA. Nesse sentido, a utilização do ABA passaria a ser concebido como “branding ABA”, nesta batalha pela verdade ou acerca da verdade e daquilo que seria baseado em evidências. Contudo, nesta retórica haveria a interpolação de três elementos cruciais: ciência, esperança e ABA. A associação destes fatores complexifica ainda mais o debate, posto que alimenta o mercado da esperança com promessas que nem sempre são passíveis de serem cumpridas (Lugon & Andrada, 2019).

Lugon e Andrada (2019), retomam o conceito de economia política da esperança para discutir a peculiaridade do autismo no contexto brasileiro – a saber, um engendramento de mercados que não se faz centralizado em torno de “produtos” com biovalor, como sangue e hemoderivados, gametas, patentes de DNA. Os produtos economicamente rentáveis no campo do autismo (ainda) não são compostos celulares e tecidos orgânicos que transitam entre corpos humanos, mas elementos-chave nas economias contemporâneas: cliques, page views, compartilhamentos, lives, likes, ofertas de cursos, capacitações e sistemas de amplificação e circulação das expertises. A perspectiva da economia política da esperança no Brasil aponta que os coletivos ou famílias envolvidas na militância dedicam pouca energia para atividades relativas ao desenvolvimento de pesquisas científicas, preferindo investir suas forças para interpelar órgãos públicos com vistas à elaboração, implementação e aperfeiçoamento de políticas públicas de saúde e assistência social sensíveis às suas condições de saúde. Observamos movimentos de importação de discursos, tecnologias e práticas de cuidado produzidos sobretudo nos EUA, absolutamente descolados de seu contexto sociocultural e dos processos que levaram a seu

surgimento.

A disputa por expertise e representatividade produzem, no cenário de uso massivo de redes sociais em tempos de ressurgimento global dos governos de extrema direita, arenas de árduos e viscerais debates e disseminação de boatos e informações de consistência duvidosa. As identidades “pai/mãe de autista/autista” são muito potentes no sentido de mobilizar afetos e, com isso, auferir legitimidade para ocupar posições no jogo retórico/político. Estes lugares de fala se sobrepõem tanto ao lugar de saber formal como aos argumentos e à experiência de grupos de autistas ativistas (selfadvocates) nos tensionamentos que vão delineando as políticas públicas. A condição de “especialistas em seus próprios filhos” toma premência no debate, desloca o lugar do saber técnico científico, e a dimensão experiencial do autismo em primeira pessoa da discussão. Todavia, esses pais não percebem que suas esperanças, por vezes, acabam por engendrar um mercado de “soluções” - dados demográficos, protocolos de detecção, tratamentos, cursos de capacitação, leis etc. Por prescindir do arcabouço técnico-científico adequado, visam apenas capturá-los em um mercado de serviços que não necessariamente atende às necessidades de seus filhos ou lhes assegura os direitos previstos no ordenamento jurídico (Lugon & Andrada, 2019). Vemos isso se propagar em larga escala nas redes sociais, assumindo dimensões assustadoras.

As mudanças nos manuais classificatórios estão entre as possíveis justificativas para o aumento de casos de TEA, como a realizada no DSM-V com a noção de espectro. Ao flexibilizarem critérios diagnósticos, acabaram por ampliar consideravelmente o número de pessoas passíveis de serem diagnosticadas. A acurácia do diagnóstico também é um ponto de fragilidade e importante a ser considerado em pesquisas.

Segundo Timimi (2020), o mainstream da construção do autismo apresenta inconsistências na própria definição conceitual que abrange quadros clínicos com sintomas diversos, inespecíficos, e passíveis de serem facilmente confundidos com outras condições. Em um movimento antagônico, apesar da instabilidade do diagnóstico de TEA, o mercado de tratamentos e serviços cresce e se estabiliza cada vez mais.

Ao analisar as alterações no conceito de autismo, Russel (2021) destaca que a tendência atual de aumento do diagnóstico tem na população de crianças, especialmente as de inteligência normal ou acima da média, a principal base de sustentação.

Ainda que não haja consenso entre os pesquisadores sobre o real aumento da incidência ou da prevalência de TEA na atualidade, a incidência do tema na produção acadêmica de diferentes áreas do conhecimento e nas mídias sociais mostra que o autismo transmutou de um transtorno raro (Kanner, 1943) para um diagnóstico frequente e popularizado. O aumento da visibilidade do autismo tem se dado, principalmente, através da propagação de uma retórica de epidemia, associada à ideia de risco para a população, particularmente a de crianças, e consequente necessidade de intervenção – mais especificamente, de intervenção urgente, precoce, intensiva e especializada. O panorama da difusão e a arquitetura da expansão diagnóstica de TEA no contexto brasileiro atual são constituídos por componentes públicos e mercadológicos, articulados de forma não necessariamente planejada, que configura um cenário complexo e multifacetado, decididamente orientado para ampliação de lucro e poder, muito mais do que para ampliação de direitos e qualificação do cuidado para pessoas autistas (Fernandes et al., 2025).

O paradigma biologicista de doença mental, predominante no campo de saúde mental e nas redes sociais, domina o que se concebe hoje supostamente como “pensamento científico” (Freitas e Amarante, 2017). Seguindo este raciocínio, o conhecimento que não se enquadra na chancela dos discursos das tecnociências passa a não ser reconhecido como o que se compreende por um saber científico, modulado por argumentos que não contemplam o aparato metodológico proposto pelas ciências sociais e humanas. Nessa perspectiva, a comunidade científica exerce um papel central, principalmente por realizar discussões que levam à produção e aceitação de consensos sobre conhecimentos produzidos e reconhecidos pela sociedade. Isso não nega que tais consensos respondam, em alguma medida, a aspirações e interesses sociais que excedam a comunidade científica, algo esperado, uma vez que não é possível realizar uma separação completa entre comunidade

científica e a sociedade à qual ela pertence (Beer, 2023). Pelo contrário, espera-se que a comunidade científica e a sociedade possam caminhar ombro a ombro e intercambiar conteúdo.

Além do fato de o deslocamento do modelo psicanalítico e a aproximação das neurociências terem possibilitado que os pais fossem desresponsabilizados e desimplicados dos destinos subjetivos dos filhos, a biologização (e/ou a neurologização) da doença mental — seja ela autismo, esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar, dentre outras — leva a um distanciamento subjetivo da doença, que é tratada mais ou menos como uma doença física. O indivíduo é desresponsabilizado na medida em que sofre um processo de distanciamento subjetivo da doença, a qual é desestigmatizada por ser uma condição cerebral (Luhmann, 2000).

As críticas feitas à psiquiatria biológica não devem impedir de reconhecer que ela trouxe a desculpabilização de pacientes e familiares por suas psicoses, seus transtornos alimentares, anorexia, autismo e esquizofrenia. Ao passo que a doença mental diz respeito à identidade, o transtorno cerebral diz respeito ao corpo (cérebro). Se for um problema do cérebro, então o indivíduo não é culpado e, sobretudo, ele não é essa doença, ela não define a sua identidade. Em face da psicologização da doença mental, o cerebralismo pressupõe uma dessubjetivação. No caso dos movimentos da neurodiversidade acontece que o cerebralismo constitui uma marca naturalizada — o indivíduo é autista (e não tem autismo) — não pelo autismo ser uma doença mental, mais precisamente porque é uma “conexão atípica” (atypical wiring) do cérebro (Dumit 2004).

De acordo com Dekker (2006), a posição da comunidade autista é clara: “autismo não é nem uma deficiência física (corporal), nem uma doença mental: é uma deficiência neurológica”. A cerebralidade do transtorno é assumida como um fato por parte da comunidade autista, nunca é colocada em questão, aparecendo no termo (neuro) diversidade. Nesse aspecto, eles coincidem com as associações de pais de autistas, os quais também privilegiam a etiologia cerebral e genética do transtorno.

O progresso das neurociências, o intenso processo de popularização pela mídia de neuroimagens, as informações que associam a atividade cerebral a praticamente todos os aspectos da vida e certas características estruturais da sociedade atual vêm produzindo, no imaginário social, uma crescente percepção do cérebro como detentor das propriedades e autor das ações que definem o que é ser alguém. Nas últimas décadas, precipitaram-se as condições para o surgimento dessa nova figura antropológica. Entre elas, o fortalecimento do cientificismo; o apagamento da política e das práticas sociais que faziam apelo ao sujeito como autor de sua existência individual e coletiva; a emergência de uma cultura da objetividade que valoriza a imagem em detrimento da palavra e da interpretação (Nunes & Ortega, 2016).

O sujeito cerebral constitui uma figura antropológica privilegiada na biossociabilidade. O cerebralismo da subjetividade deve ser entendido no contexto da cultura das bioidentidades, na qual o chamado “programa forte” das neurociências (Ehrenberg, 2004) — aquele que, fundindo neurociência e psiquiatria, identifica conhecimento de si e conhecimento do cérebro, mente e cérebro, transformando o cérebro em ator social — possui cada vez maior aceitação. O sujeito cerebral dá lugar à aparição de práticas de si e formas de cuidado visando o funcionamento cerebral (Nunes & Ortega, 2016) em detrimento de outras variáveis que atravessam e também influenciam no que se considera saúde ou doença, como os determinantes sociais de saúde.

A preocupação com a saúde mental é expressa basicamente por meio de um discurso forjado pela assim chamada “psiquiatria biológica”, termo vago para designar a abordagem da doença mental em termos de transtornos/déficits e distúrbios atribuídos ao funcionamento cerebral, bioquímico, verificáveis experimentalmente, tratáveis prioritariamente pela intervenção química de fármacos e, por alguns tipos de psicoterapias, cujo foco é a mudança no comportamento de modo geral.

Nesse sentido, observamos a associação entre a indústria da tecnologia (*big techs*) associada ao Complexo Industrial do Autismo (Broderick, 2022) e dos transtornos mentais. Esta seria uma maneira de compor um sistema que trabalha para fabricar a doença mental enquanto mercadoria, transformando categorias

diagnósticas psiquiátricas como autismo, TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), ansiedade, depressão, TOD (Transtorno Opositor Desafiador) em matéria prima para extração de lucro, monetização e giro de capital.

Broderick (2022) sugere que essas narrativas sustentam um sistema complexo que pode não ser necessariamente do melhor interesse das pessoas autistas, deixando pouco espaço para agência autista ou para outros modos de cuidar, ou outros modos de ser que não se deixam capturar pela narrativa mercantilista hegemônica. É importante destacar o papel das redes sociais na difusão e construção destas narrativas. Este tema será aprofundado em outro estudo.

Identifica-se no contexto brasileiro que o cenário mercadológico do autismo tem permeado diferentes setores econômicos, que perpassam pelo campo privado (expansão das clínicas exclusivamente destinadas a autistas, oferta de inúmeros cursos de formação para pais e familiares, gastos com planos de saúde), pelo filantrópico (criação de serviços com destinação específica ao diagnóstico de autismo), e pela oferta de produtos/bens de consumo, até ao uso do autismo enquanto estratégia de marketing digital.

Esse requintado sistema tanto alimenta como é alimentado por narrativas culturais que giram em torno das ideias de reconhecimento e rastreamento de patologias como que determinadas intervenções são as principais (talvez únicas) apropriadas para lidar com pessoas que passam a se reconhecer através da descrição destas condições descritas nos manuais de psiquiatria. Assim, verifica-se o giro de uma economia/lógica de mercado que captura e transcende o campo da saúde mental, abrangendo o marketing, marketing digital e economia de mercado.

Considerações finais

Conforme foi discutido ao longo deste artigo, podemos observar que algumas questões sobre os impactos do diagnóstico do TEA precisam ser consideradas. Seu alcance e seus limites têm se ampliado demasiadamente, dilatado suas fronteiras, capturando formas diferentes de ser e estar no mundo. Por isso, tem exigido constante discussão na arena pública, posto que além dos direitos associados ao diagnóstico, este produz efeitos nos discursos sociais, especialmente naqueles produzidos e difundidos nas redes sociais que fomentam um enorme mercado de vendas e consumo para tratamentos e formações diversas. Qualquer decisão acerca de um ponto de corte ao longo do espectro do transtorno autista será arbitrária, resultante de interesses e lobbys de determinados grupos, contudo, a amplitude do diagnóstico promove outros impasses que necessitam ser problematizados em estudos posteriores.

Há uma necessidade premente de se melhorar a acurácia do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA), no entanto, a falta de diagnóstico diferencial com outras patologias tem sido gritante. Por vezes, parece haver apenas um diagnóstico em psiquiatria infantil, o TEA.

Se, por um lado, a ausência de diagnóstico precoce pode agravar o prognóstico devido à demora da intervenção, por outro, a realização do diagnóstico incorreto de TEA pode gerar erros interventivos de cuidado e fomentar a mercantilização do diagnóstico, gerando custos desnecessários de tratamento, estigmas e rotulações impactantes para a criança ao longo da vida, e a compreensão dos comportamentos infantis a partir de uma lógica diagnóstica.

Em função do exposto, é válido ressaltar a necessidade do incremento de estudos acerca do diagnóstico de TEA que contemplem as dimensões éticas, sociopolíticas, históricas, mercadológicas e psíquicas do cuidado, assim como os impactos subjetivos do diagnóstico. A análise destas dimensões contribui para a construção de estratégias com vistas a superação de agravos, a partir de ações territoriais, colaborativas e intersetoriais, que incluam o trabalho conjunto pais/cuidadores-criança, e considerem as peculiaridades culturais e os determinantes sociais de saúde envolvidos na construção de laços afetivos-parentais e nas práticas de cuidado dentro e fora do registro da medicalização.

Enfatizamos que, apesar de muito se falar sobre “saúde mental” e a área estar em alta nas redes sociais, como também nos campos midiáticos, este movimento não tem como contrapartida a valorização do campo. O apelo cada vez mais intenso direcionado ao campo da saúde mental nas redes seduz ao mesmo tempo em que cria, orienta, indica inúmeros tratamentos, profissionais (com e sem formações) que adquirem autoridade com base no número de seguidores, prescrevendo e proscrevendo condutas, avaliações, rastreio, manipulando discursos, assim como promovendo engajamentos, compartilhamentos, likes, transformando os diagnósticos psiquiátricos em produtos mercantilizáveis e comercializáveis.

Têm sido instalados e fomentados, cada vez mais, discursos baseados no rastreio e identificações de transtornos e distúrbios, alguns (muitos) criados nas próprias narrativas que circulam nas redes, sem respaldo nem mesmo nos manuais de psiquiatria e associados a protocolos variados que são vendidos nas redes. Outros, ainda que se ancorem em algum ponto da perspectiva psiquiátrica biologicista e normativa, em determinado momento se descolam e passam a se orientar pelo discurso religioso, pelo senso comum, ou pelo “achismo” de cada um que se propõe a estabelecer generalizações, universalizações e um para-todos que tende a simplificar questões complexas.

Referências

- Amarante, P. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Fiocruz.
- Asperger, H. (1944). *Autistic psychopathy in children*. Translated In U. Frith (1991) *Autism and Asperger's syndrome*.
- Banzato, C. E. M., & Pereira, M. E. C. (2014). O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. In R. Zorzanelli, B. Bezerra Jr., & J. F. Costa (Orgs.), *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea* (pp. 35-54). Garamond. <https://books.google.com.co/books?id=M1RSDwAAQBAJ&lpg=PT4&ots=LTjIXDOdUf&dq=Zorzanelli%2C%20B.%20Bezerra%20Jr.%2C%20J.%20F.%20Costa&lr&hl=es&pg=PA1#v=onepage&q&f=false>
- Beer, P. (2023). *Verdade e sofrimento: psicanálise, ciência e a produção de sintomas*. Editora Perspectiva S/A.
- Bettelheim, B. (1967). *Empty fortress*. Simon and Schuster.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Deuticke.
- Brasil. Portaria GM nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Normatiza os CAPS I, CAPSII, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*.
- Brasil. Lei nº 10.764, de 27 de dezembro de 2012. *Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2014). *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2015). *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*. Ministério da Saúde.
- Broderick, A. A. (2022). *The autism industrial complex: How branding, marketing, and capital investment turned autism into big business*. Myers Education Press.
- Caram, C. M. (2003) Clínica: uma criança em análise e seus efeitos no par familiar. In: MEIRA, Yolanda Mourão (Org.). *O porão da família: ensaios de psicanálise* Casa do Psicólogo.
- Chericoni, N., de Brito Wanderley, D., Costanzo, V., Diniz-Gonçalves, A., Leitgel Gille, M., Parlato, E., & Muratori, F. (2016). Pre-linguistic vocal trajectories at 6–18 months of age as early markers of autism. *Frontiers in Psychology*, 7, 1595. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01595>
- Crawford, S. (2016). Increased Autism Incidence: Is there a Single Cause?. *Journal of Child and Adolescent Behavior*, (4), 273. <https://doi.org/10.4172/2375-4494.1000273>
- Corrêa, L. M., & Lima, R. C. (2020). Uma etnografia virtual em um grupo sobre o transtorno bipolar: sociabilidades e saberes produzidos no meio on-line. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190882. <https://doi.org/10.1590/Interface.190882>
- Dekker M. (2006). *On our own terms: Emerging Autistic Culture*. <https://www.autscape.org/2015/programme/handouts/Autistic-Culture-07-Oct-1999.pdf>
- Dumit, J. (2004). *Picturing personhood: Brain scans and biomedical identity*. University Press.

- Ehrenberg, A. (2004). "Le sujet cerebral". *Esprit*, 309, 130-155.
- Fernandes, A., Couto, C., Andrada, B., & Delgado, P. (2025). A expansão do diagnóstico de autismo no contexto brasileiro atual: incidência nas políticas públicas e na organização do cuidado. *Desidades*, 41, 75-100. <https://doi.org/10.54948/desidades.v1i41.68499>
- Freitas, F., & Amarante, P. (2017). Medicalização em psiquiatria. Rio de Janeiro: IOCRUZ.
- Hultman, C.M., Sandin, S., Levine, S.V., Lichtenstein, P., & Reichenberg, A. (2011). Advancing paternal age and risk of autism: new evidence from a population-based study and a meta-analysis of epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 16, 1203-1212. <https://doi.org/10.1038/mp.2010.121>
- Kanner, L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact*. In Gérard Berquez, L'autisme infantil (pp. 217-250). PUF.
- Kupfer, M.C.M., Bernardino, L.M.F., & Mariotto, R. M.M. (2015). Metodologia IRDI: Uma intervenção com educadores de creche a partir da psicanálise. In Kupfer, M.C.M., Bernardino, L.M.F. & Mariotto, R.M.M. (orgs). *De bebê a sujeito: a Metodologia IRDI nas creches*. (p. 15-24). 1. ed. Escuta/FAPESP.
- Latif, S. (2016). The ethics and consequences of making autism spectrum disorder diagnoses. In *Re-thinking Autism: Diagnosis, Identity and Equality* (p. 288). Jessica Kingsley Publishers
- Laznik, M. C., Maestro, S., Muratori, F., & Parlato, E. (2005). Les interactions sonores entre les bébés devenus autistes et leurs parents. *Au commencement était la voix*, 171-181.
- Laznik-Penot, M-C. (1997). Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In Wanderley, D. *Palavras em torno do berço*. Salvador, Ágalma.
- Lugon, R. A., & Andrada, B. C. (2019). Militâncias de familiares de autistas e a economia política da esperança no Brasil de 2019. *Saúde mental infantojuvenil: territórios, políticas e clínicas de resistência*. Santos: Unifesp, 89-103.
- Mahler, M. (1968). *Psychose infantile*. O. Jacob.
- Meltzer, D. (1975). *Explorations dans le monde de l'autisme*. Payot.
- Miller, d., & Slater, D. (2000). *The Internet: an ethnographic approach*. Berg.
- Nunes, F., & Ortega, F. (2016). Ativismo político de pais de autistas no Rio de Janeiro: reflexões sobre o "direito ao tratamento". *Saúde e Sociedade*, 25, 964-975. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016163127>
- Oliveira, B. D. C. D., Feldman, C., Couto, M. C. V., & Lima, R. C. (2017). Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27, 707-726. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300017>
- Oliveira, B.D.C. (2015). *Análise das políticas públicas brasileiras para o autismo: entre a atenção psicossocial e a reabilitação*. (p.143) Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Ortega, F. (2008). O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. *Mana*, 14(2), 477-509. <https://doi.org/10.1590/S0104-93132008000200008>
- Pereira, M. E. C. (2019). Projeto de uma (psico) patologia do sujeito (I): Redefinição do conceito de psicopatologia à luz da questão do sujeito. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 22(4), 828-858. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2019v22n4p828.10>
- Pinto, R.N., Torquato, I.M., Collet, N., Reichert, A.P., Souza, V.L., & Saraiva, A.M. (2016). Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(3), e61572. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61572>
- Rosenberg, C. E. (2002). The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *The Milbank Quarterly*, 80(2), p.237-260. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.t01-1-00003>
- Rosenberg, C.E. (2006). Contested Boundaries: psychiatry, disease, and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(3), p.407-424. <https://doi.org/10.1353/pbm.2006.0046>
- Runswick-Cole, K., Mallet, R., & Timimi, S. (2016). *Re-thinking Autism: Diagnosis, Identity and Equality*. Jessica Kingsley Publishers.
- Russel, G. (2021). The Rise of Autism: risk and resistance in the age of diagnosis. New York: Routledge.
- Timimi, S. (2020). *Insane medicine: How the mental health industry creates damaging treatment traps and how you can escape them*. S. Timimi.
- Travassos-Rodriguez, F. (2019). Psicoterapia para pais de crianças com transtorno do espectro autista. In Federação Brasileira de Terapias Cognitivas, C. B. Neufeld, E. M. O. Falcone & B. P. Rangé. (Orgs.). PROCOGNITIVA - Programa de atualização em terapia cognitivo comportamental. Ciclo 4. (pp. 127-72). Artmed Panamericana. (Sistema de educação continuada a distância, v.4).
- Wing, L. (2012). *The Autistic Spectrum: Revised edition*. Hachette.