UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

NATALIE ANDRADE MAS

**Transtorno do Espectro Autista – história da construção de um
diagnóstico**
(versão original)

São Paulo
2018

NATALIE ANDRADE MAS

**Transtorno do Espectro Autista – história da construção de um
diagnóstico**
(versão original)

Texto de dissertação de mestrado, referente ao projeto de pesquisa “Transtorno do Espectro Autista – história da construção de um diagnóstico”, desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia da USP, sob orientação de Prof. Dr. Christian Ingo Lenz Dunker e subsídio da Coordenaria de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES).

São Paulo
2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Mas, Natalie Andrade

Transtorno do Espectro Autista- história da construção de um diagnóstico / Natalie Andrade Mas; orientador Christian Ingo Lenz Dunker. – São Paulo, 2018.

103 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

1. autismo. 2. transtorno do espectro autista. 3. TEA. 4. diagnóstico psiquiátrico. 5. DSM. I. Dunker, Christian Ingo Lenz, orient. II. Título.

Nome: Natalie Andrade Mas

Transtorno do Espectro Autista – história da construção de um diagnóstico

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Resumo

A presente pesquisa tem como objetivo investigar o percurso histórico da classificação psiquiátrica Transtorno do Espectro Autista (TEA). Os deslizamentos taxonômicos desde sua primeira forma, o Autismo Precoce, nas cinco versões de um dos principais sistemas de classificação psiquiátricas utilizados no Brasil, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), trouxeram impactos socioeconômicos, éticos e políticos que merecem ser observados com cautela. Essa nova forma de diagnosticar o autismo não se mostrou nada sutil, uma vez que se trata de uma categoria nosográfica muito abrangente e que trouxe consigo uma epidemia de diagnósticos de TEA. Para alcançar esse objetivo, foram utilizadas as pesquisas bibliográfica e documental. Na discussão final, propomos, com base na investigação realizada, um olhar crítico para a comodificação da psicopatologia denominada TEA.

Palavras-chave: autismo, transtorno do espectro autista, TEA, diagnóstico psiquiátrico, DSM.

Abstract

The purpose of this research is to investigate the historical path of the Autism Spectrum Disorder (ASD) psychiatric classification. The nomenclature changes since its initial form, Autism Infantile, contained in the five versions of one of the main psychiatric classification systems used in Brazil, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) have generated socio-economic, ethical and political impacts that need be carefully analyzed. This new method of diagnosing autism has proven to be not subtle at all, since it pertains to a very comprehensive nosographic category and which gave rise to an epidemic of ASD diagnoses. In order to meet such purpose, we used bibliographic and documentary researches. In the final discussion we propose, from the investigation conducted, a critical analysis on the commodification of the psychopathology referred to as ASD.

Key-words: Autism, Autism Spectrum Disorder, ASD, psychiatric diagnosis, DSM.

Agradecimentos

Pesquisar se revelou um trabalho que se faz a sós, mas nem tanto. São necessários muitos outros por perto para que esse processo se inicie, não desabe durante seu percurso e possa ser concluído em tempo. Por isso, agradeço em primeiro lugar àqueles que me despertaram a pergunta que deu chão a todo esse trabalho de pesquisa, MR e seus pais. Nossos pouco mais de dois anos de acompanhamento terapêutico permitiram que as dimensões clínica e política do tratar em psicanálise deslizassem – diante da ausência de palavras e insistência do entorno por um diagnóstico – para lugares tão potentes e singulares.

Em segundo lugar, mas não menos importantes, agradeço: aos meus avós Jaime (*in memorian*), Angeles e Maria Auxiliadora (*in memorian*), raízes da força, sabedoria e determinação que possibilitaram através do enfrentamento de guerras, manejo de terras e atravessamento de oceanos que chegássemos até aqui com tantas histórias para contar; aos meus pais, Sueli e Vicente, a quem sou grata pelo amor, pela dedicação, pelas principais lições de vida e por todas as memórias de uma vida em família; ao meu irmão, Albert, parceiro desde a infância, e que, hoje, me escuta tão bem quando conversamos; à minha cunhada, Alessandra, que há mais de dez anos encanta pela discrição e delicadeza.

Agradeço ao meu companheiro de vida, João Paulo, por me surpreender todos os dias com a potência de um amor e parceria antes inimagináveis; à Dna. Teresa, que nos presenteia com cuidado, pães e carinho sempre.

À Liana, amiga amada, comadre querida e companheira de luta, sem a qual a vida não teria se tornado um lugar tão meu, e por ter me presenteado com as minhas afilhadas Nina e Maria, que tanto amo.

À minha querida amiga Pri, que há 28 anos me faz perceber que história faz lastro e que nós é que somos responsáveis por sua continuidade.

Aos queridos amigos e afilhados Gustavo e Marina Brandileone, que mesmo com a distância continental são tão presentes no coração.

Ao Mike Torregrosa Mira, pelas ajudas de tradução e companhia em terras hispanofamiliares. À Vivianne, Miguel, Javi, Bernad, Bernadito, Mari Carmen, Elisa Maria, Merche, las melissas Eva y Andrea, Inma, tio Justo (*in memorian*) y tia Eulogia, mis otros abuelitos.

À Maria Letícia Oliveira, amiga querida e tão cara, que com a frase “os amigos dos meus amigos são meus amigos também” me apresentou um mundo de amizades e encontros preciosos. E ao Leandro Durand, que tem o dom de fazer tudo acabar em celebrações saborosíssimas. E à Elisa, por me lembrar dos percursos da fraternidade.

À Nina Belloni, pela amizade firme e que dispensa meias palavras e à sua Emy, sempre tão carinhosa.

Ao Pedro Ambra, pelas ponderações tão caras, conversas tão importantes e expressões faciais orientadoras dos dizeres na polis. À sua rainha, Gabi, pela amizade que suporta ponderar, escutar e compartilhar ideias e planos.

À Clarice Paulon, que se tornou amiga à primeira vista, exemplo de força e determinação em tantos caminhos. Ao Zé, pelas provocações que movimentam o pensar.

À Bel Tatit e Rodrigo Alencar, butantes queridos, amigos de encontros tão gostosos e que presentearam o mundo com Lucas e Martin.

Ao Paulo Sérgio de Souza Jr, pelas conversas, risadas e tantas traduções importantes.

À Anna Turriani, que traz música à minha janela, e que, com sua amizade e parceria, me apresenta uma outra forma de cuidado com a vida.

Ao João Felipe Domiciano e Lucas Bulamah, amigos de almoços, conversas, provocações e risadas imprescindíveis.

À Eleonora Branco, pela amizade gentil, carinhosa e parceira de todos os dias.

À Carla Rigamonti, amiga carinhosa que mostrou a possibilidade de compartilhar espaços.

À Dulce Coppedê, amiga com força e ânimo admiráveis.

À Viviana Venosa, pela amizade e cuidado com a crítica.

Ao Tom Bojarczuk, pela revolução batateira.

À Maria Cristina Barbetta Mileo, amiga querida e acolhedora.

À Flávia Strumpf, amiga de sonhos e projetos desde a graduação.

À Claudia Simionato, por dar à perda o destino da amizade.

Ao Marcelo Checchia, pela calma tão incentivadora.

Aos que mesmo não tão perto do processo de pesquisar contribuíram de alguma forma importante: Paulo Beer, Luíza Goulart, Flavio Bragaia, Carolina Colombo, Diego Penha, Karina Bueno, Gabriela Berna, Lua Santosouza, Daniele Sanches, Mario Senhorini, Henrique Senhorini, Liliane Prata, Paula Noia, Rafael Lomeu, Mariana Bogar, Estrela Strauss, Natália Ribeiro, Katuscha Fagury, Helloiza Abdalla, Mario Fruguell, Babi Cordovani, Baldela, Franco, Carlos Rigolo, Marina Ratton, Carolina Pezzoni, Henrique Lenza, Eliane Brum, Mauro César Terra Pinto, Priscila Bayer, Wilson Nunes, Carolina Macedo Pinto, Guilherme Klaussner, Milton Cukierkorn, Beatriz Andreazza, Gael

Cukierkorn, Olda Andreazza, Beto Paiva, Angela Barbosa, Marcelo Carnevale, Triana Paiva, Vicenti de Paula, Antônio Carlos Paiva, Juçara Almeida, Nando Paiva, Elaine Paiva, Gui, Isa.

À Renata Petri, por me escutar na direção da potência.

Ao Welson Barbato (*in memorian*), por me escutar na direção da lógica que formaliza um percurso.

À Bia Almeida, por me escutar mais ainda.

À Michele Roman Faria, pelas formas preciosas de transmitir e reunir.

À Angela Vorcaro, pela sinergia.

À Leda Bernardino, pela disponibilidade tão pronta.

À Vera Iaconelli, pelos exemplos e colunas.

Aos amigos de Iquitos: Caio, Helô, Anna Carolina, Catarina Pires, Thaís Araújo, Livia Ciscato, Flora, Laura Bechara e Barbara Carro.

À Rede Clínica do Laboratório Jacques Lacan, pela articulação.

A todos que participaram e ainda participam do grupo de orientação: Jaqueline Cardoso, Hugo Lana, Rafael Alves, Pedro Obliziner, Elizabeth Brose, Miriam Pinho, Helena Lima, Priscila N. David, Rafael Cossi, Priscilla Santos de Souza, João Victor Santos, Tiago Ravanello, Mayla Di Martino, Ramaiana Cardinalli, Vanessa D'Afonseca, Clóvis Eduardo Zanetti, Augusto Ismerim, Patrícia Moura, Marcus Cesar Ricci Teshainer, Nadir Lara Júnior, Leilyane Masson.

À (princesa) Renata Bazzo, pela destreza nas leituras e seriedade nos comentários.

À Ilana Katz, pela transmissão desde os tempos de NEPPC, por sua militância e compromisso com a ética, pelos sábados e feriados de leitura e direcionamentos na escrita.

Ao Christian Dunker, pela qualidade tão rara dos ensinamentos, transmissões e orientações.

Às secretárias do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Claudia Rocha e Camila, pelas informações e indicações tão necessárias para saúde mental dos pós-graduandos.

A CAPES, pela bolsa que possibilitou essa pesquisa.

À clínica psicanalítica, lugar de escuta, cuidado e invenções.

Sumário

I. INTRODUÇÃO.....	14
II. METODOLOGIA DA PESQUISA.....	24
1. Percursos da psiquiatria infantil	26
1.1 Da idiotia à loucura: ingresso da criança no campo psiquiátrico	26
1.2 Da loucura ao espectro	32
2. Breve apanhado sobre a história geral das classificações psiquiátricas	42
2.1 O DSM-I	49
2.2 O DSM-II	55
2.3 O DSM-III	57
2.4 O DSM-IV.....	60
2.5 O DSM-V.....	63
3. Do Autismo infantil Precoce ao Transtorno do Espectro Autista.....	68
4. Espectro para além do DSM: considerações finais	86
Referências bibliográficas	100

I. INTRODUÇÃO

As revisões periódicas das classificações diagnósticas psiquiátricas costumam despertar grande interesse dos profissionais, porque, por um lado, elas partem dos balanços sobre as conquistas, impasses e fracassos das versões anteriores e, de outro, porque, com base nelas, são traçados novos rumos no campo (BANZATO, 2004)¹. Atualmente, a Saúde Pública Brasileira adota dois principais sistemas de classificação:

1) a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, comumente designada pela sigla CID, publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que pode ser usada para estatísticas de morbidade e de mortalidade, sistemas de reembolso e de decisões automáticas de suporte em medicina; esse sistema foi desenhado para permitir e promover a comparação internacional de coleção, processamento, classificação e apresentação do tipo de estatísticas (CREMESP, 2012)² e encontra-se em sua 10ª edição;

2) o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais, designado como DSM, atualmente em sua quinta versão, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, para definir como é feito o diagnóstico de transtornos mentais, e também com objetivos que visam ao auxílio das decisões sobre as melhores aplicações dos recursos financeiros públicos com base em dados estatísticos.

Treze anos atrás, esses dois sistemas encontravam-se em um momento de revisão. Foi uma época rica em debates entre profissionais da Saúde acerca da necessidade e forma

¹ BANZATO, Cláudio E. M.. O que (não) esperar das classificações diagnósticas em psiquiatria. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* [online]. 2004, vol.7, n.1 [cited 2018-03-22], pp.97-105. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142004000100097&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1415-4714. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47142004001009>.

² https://www.cremesp.org.br/pdfs/cid10_ultimaversaodisponivel_2012.pdf

das classificações. Para a presente pesquisa, um dos temas presentes nesses debates segue tendo um valor especial: a importância relativa das classificações psiquiátricas, que o psiquiatra Cláudio Banzato explica na seguinte passagem de seu artigo *O que (não) esperar das classificações em psiquiatria*, 2004,

Não raramente constatamos que profissionais da área se queixam de que sistemas diagnósticos baseados em critérios explícitos e observáveis, como o DSM-IV e o capítulo V da CID-10 (dedicado aos transtornos mentais), **conformam em demasia a prática clínica da especialidade, estabelecendo regras para assegurar a legitimidade dos procedimentos que têm lugar no contexto do encontro clínico, legislando enfim sobre as bases estritas nas quais a clínica supostamente deveria repousar.**³ Curiosamente, é interessante notar que tais manifestações, em geral, vêm acompanhadas de críticas à falta de relevância clínica dos mesmos sistemas. Não é difícil, entretanto, conciliar os dois aspectos mencionados: é como se, em tese, a prerrogativa dos sistemas de determinar a clínica fosse aceita, mas seus resultados (modelos e propostas), ficassem muito aquém das expectativas dos profissionais. (BANZATO, p. 98, 2004)

Esse trecho enfatiza o desencontro entre o fazer clínico e o que pode ser produzido cientificamente a partir dele no campo da Saúde Mental. Tal discrepância nos permite questionar a validade dos dados estatísticos recolhidos desses sistemas, já que, frequentemente, de acordo com o autor, nos deparamos com a supracitada falta de relevância clínica dos mesmos. Ou seja, estariam os governos aplicando recursos financeiros públicos baseados em resultados que, segundo os profissionais da Saúde Mental, não são clinicamente relevantes? Por quê?

Sabe-se haver uma íntima ligação entre o desenvolvimento de sistemas classificatórios e a busca por uma ancoragem científica para a Psiquiatria, como se a cunhagem de um sistema classificatório o mais universalizável possível fosse o suficiente

³ grifos nossos

para edificar a consistência de um campo (BANZATO, 2004) que, paradoxalmente, tem como condição ser atravessado por incontáveis variáveis humanas.

Existe uma íntima ligação entre o desenvolvimento dos sistemas classificatórios nas últimas três décadas e a busca de uma ancoragem científica para a psiquiatria, especialidade médica que já enfrentou, no passado, diversas crises de legitimidade. As razões para os questionamentos da psiquiatria fogem ao objetivo deste artigo, mas podemos afirmar que elas variaram ao longo do tempo, embora sempre girando em torno da influência de valores sociais na delimitação do seu objeto (os transtornos mentais), dos contornos pouco precisos do mesmo, das infundáveis disputas no interior da disciplina, da sua problemática articulação com o corpo de conhecimento da medicina, dos modismos diagnósticos a que frequentemente sucumbe e da suposta arbitrariedade de algumas de suas intervenções. (BANZATO, p.98, 2004)

Mas, o que o autor se pergunta e que parece imprescindível recuperar é:

Como organizar o campo psiquiátrico de modo a permitir pesquisas metodologicamente rigorosas e como aproveitar clinicamente seus resultados são perguntas que traduzem bem esse desafio. A aposta mais recente da psiquiatria nesse sentido foi a do estabelecimento de uma unificadora ‘linguagem comum’, tida como condição para a replicabilidade dos estudos. A nomenclatura que deveria fazer as vezes dessa linguagem comum proviria das classificações diagnósticas, baseadas em critérios explícitos. (BANZATO, p. 98-99, 2004)

Esse momento de revisão da classificação norte-americana durou quase dez anos, e já se passaram quase cinco desde a publicação de sua quinta versão, o DSM-V. São várias as mudanças que surgiram nessa versão, mas uma especialmente é o objeto do presente trabalho: o acréscimo de uma classificação diagnóstica, o Transtorno do Espectro Autista, TEA. Entender sua emergência, precisar o que tal categoria unifica, clareando ou obscurecendo regularidades do sofrimento infantil é a tarefa desta pesquisa.

A comunicação de uma categoria diagnóstica chamada *Autismo Infantil* foi realizada pela primeira vez à comunidade médica em 1943⁴ pelo médico e psiquiatra Leo Kanner. Este observou onze crianças:

A maioria dessas crianças foram trazidas à clínica com diagnóstico de intensa debilidade mental ou de deficiência auditiva. Os testes psicométricos registraram cocientes de inteligência muito baixos, e a falta de reação aos sons, ou resposta insuficiente a estes, confirmaram a hipótese de surdez; mas um exame metódico demonstrou que o transtorno básico encobria a capacidade cognitiva das crianças. Em todos os casos se estabeleceu que não havia deficiência auditiva.

O denominador comum desses pacientes é sua impossibilidade de estabelecer desde o começo da vida conexões ordinárias com as pessoas e as situações. Os pais dizem que eles querem ser autônomos, que se recolhem, que estão contentes quando são deixados sozinhos, que agem como se as pessoas que os rodeiam não estivessem, que dão a impressão de sabedoria silenciosa. As histórias clínicas indicam que há, invariavelmente, desde o começo, uma extrema inclinação à solidão autista, afastando tudo o que do entorno tenta se aproximar deles. (KANNER, 1966, p. 720, *tradução nossa*)

Kanner também traz outras informações sobre essa “forma de adaptação” (sic), como, por exemplo, seu início precoce, as particularidades da aquisição da fala e seu uso, o desejo ansiosamente obsessivo dessas crianças, a fúria resultante de mínimas mudanças em suas rotinas ou ambientes, especificidades sobre a forma com a qual essas crianças se relacionavam com objetos e pessoas, e outras que serão aprofundadas mais adiante. Passadas quase oito décadas dessa comunicação, a descrição fenomenológica de Kanner deslizou de uma categoria de dentro da esquizofrenia para uma subcategoria dos transtornos do neurodesenvolvimento, denominado de transtorno do espectro autista, que, segundo o DSM-V, 2015:

caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de

⁴ KANNER, L. *Psiquiatria infantil*. Buenos Aires: Editorial Psique & Editorial Paidós, 1966, p.720.

comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. (APA, 2015. p. 31)

Os impactos sociais, éticos e políticos dessa nova forma de diagnosticar o autismo, com base em seus deslizamentos taxonômicos, não se mostraram nada sutis. Por exemplo, o DSM-III, 1980 (o primeiro DSM a trazer o autismo como uma classificação psiquiátrica) afirmava estatisticamente existir uma variação de dois a quatro casos de autismo infantil a cada 10 mil crianças. Segundo o que comunicaram os Centros de Controle e Prevenção de Doença⁵ em 2014, esta estatística atualmente está em torno de uma a cada 68 crianças, o que representa um número 7350 vezes maior do que há 34 anos. Assim, a escolha por esse objeto de pesquisa se deu porque a introdução de uma categoria globalizante, com a finalidade de estabelecer uma “unificadora ‘linguagem comum’”, infelizmente, exemplifica os efeitos que podem advir dessa pretensão, a saber, uma epidemia de pessoas, incluindo crianças e bebês, diagnosticados com TEA.

Olhar para essa epidemia diagnóstica e tentar entendê-la, desde o lugar de pesquisadora e psicanalista, dentro de cenários mais amplos como a Saúde Pública em alguns países, é se deparar, inevitavelmente, com, pelo menos, uma pergunta: como foi que tantas crianças passaram a ser diagnosticadas como autistas em tão pouco tempo?

Apesar de não ser por onde essa pesquisa irá percorrer, a primeira hipótese que vem como tentativa de compreensão acerca da responsabilidade desse aumento estatístico seria uma real majoração de pessoas com autismos, o que nos levaria a questionar, por exemplo, o que é que pode estar favorecendo essa forma de constituição psíquica. Há

⁵ Centers for Disease Control & Prevention (CDC), disponível em <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/Committees-Councils-Sections/Council-on-Children-with-Disabilities/Pages/Recent-Information.aspx>

clínicos enveredando seus estudos por esse caminho. O efeito das tecnologias nas formas de laços sociais desde a primeira infância e como elas estariam atravessando e modificando processos fundamentais, como a aquisição da fala em casos de crianças ou a substituição das relações pessoais pelas relações virtuais em casos de jovens e adolescentes, já estão sendo olhadas com cuidado. O livro recentemente organizado pelas psicanalistas Julieta Jerusalinsky e Angela Baptista, *Intoxicações Eletrônicas: o sujeito na era das relações virtuais*⁶, é uma boa fonte de trabalhos teóricos na direção de investigação sobre:

meninos de verdade que são habitados por falas de autômatas, vindas de suas relações com teclas e telas, intoxicados pelos aparatos eletrônicos expostos a comandos fixos que falam neles. (p. 10)

e, portanto, de desenvolvimento de um arcabouço teórico que ajude a pensar na direção do que poderia estar favorecendo culturalmente a particularidade dessa forma de constituição psíquica. Trabalhos respaldados na Epigenética, como *The Genetic Landscapes of Autism Spectrum Disorders*⁷, *The Yin and Yang of Autism Genetics: How Rare De Novo and Common Variations Affect Liability*⁸ e *The Emerging Picture of Autism Spectrum Disorder: Genetics and Pathology*⁹, que investigam a contribuição de fatores ambientais como possíveis contribuintes das psicopatologias, nesse caso, especialmente, para o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, também são bons exemplos de investigações nessa direção, embora a presente pesquisa não vá deter-se neles.

⁶ BAPTISTA, A.; JERUSALINSKY, J. (Orgs) *Intoxicações Eletrônicas: o sujeito na era das relações virtuais*. 2017. Ed. Ágalma. Salvador, BA.

⁷ <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-genom-091212-153431>

⁸ <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-genom-083115-022647>

⁹ <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-pathol-012414-040405>

A segunda hipótese, objeto da presente pesquisa de dissertação, que não pode ser descartada na construção de uma compreensão mais ampla sobre o aumento estatístico do número de pessoas com autismo é que esse evento estaria relacionado à forma de diagnóstico praticada no âmbito da Saúde Pública. Por exemplo, no Brasil, para a obtenção de um diagnóstico que tenha efeitos legais, é necessário um código diagnóstico obtido por meio da CID – fornecido apenas por médicos.

O Autismo infantil (F84.0), o Autismo atípico (F84.1) e a Síndrome de Asperger (F84.5) fazem parte na CID-10 dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (F84). Os Transtornos Globais do Desenvolvimento são descritos como:

Um grupo de transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Estas anomalias qualitativas constituem uma característica global do funcionamento do sujeito, em todas as ocasiões. (OMS, 2008, p.75)

O Autismo infantil é seguido da seguinte descrição:

Transtorno global do desenvolvimento caracterizado por a) um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e b) apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas, por exemplo, fobias, perturbações de sono ou de alimentação, crises de birra ou agressividade (autoagressividade). (OMS, 2008, p. 76)

Já o Autismo atípico é caracterizado da seguinte maneira:

Transtorno global do desenvolvimento, ocorrendo após a idade de três anos ou que não responde a todos os três grupos de critérios diagnósticos do autismo infantil. Esta categoria deve ser utilizada para classificar um desenvolvimento anormal ou alterado, aparecendo após a idade de três anos, e não apresentando manifestações patológicas suficientes em um ou dois dos três

domínios patológicos (interações sociais recíprocas, comunicação, comportamentos limitados, estereotipados ou repetitivos) implicados no autismo infantil; existem sempre anomalias características em um ou em vários destes domínios. O autismo atípico ocorre habitualmente em crianças que apresentam um retardo mental profundo ou um transtorno específico grave do desenvolvimento de linguagem do tipo receptivo. (OMS, 2008, p. 76)

E, por último, a Síndrome de Asperger seria um:

Transtorno de validade nosológica incerta, caracterizado por uma alteração qualitativa das interações sociais recíprocas, semelhantes à observada no autismo, com um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Ele se diferencia do autismo essencialmente pelo fato de que não se acompanha de um retardo ou de uma deficiência de linguagem ou do desenvolvimento cognitivo. Os sujeitos que apresentam este transtorno são em geral muito desajeitados. As anomalias persistem frequentemente na adolescência e na idade adulta. O transtorno se acompanha por vezes de episódios psicóticos no início da idade adulta. (OMS, 2008, p.78)

No entanto, os dois únicos documentos norteadores das políticas públicas brasileiras, publicados pelo Ministério da Saúde, voltados para pessoas diagnosticadas com autismo, as *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*, 2014, e 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*, 2015, são direcionados desde seu nome para pessoas portadoras de Transtorno do Espectro Autista, o TEA, que não existe sob essa insígnia na CID, mas, sim, no DSM-V.

O TEA, classificação diagnóstica inserida no DSM-V, 2013, está pautado no conceito de espectro¹⁰ – utilizado pela primeira vez em 1981 por Lorna Wing para

¹⁰ palavra derivada do latim, *spectrum*, no sentido de 'aparência, visão, fantasma, imaginação, espectro', der. do v.lat. *specĕre*, no sentido de 'olhar, ver, contemplar'; ver espec-, que designa de forma genérica um conjunto de elementos de mesmo tipo considerado como um todo. Disponível em <https://houaiss.uol.com.br/pub/apps/www/v3-3/html/index.php#2>

sustentar a tese de que a Síndrome de Asperger fazia parte do mesmo fenômeno descrito por Leo Kanner em 1943, o Autismo Infantil Precoce – e condensa em si classificações inteiras da quarta versão do DSM que compunham o grupo dos Transtornos Globais do Desenvolvimento

No diagnóstico do transtorno do espectro autista, as características clínicas individuais são registradas por meio do uso de especificadores (com ou sem comprometimento intelectual concomitante; com ou sem comprometimento da linguagem concomitante; associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental), bem como especificadores que descrevem os sintomas autistas (idade da primeira preocupação; com ou sem perda de habilidades estabelecidas; gravidade). Tais especificadores oportunizam aos clínicos a individualização do diagnóstico e a comunicação de uma descrição clínica mais rica dos indivíduos afetados. **Por exemplo, muitos indivíduos anteriormente diagnosticados com transtorno de Asperger atualmente receberiam um diagnóstico de transtorno do espectro autista sem comprometimento linguístico ou intelectual.** (APA, 2015, p. 31-32, *grifos nossos*)

Ou seja, a linguagem comum, importante para a replicabilidade das pesquisas e dos resultados, parece só ser possível se o quadro sintomatológico, no caso do autismo, for reduzido a signos comportamentais. Investigar de maneira crítica esse percurso da classificação em psiquiatria do autismo e seus deslizamentos taxonômicos na história é o que a presente pesquisa pretende realizar, a fim de entender se há relação dessa forma de diagnosticar preconizada pelo DSM com a epidemia de diagnósticos de autismo na infância.

Christian Dunker em seu livro *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*, 2011, afirma que:

O diagnóstico é, sobretudo, uma hipótese operativa, uma regra de ação, logo pode e deve estar sujeita a correção, verificação e reformulação permanentes. Isso implica certo grau probabilístico e expõe o diagnóstico ao caráter de uma decisão. É um ato prescrito pelo dispositivo clínico, logo supõe a eficácia, e não a certeza como

critério de legitimação. Um diagnóstico de primeira ordem pode ser indefinidamente desdobrado em seus estratos mais elementares, que são correlativos da decomposição a que o signo está sujeito em traço, letra, fonema, significante, significado. (DUNKER, 2011, p.409)

mostrando-nos, dessa forma, que a terra prometida da ‘linguagem comum’ seria não apenas insustentável em um processo diagnóstico, mas impossível, porque ele não se encerraria em um signo comportamental. De acordo com Dunker (2011):

O diagnóstico contém várias ordens: a síndrome, o quadro, o transtorno, a disfunção, o sintoma. O que torna a prática ainda mais complexa porque os signos não possuem valor diagnóstico fixo quando tomados isoladamente ou quando integrados numa situação de comorbidade em seu processo transformativo. (DUNKER, 2011, p 409-410)

Colocada a ideia de que um cuidadoso processo diagnóstico necessita de tempo e que, no DSM-V, o TEA também está incluso em uma categoria mais ampla, os Transtornos do Neurodesenvolvimento, que são:

um grupo de condições com início no período do desenvolvimento. Os transtornos tipicamente se manifestam cedo no desenvolvimento, em geral antes de a criança ingressar na escola, sendo caracterizados por déficits no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Os déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência. É frequente a ocorrência de mais de um transtorno do neurodesenvolvimento; por exemplo, indivíduos com transtorno do espectro autista frequentemente apresentam deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), e muitas crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) apresentam também um transtorno específico da aprendizagem. No caso de alguns transtornos, a apresentação clínica inclui sintomas tanto de excesso quanto de déficits e atrasos em atingir os marcos esperados. Por exemplo, o transtorno do espectro autista somente é diagnosticado quando os déficits característicos de comunicação social são acompanhados por comportamentos excessivamente repetitivos, interesses restritos e insistência nas mesmas coisas. (APA, 2015, p. 31)

e que dessa descrição também faz parte o critério diagnóstico ‘início precoce’ da afecção e que esse critério se mantém desde 1943, a descrição acima não nos deixa ignorar a preocupação com bebês e crianças bem pequenas que vêm sendo diagnosticados. Ian Hacking em seu livro *The Social Construction of What?*¹¹, 1999, ainda não traduzido para o português, afirma que as pessoas reagem à maneira pela qual são classificadas:

Nós estamos especialmente preocupados com classificações que, quando conhecidas por pessoas que as receberam ou por pessoas próximas destas, ou quando colocadas para circular institucionalmente, interferem no modo de ser dos indivíduos que as experienciam – de diferentes maneiras, essas classificações levam estas pessoas a se envolverem com suas emoções e seus comportamentos muito porque elas são classificadas de determinada forma. (HACKING, 1999, p. 114 – tradução nossa)¹²

Portanto, analisar a forma como a classificação em psiquiatria, especificamente de TEA, é realizada atualmente pelo DSM e como ela chegou até o formato atual é imprescindível ao campo da Saúde Mental, e é o que se pretende com este trabalho.

II. METODOLOGIA DA PESQUISA

Com base no que foi apresentado até aqui acerca dos efeitos da linguagem comum na classificação em psiquiatria, considerando a epidemia de diagnósticos de TEA em crianças, tomamos como objetivo da presente pesquisa realizar uma análise da história da construção da classificação psiquiátrica do Transtorno do Espectro Autista no DSM, a fim de ampliar a discussão da política da infância no campo da Saúde Mental.

¹¹ <https://larvalsubjects.files.wordpress.com/2011/01/hacking-the-social-construction-of-what2.pdf>

¹² No original: We are specially concerned with classifications that, when known by people or by those around them, and put to work in institutions, change the ways in which individuals experience themselves – and many even lead people to involve their feelings and behaviour in part because they are so classified.

Escolhemos, assim, como formato de investigação qualitativa a pesquisa bibliográfica e a documental. A bibliográfica porque:

se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses, etc. E utiliza-se de dados ou de categorias teóricas já trabalhados por outros pesquisadores e devidamente registrados. (SEVERINO, 2007, p.122)

Tal forma de investigação auxiliará a retomada do percurso de edificação da psiquiatria da infância como um campo da medicina e seu avanço até a atualidade a partir do desenvolvimento de nosografias psiquiátricas mais antigas, como a idiotia, até a mais atual delas, o TEA. A perspectiva epistemológica apresentada por Paul Bercherie em seu artigo de 1980, *A clínica psiquiátrica da criança*, foi utilizada como eixo norteador nessa parte da pesquisa, a fim de avançarmos na análise do percurso histórico desde a noção da *criança idiota* do século XIX até a criança autista de Leo Kanner, para assim adentrarmos no ponto principal desta pesquisa: a análise da construção histórica da classificação diagnóstica do Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Essa forma de investigação também será muito importante na leitura sequenciada e comparativa das cinco versões do DSM, essenciais para o esclarecimento do caminho percorrido pelos deslizamentos taxonômicos das classificações psiquiátricas consideradas por nós precursoras do TEA até o TEA propriamente dito. Foram analisadas detalhadamente as edições e revisões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), com a finalidade de contribuir com as discussões políticas da infância no campo da Saúde Mental, mostrando como o autismo, nos seus primórdios, era considerado apenas sintoma de uma afecção – a esquizofrenia – e, com o passar das edições do DSM, foi sendo transformado em um dos principais diagnósticos psiquiátricos para a criança atualmente.

Procurou-se estabelecer relações entre cada nova edição e o fortalecimento da psiquiatria enquanto campo detentor do fazer com a loucura infantil, com a crescente influência da farmacologia e das neurociências, que foram decisivos para o desenvolvimento de procedimentos classificatórios baseados na descrição do comportamento, favorecendo a indicação de terapias cognitivo-comportamentais (COUTINHO *et cols*, 2013)¹³. Esse caminho levou em consideração critérios como: a) a quantidade de sinais indicativos de transtornos típicos da infância; b) quais deles se ajustaram ao campo do que futuramente foi nomeado como TEA; c) como tais sinais se modificaram ao longo do tempo; d) quais sinais se ligaram com maior frequência e conexidade entre si ao longo do tempo; e e) se houve aumento ou diminuição da precisão descritiva de tais sinais de uma edição para outra.

Por último, a opção por uma metodologia documental também se relaciona com os tipos de fonte que nos auxiliaram nesse percurso, pois farão parte de nossas fontes documentos legais (SEVERINO, 2008, p.123), como as duas publicações supracitadas do Ministério da Saúde do Brasil.

1. Percursos da psiquiatria infantil

1.1 Da idiotia à loucura: ingresso da criança no campo psiquiátrico

A apresentação da história da psiquiatria infantil é uma tarefa atravessada por muitos detalhes, como os aspectos genéticos, neurológicos e somáticos de um ser biologicamente imaturo, bem como os fenômenos psíquicos, os fatores sociais e culturais determinantes

¹³ <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/11/do-dsm-i-ao-dsm-5-efeitos-do-diagnostico-psiquiatrico-espectro-autista-sobre-pais-e-criancas/>

que dizem respeito à constituição da criança (CIRINO, 2015). Apesar dessa complexidade, Oscar Cirino, em seu texto *Genealogia da psiquiatria da infância*¹⁴, 2015, concebe três perspectivas para a apresentação do caminho percorrido pelo campo médico, na composição da psiquiatria infantil: a perspectiva *Descritiva*, a *Epistemológica* e a *Genealógica*.

Entre as três, a perspectiva Epistemológica se configura como uma das mais relevantes ao desenvolvimento desse capítulo da pesquisa, uma vez que oferece meios de investigar a construção dos diferentes conceitos e noções presentes tanto nos tratados de psiquiatria e psicopatologia como nas teorias psicológicas e pedagógicas sobre a criança. De forma análoga a essa perspectiva, buscaremos apresentar, neste capítulo, o percurso epistemológico da noção de autismo com base em categorias diagnósticas consideradas precursoras históricas do autismo no campo do diagnóstico psiquiátrico, como as noções de idiotia, demência e retardamento. A aposta é que revisitar tais categorias pode oferecer subsídios necessários não apenas para exemplificar esse modelo narrativo de história da psiquiatria da infância, mas também para resgatar epistemologicamente conceitos que conduziram a loucura da criança à epidemia de diagnósticos de autismo, sob sua mais recente forma, o TEA.

Um dos principais artigos encontrados sobre a História da Psiquiatria Infantil, *A clínica psiquiátrica da criança: um estudo histórico*, 1983, de Paul Bercherie, problematizou estudos elaborados por médicos como Phillipe Pinel, Esquirol, Séguin, Morel, Sante de Sanctis, Meyer, Gesell e Leo Kanner, com o objetivo de esclarecer a gênese e o desenvolvimento de nomenclaturas – como *idiotia*; *demência precocíssima*; *esquizofrenia infantil* e a *Síndrome Autística Precoce* – que fortaleceram, cada qual a sua

¹⁴ Está no livro *Por uma (nova) psicopatologia da Infância*, ed. Escuta, 2015, São Paulo, orgs: Michele Kammers, Rosa Maria M. Mariotto, Rinaldo Voltolini.

maneira, o lugar da criança na clínica psiquiátrica. Com base na análise de tais pesquisas, Bercherie (2001/1980) divide a História da Psiquiatria Infantil em três momentos: um primeiro no qual vigorava a discussão sobre a noção de *retardamento mental*; um segundo no qual os esforços dos clínicos e pesquisadores estavam voltados para encontrar nas crianças as mesmas *síndromes mentais* descritas nos adultos e, por último, um que partia da concepção de uma ordem própria de existência e racionalidade na infância.

O primeiro período cobre os três primeiros quartos do século XIX. Ele é exclusivamente consagrado à discussão da noção de retardamento mental, tal como constituída por Esquirol já antes de 1820, sob o nome de *idiotia*. Não se trata, aliás, de uma noção elaborada a partir de uma observação da criança, mas de um conceito que marca um momento capital da formação da psiquiatria do adulto. De fato, Pinel havia descrito, em seu Tratado da Mania, o *idiotismo*, definindo-o como uma obliteração das faculdades intelectuais e afetivas do conjunto da atividade mental, ficando o sujeito reduzido a uma existência vegetativa, com alguns resquícios de manifestações psicológicas: devaneios, sons semi-articulados, crises de agitação. Este estado poderia ser adquirido e, portanto, curável ou congênito e irreversível; Pinel o diferencia da demência, abolição do pensamento no sentido condillaquiano do juízo, com as faculdades mentais só se manifestando na incoerência e na desordem. Ele o diferenciava também do delírio geral maníaco e do delírio parcial melancólico.

Esquirol não modifica o espírito dessa nosologia sindrômica, que descreve os estados mentais, quadros de apreensão imediata, cujo conceito se constrói em torno do traço mais central, mais evidente das manifestações patológicas. **Contudo, ele separa o idiotismo adquirido do idiotismo congênito, que, para ele, será a idiotia; o idiotismo adquirido tornar-se-á a forma aguda da demência, antes que Georget lhe conceda autonomia como *estupidez*.** (BERCHERIE, 2001/1980, p.130, *grifos nossos*)

Os trabalhos de Esquirol podem ser considerados, então, um marco importante para o lugar da criança no campo da saúde mental, porque é a partir deles que se diferencia psiquiatricamente idiotismo congênito (para Esquirol, a idiotia propriamente dita) do idiotismo adquirido, que passou a ser, como nos conta Bercherie, a forma aguda da demência e, mais posteriormente, a estupidez. Nas próprias palavras de Esquirol, a idiotia:

[Não se trata] de uma doença, [mas] de um estado no qual as faculdades intelectuais nunca se manifestam, ou não puderam desenvolver-se o bastante, para que o idiota pudesse adquirir os conhecimentos relativos à educação que recebem os indivíduos de sua idade, situados nas mesmas condições que ele. A idiotia começa com a vida ou na idade que precede o desenvolvimento integral das faculdades intelectuais e afetivas; os idiotas são o que devem ser durante todo o desenrolar de suas vidas; neles tudo evidencia uma organização imperfeita ou atrasada no seu desenvolvimento. Não se concebe a impossibilidade de modificar esse estado. Nada poderia dar, mesmo que apenas por alguns instantes, mais razão ou mais inteligência aos infelizes idiotas. (ESQUIROL *apud* BERCHERIE, 2001/1980)

Desde então, o autor nos conta que a descrição clínica da idiotia se tornou complexa e diversificada, pois Esquirol realizou uma distinção dos diferentes graus no comprometimento: idiota, retardado profundo, reduzido a uma vida vegetativa e, por último, o imbecil, que possui uma vida psíquica grosseira e uma linguagem elementar:

A idiotia de Esquirol é uma descrição objetiva, de estilo behaviorista, e não um conceito etiopatogênico. O idiota é aquele que não pode adquirir os conhecimentos, que normalmente se adquire pela educação; o que o diferencia do demente é que este “é um rico que ficou pobre, (ao passo que) o idiota sempre esteve no infortúnio e na miséria”, evidentemente, do ponto de vista intelectual. (BERCHERIE, 2001/1980, p.131)

Os autores dessa época não pressupunham a possibilidade de existir a loucura da criança. Wilhelm Griesinger, médico, psiquiatra e personagem central da psiquiatria alemã (PEREIRA, 2007)¹⁵, em seu Tratado sobre patologia e terapêutica das doenças mentais, 1845, demonstra bem a ideia de que a loucura da criança é essencialmente a *idiotia*:

o eu nessa idade não está ainda formado de maneira estável para apresentar uma perversão durável e radical; assim, as diversas doenças produzem nas crianças verdadeiras interrupções no

¹⁵ PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Griesinger e as bases da "Primeira psiquiatria biológica". *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 685-691, Dec. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142007000400010>.

desenvolvimento, que atingem a inteligência em todas as duas faculdades. (GRIESINGER *apud* BERCHERIE, 2001/1980, p.132)

Como a loucura estaria impossibilitada à criança, as discussões subsequentes giravam em torno do grau de irreversibilidade do retardamento mental. Duas principais concepções tiveram destaque nessas discussões: a que falamos até aqui, de Pinel e Esquirol, para os quais o déficit era global e definitivo e o prognóstico inteiramente negativo; e dos educadores de idiotas, Séguin e Delasiauve, para os quais o déficit aparentava ser, na maior parte do tempo, parcial e relativo às faltas de atenção, de concentração e de vontade, mas, no entanto, o desenvolvimento mental só era comprometido quando a educação se limitava às suas modalidades tradicionais (BERCHERIE, 2001/1980, p. 132).

Os idiotas que eram educados por métodos especiais tinham grandes possibilidades de mudanças. O caso mais clássico, a criança selvagem – o Selvagem de Aveyron ou Victor de Aveyron –, é um bom exemplo disso. Foi capturado em 1799, submetido à perícia de Pinel, o qual o considerou um idiota incurável e, assim, teve sua guarda confiada à Jean Itard que:

tenta educá-lo, persuadido de que se trata de uma criança normal, embora privada do conjunto dos conhecimentos sociais e, em particular, da linguagem, devido a seu isolamento profundo. A tentativa de Itard vai ser um semi-fracasso; posteriormente se considerará que a criança era efetivamente uma idiota, o que aliás, parece exato, se se leva em conta a nomenclatura do século. **Para nós, ela apresenta múltiplas traços que a aproxima de uma criança autista, mas até a década de 1930, a noção global de idiotia recobre esse tipo de caso.** De qualquer forma, se Victor era realmente um idiota, Itard obteve resultados surpreendentes com seus métodos tomados de empréstimo à educação das crianças surda-mudas. (BERCHERIE, 2001/1980, p.132)

Ou seja, embora psiquiatria se configurasse, por um lado, como uma das principais áreas epistemológicas relacionadas à construção nocional da *doença mental*, aqueles que se arriscavam no campo da educação vinham-se ocupando paralelamente da construção de práticas educacionais alternativas para crianças que estavam em desalinho com a noção de normalidade esperada. Com efeito, Julian de Ajuriaguerra, em sua obra *Manual de Psiquiatria Infantil* (1980), escreve que, apesar de a origem da psiquiatria infantil datar oficialmente do início do século XIX, seria possível remontar o começo de sua história ao século XVI, considerando os primeiros passos empreendidos na educação de surdos-mudos, realizados pelo padre beneditino Ponce de Leon. De acordo com Ajuriaguerra, foi nesse período que aconteceram vários movimentos de vanguarda no campo da educação de *crianças com deficiências*. O autor nos conta que Jacob Rodrigues Pereira, educador francês, iniciara, por exemplo, a chamada *educação dos sentidos*, a qual consistia, em linhas gerais, em substituir a palavra pela experiência do tato e a visão; Johann Heinrich Pestalozzi fundaria, por sua vez, em Yverdon, Suíça, um centro de *educação pedagógica dogmática*, onde aplicou o chamado procedimento intuitivo e natural; Édouard Séguin fundaria na França, por fim, a primeira escola de reeducação, publicando um livro sobre tratamento moral dos idiotas e das crianças abandonadas, baseado em seu próprio método educativo.

Tal bordeamento entre a psiquiatria e a pedagogia no campo da saúde da criança não deixou de promover, segundo Oscar Cirino, 2015, certo ponto de tensão entre as respectivas posições diante da *idiotia*. Essa divergência, segundo o autor, possibilitou um deslizamento taxonômico da *idiotia* à noção de *anormalidade*, abrindo, assim, espaço para outra concepção etiológica no campo das patologias infantis, além das orgânicas: a formação subjetiva da criança (Cirino, 2015).

Atentar-se para a formação subjetiva infantil possibilitou – a partir de 1845 – uma mudança no modo de compreensão do sofrimento psíquico da criança, trazendo consequências decisivas ao campo da psiquiatria, principalmente no que se refere à possibilidade do tratamento de crianças *anormais*. Caso a anormalidade fosse entendida como doença mental, ou *demência*, as crianças teriam um prognóstico diferente do que se ela fosse entendida sob o nome de deficiência. Seria, ainda, também em consequência desse desalinho entre os campos da Psiquiatria e da Pedagogia que surgiria, por sua vez, o segundo momento histórico analisado por Bercherie.

1.2 Da loucura ao espectro

Com extensão de 1880 até meados do século XX – momento no qual se firma também a clínica psiquiátrica clássica do adulto –, a clínica psiquiátrica infantil passou a fazer uso da clínica e da nosologia elaboradas para os adultos, como se não houvesse diferenças entre uma criança e o adulto que ela poderia vir a ser (Cirino, 2015). Em outras palavras, a diacronia e a etiopatogenia da *doença mental* passam a ser condições para o diagnóstico do quadro infantil, como aponta Bercherie na passagem abaixo:

A princípio e antes de qualquer coisa, a clínica torna-se diacrônica: já não se trata mais de descrever estados, mas doenças, estabelecendo-se um ciclo de quadros clínicos ao longo de uma evolução temporal regrada; seu modelo é paralisia geral com suas fases delirante, maníaca, demencial e estuporosa terminal. Em seguida, a clínica se quer etiopatogênica, isto é, cada grupo de entidades clínico-evolutivas deve poder apoiar-se sobre uma constelação de causas e de mecanismos patológicos típicos. Trata-se de uma concepção essencialmente médica e somática dos transtornos mentais, concebidos como doenças do cérebro. (BERCHERIE, 2001/1980, p.133)

É nesse contexto que as *doenças mentais* adquiridas – como as psicoses exógenas ou outras “doenças mentais adquiridas que têm causas patológicas provindas da rubrica

correspondente na medicina do corpo” (BERCHERIE, 2001/1980, p.133) – serão colocadas em oposição às *doenças mentais* constitucionais, como a idiotia ou “aquelas que se enraízam em um terreno psicológico particular, uma degenerescência mental hereditária ou adquirida precocemente na existência” (idem). A questão da constitucional recebe destaque do autor, pois estaria relacionada ao fundo originário dos transtornos, permitindo compreendê-los como oriundos de um defeito ou insuficiência do desenvolvimento de certas faculdades mentais que, por sua vez, dão origem às noções de desequilíbrio, desarmonia evolutiva – uma edição mais atual do conceito de retardamento, embora aplicada às partes e não ao todo da afecção.

É nesse segundo período que também surgem os primeiros¹⁶ tratados de psiquiatria infantil, os quais pretendiam “encontrar nas crianças, ao lado do retardamento, as síndromes mentais descritas no adulto” (BERCHERIE, 2001/1980, p. 134), como, por exemplo, pode-se constatar nas duas primeiras versões do Manual de Diagnóstico e Estatísticas dos Transtornos Mentais, respectivamente de 1952 e 1967, em que, embora contenham algumas poucas entidades nosográficas específicas para o “transtorno mental” da criança, a sessão *Transtornos Geralmente Evidentes na Primeira Infância, na Infância ou na Adolescência*¹⁷ surge apenas em 1980 no DSM-III. De acordo com Bercherie, a busca de um denominador comum entre os transtornos das infâncias e adolescência e dos adultos significaria que, a partir desse momento, as *crianças desadaptadas* estariam sendo diagnosticadas sob os nomes de: *mania, excitação, depressão, melancolia, obsessão, fobia, alucinação, delírio, loucura moral (perversão) e neurose (histeria, epilepsia, coréia, tiques)*. Em suas próprias palavras:

É só na virada do século, com a importação de conceitos originários da nosologia kraepeliniana, que a pedo-psiquiatria vai

¹⁶ Por exemplo, Leo Kanner teve a primeira edição de seu livro *Psiquiatria Infantil* em 1935.

¹⁷ Tradução nossa. No original: *Disorders Usually First Evident in Infancy, Childhood or Adolescence*. (APA, 1980)

poder dispor de noções com valor heurístico seguro, no plano da investigação clínica. A segunda geração de tratados de psiquiatria infantil, publicados entre 1910 e 1925, é o resultado disso (...).

(...) o que os trabalhos dessa época retomam de Kraepelin são modalidades gerais de sua nosologia, por exemplo, a noção de personalidade psicopática, em seu sentido amplo, alemão, que recobre o conjunto dos transtornos constitucionais e reativos (...) é também a concepção das grandes afecções endógenas: a epilepsia, psicose maníaco-depressiva e demência precoce. É, precisamente, esse último conceito [*demência precoce*] que vai exercer uma influência notável sobre a pedo-psiquiatria. (BERCHERIE, 2001/1980, p.135.)

A diferenciação no campo do retardamento entre as formas congênicas e as adquiridas nos primeiros anos de vida, as *demências infantis*, aparece nesse momento. Poder incluir no campo clínico o problema etiológico, como vimos desde Esquirol, foi essencial para que questões conceituais sobre os “transtornos mentais” avançassem, culminando, por exemplo, em novas classificações nosológicas, como a de *demências precocíssimas* – sobre a qual Heller (1906) faz uma descrição importante:

Trata-se do aparecimento a partir de 3-4 anos, em crianças, que até então, haviam tido um desenvolvimento normal, de um estado de morosidade e indiferença, com negativismo, oposição, transtornos afetivos (cólera, ansiedade), seguidos de uma desagregação da linguagem e de diversos transtornos motores bastante característicos: agitação, estereotipias, maneirismo, catatonia, impulsões. (...) suspeita de episódios alucinatórios e delirantes. A criança cai em seguida, bastante rapidamente, em uma completa “idiotia”, não mais se alimenta de maneira autônoma, torna-se incontinente, perde o uso da linguagem. (...) Heller destaca a persistência de uma certa capacidade de atenção e de focalização e, sobretudo, a conservação de uma fisionomia inteligente, que diferencia nitidamente essas crianças dos verdadeiros retardados. (HELLER *apud* BERCHERIE, 2001/1980, p.135.)

A discussão sobre a etiologia das *doenças mentais* se intensifica após a publicação da obra mais importante de Bleuler, *Demência Precoce ou o Grupo das Esquizofrenias* (1911). Segundo Mario Eduardo Costa Pereira, em seu artigo *Bleuler e a invenção da*

esquizofrenia, 2000, esse trabalho fundaria a visão científica contemporânea sobre as psicoses, contribuindo posteriormente para a constituição da categoria *Esquizofrenia*:

(...) Bleuler vai se dedicar ao estudo da demência precoce, só que dessa vez munido do instrumental teórico e metodológico fornecido pela psicanálise freudiana. De Jung, ele já recebera a noção, expressa em *A psicologia da demência precoce*, segundo a qual o que faz a especificidade dessa psicopatologia não é propriamente a qualidade dos complexos, mas a extrema fixação que o sujeito tem a estes, instalando-se uma situação insuportável de absorção de todos os interesses do indivíduo em seu próprio mundo psíquico, isolando-se dos laços afetivos, da vida social e do próprio contato com a realidade. A noção bleuleriana de “esquizofrenia” buscaria, justamente, colocar em relevo aquele que seria o fenômeno nuclear desses estados mentais, a ruptura, a cisão do eu, em função do rompimento dos vínculos associativos que assegurariam um funcionamento unitário da personalidade. Bleuler começa a empregar o neologismo esquizofrenias desde 1906, sendo que esse uso do plural já é uma forma de acentuar sua ruptura em relação ao pensamento kraepeliniano. Não se trataria de uma única afecção, como supunha Kraepelin, mas de um grupo ainda indeterminado de condições com um núcleo psicopatológico comum. Existe, entretanto, um esforço por reconhecer que a demência precoce descrita por Kraepelin constitui um verdadeiro conceito de enfermidade mental, tratando-se, na verdade, de substituir os critérios empírico-evolutivos por critérios propriamente psicopatológicos, ou seja, que suponham uma teoria da doença. (PEREIRA, 2000, p.161-162)

Paulo Dalgarrondo, em seu livro *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais* (2008), considera que Bleuler (1911) também utilizou a palavra *autismo* pela primeira vez para denominar uma forma específica de esquizofrenia: a *Síndrome Autística da Esquizofrenia*. Ela incluía a dificuldade ou incapacidade de estabelecer contato afetivo com outras pessoas e retração do convívio social, inacessibilidade do mundo interno do paciente, atitudes e comportamentos rígidos, pensamento desorganizado ou idiossincrático e perda de hierarquia em valores, objetos e ambições, e, em casos extremos, o mutismo e o comportamento negativista também estavam presentes na

sintomatologia desse quadro – ponto que será trabalhado mais detalhadamente mais adiante.

Com duração de 1930 a 1980, o terceiro período da História da Psiquiatria Infantil identificado por Bercherie (2001/1980) concebe, enfim, a infância com ordem própria de existência e racionalidade, invertendo o paradigma de interpretação da infância – não seria mais o adulto que explicaria a criança que existiu, mas, sim, a criança que explicaria o devir adulto. A colaboração da pediatria e a influência das ideias psicanalíticas sobre a clínica da psicopatologia infantil fazem algumas manifestações patológicas da criança nesse período passarem a ser pensadas tanto sob o modelo da histeria, tanto como pelas formas de conversão ou de expressão substitutiva das dificuldades que a criança encontra ao se relacionar, como sob a ótica dos fenômenos psicossomáticos.

Foi nesse último período analisado que pôde ser observada a possibilidade de a psicopatologia se transformar em um campo mais explorado pela psicanálise do que pela psiquiatria, uma vez que a primeira exerce influência dominante sobre a clínica infantil:

A descoberta de que toda manifestação psicopatológica é o resultado de um conflito psíquico e que nesse conflito, em sua expressão atual no adulto, repete a história infantil do sujeito, adquire no quadro da clínica infantil uma ressonância muito própria, pois é de uma situação conflitiva atual, ou pelo menos recente, que dependem, então, as perturbações psicológicas. (BERCHERIE, 2001/1980, p.136)

A mudança de parâmetro diagnóstico foi muito importante, pois ela contribuiu, com efeito, para um momento muito profícuo no campo da pedo-psiquiatria (palavra utilizada para designar o campo psiquiátrico da infância naquele momento), afinal ela traz consigo aquisições para a clínica psiquiátrica da criança, que, segundo Bercherie, recortam noções constitucionais do momento histórico anterior, por exemplo:

(...) falar de constituição perversa na criança, a propósito do roubo, não é a mesma coisa que perceber a criança como ladra, manifestando um tipo de comportamento que tem um valor expressivo e simbólico particular (...). (BERCHERIE, 2001/1980, p.137)

Em 1935, Leo Kanner publica um manual que finalmente ofereceu consistência à clínica psiquiátrica da criança, denominado *Psiquiatria Infantil* (1935). Ao promover esse efeito, a obra foi considerada por Bercherie um dos elementos facilitadores da incorporação e, posteriormente, deslizamentos das noções psicanalíticas nos Estados Unidos. Em outras palavras, foi uma obra que, ao articular noções psicanalíticas com os critérios diagnósticos psiquiátricos norte-americanos, encontrou ressonância nas concepções funcionalistas dessa região, na medida em que:

O que caracteriza o funcionalismo, em sua oposição o elementismo dominante na psicologia europeia do século XIX – que permaneceu fundamentalmente associacionista – é a ideia de que o organismo é um todo espírito-corpo, e que esse todo está engajado numa tarefa permanente e vital de adaptação ao meio ambiente. Nesse quadro, o psiquismo é uma função, função útil de mediação entre o meio ambiente e as necessidades do organismo; é preciso então se dedicar não ao estudo de elementos separados do conjunto e que perdem assim seu sentido (representações, afetos, atos voluntários, percepções, etc.), mas determinar a *função* de tal ou qual *atividade* psicológica. É do funcionalismo que se originou o behaviorismo, que é apenas uma espécie de psicologia aplicada. (BERCHERIE, 2001/1980, p.138)

É sobre este pano de fundo epistemológico que Adolf Meyer, psiquiatra e neuropatologista suíço residente nos Estados Unidos em 1892, funda a escola psiquiátrica americana. Apesar de ele ter estado nas conferências americanas de Freud em 1909 e ter sido um dos membros fundadores da Associação de Psicanálise Americana, foi como pragmático, preocupado com a terapêutica, que ele abordou a “doença mental”: uma conduta que teria uma função e um sentido em relação à história do paciente, ao seu

percurso e ao momento presente de sua vida, suas capacidades psicológicas, estados somático e cerebral (BERCHERIE, 2001/1980).

Adolf Meyer é quem autoriza Leo Kanner – médico nascido no Império Austro-Húngaro e que emigrou para os EUA em 1924 – a dar início ao primeiro serviço de psiquiatria infantil norte-americano (KANNER, 1966). Compreender esse contexto é compreender que parte da origem de conceitos psiquiátricos que estruturam o campo da clínica psiquiátrica com crianças, por exemplo, “**a noção de psicopatologia das grandes funções, com sua expressão nos transtornos do comportamento**” (BERCHERIE, 2001/1980, p.138, *grifos nossos*) reverbera até os dias de hoje em classificações nosológicas como o TEA, por exemplo.

Leo Kanner, o então chefe do serviço de psiquiatria do John Hopkins de Baltimore, foi um dos dois médicos que apresentaram as primeiras descrições do que hoje é nomeado de *autismo infantil* ou *transtorno autista*, em seu artigo *Os distúrbios autísticos do contato afetivo*, 1943 (BRASIL, 2015). Utilizando a noção de *autismo* forjada por Eugen Bleuler como um dos principais sintomas da esquizofrenia, Kanner descreveu 11 crianças cujo distúrbio característico seria “a incapacidade de se relacionarem de maneira normal com as pessoas e situações, desde o princípio de suas vidas” (KANNER, 1943, p.243 *apud* BRASIL, 2015):

O “isolamento autístico extremo” as levava a negligenciar, ignorar ou recusar o contato com o ambiente, e esse comportamento podia estar presente desde os primeiros meses de vida. Assim, algumas mães costumavam recordar que o filho não mostrava uma atitude corporal antecipatória, não inclinando o rosto nem movendo os ombros antes de ser levado ao colo. Uma vez no colo, o filho não ajustava seu corpo ao daquele que o carregava. Além disso, a criança podia não apresentar mudanças em sua expressão facial ou posição corporal quando os pais voltavam para casa, se aproximavam e falavam com ela. A maior parte desses sinais precocíssimos era identificada retrospectivamente, de modo que os

problemas na aquisição da fala costumavam ser os primeiros sinais inequívocos de que algo estava errado.

Três das crianças de Kanner não adquiriram a fala ou muito raramente a usavam; as demais falaram na idade prevista ou pouco depois. Nelas, porém, a linguagem verbal não tinha função de comunicação, pois consistia da reunião de palavras sem ordenação e aparentemente sem sentido ou de repetições de informações decoradas, como listas de animais, presidentes ou trechos de poemas.

Essa “excelente capacidade de memorização decorada” mostrava que a linguagem havia sido “consideravelmente desviada para se tornar um exercício de memória autossuficiente, sem valor conversacional e semântico, ou grosseiramente distorcido”.

As crianças também tinham dificuldades em generalizar conceitos, tendendo a usá-los de modo literal e associados ao contexto no qual foram ouvidos pela primeira vez. Até os 5 ou 6 anos, apresentavam ecolalia e não usavam o pronome “eu” para se referirem a si mesmas. Para manifestarem um desejo ou uma aquiescência, elas repetiam, com a mesma entonação, a frase ou a pergunta que haviam escutado de outrem.

Segundo Kanner, tudo o que vinha do exterior era experimentado por essas crianças como uma “intrusão assustadora”, o que explicava não só a tendência de ignorar o que lhes era perguntado, mas também a recusa de alimentos e o desespero provocado por barulhos fortes ou objetos em movimento. Os ruídos ou movimentos repetidos produzidos por elas próprias, entretanto, não eram acompanhados de manifestações de angústia. Kanner descreveu em tais crianças um “desejo obsessivo e ansioso pela manutenção da uniformidade”, que as fazia preferir tudo o que se mostrava repetitivo, rotineiro e esquemático.

Mudanças – fossem de residência, nos trajetos a serem percorridos, na sequência de ações cotidianas ou na posição dos objetos da casa – provocavam-lhes crises de ansiedade e desespero. O medo da mudança e da incompletude as levava, segundo o autor, à restrição de sua espontaneidade e à ritualização do comportamento no dia a dia. Havia nelas sempre uma boa relação com os objetos, especialmente aqueles que não modificavam sua aparência e posição. As relações com as pessoas, por outro lado, estavam gravemente perturbadas, havendo a tendência dessas crianças de circular entre os presentes aparentando não os distinguir dos móveis do ambiente. Por vezes, tais crianças se dirigiam a partes dos corpos dos outros com o objetivo de retirar um pé ou um braço que funcionava como obstáculo ao que elas queriam alcançar. Não olhavam os outros no rosto, não se interessavam pelo que os adultos conversavam e se eram por eles interpeladas, elas não respondiam, a não ser que se insistisse muito. Na presença de outras crianças, elas permaneciam sozinhas ou nos limites do grupo, não participando de seus jogos. Tudo isso levava Kanner a concluir que “um profundo isolamento domina todo o comportamento” dessas crianças.

No decorrer de seu artigo, Kanner dava pistas ambivalentes sobre as origens de tal quadro. Defendia uma “incapacidade inata de estabelecer o contato afetivo habitual e biologicamente previsto com as pessoas, exatamente como as outras crianças vêm ao mundo com deficiências físicas ou intelectuais inatas”, mas também sugeriu que os problemas dos filhos teriam alguma articulação com a personalidade dos pais e o tipo de relações precoces estabelecidas entre eles e as crianças. (BRASIL, 2015, p.21-22, *grifos nossos*)

É importante notar que a questão etiológica também não passou despercebida por Leo Kanner, que, mesmo não tendo certeza sobre a causa do autismo, não tardou em aventar o inatismo como tal. Seria a justificativa inatista a carta na manga da ciência, uma forma de preencher um espaço vazio, um vácuo de saber do que ainda não se pode conhecer por completo?

O segundo médico, psiquiatra e pesquisador que falou sobre autismo com um ano de diferença de Leo Kanner foi Hans Asperger. Também austríaco, mas residente em Viena, em 1944 ele escreveu o artigo *Psicopatia Autística na Infância*, no qual também utilizava o termo cunhado por Bleuler para descrever quatro crianças que, na visão do autor, apresentavam como quadro central dificuldades em relacionarem-se. No entanto, a interpretação que o psiquiatra propôs a essa questão foi que isso se daria em decorrência do alto nível de originalidade no pensamento e nas atitudes das crianças (BRASIL, 2015, p. 21):

As características autistas apareceriam a partir do segundo ano de vida e seriam persistentes. Haveria pobreza de expressões gestuais e faciais e, quando as crianças eram inquietas, sua movimentação era estereotipada e sem objetivo, podendo haver movimentos rítmicos repetitivos. Suas falas seriam artificiais, mas teriam atitude criativa em relação à linguagem, exemplificada pelo uso de palavras incomuns e neologismos. Outro ponto positivo seria sua capacidade de enxergar eventos a partir de um ponto de vista original, com campos de interesses diferentes dos apresentados pelas outras crianças de sua idade (especialmente ligados às ciências naturais), o que desvelaria sua “surpreendente maturidade”.

Seu refúgio na abstração, sua inventividade e sagacidade seriam diretamente proporcionais ao seu afastamento do ambiente imediato. Seu aprendizado cotidiano dependeria de regras e leis claras, não se baseando na imitação natural e inconsciente dos comportamentos dos adultos, como ocorreria com as crianças “normais”. No campo das emoções, não se encontrava pobreza afetiva, mas sim uma alteração qualitativa, a desarmonia nas emoções e na disposição. A falta de harmonia entre afeto e intelecto explicaria a hipo ou hipersensibilidade no campo dos instintos sexuais e do apetite e também suas peculiares reações a sons e ao toque. Seu “extremo egocentrismo” muitas vezes se aliaria a atitudes de malícia com as pessoas, sendo também característica a falta de senso de humor.

Ao contrário dos casos de Kanner, que demonstravam ter boas relações com os objetos, as crianças de Asperger teriam relações atípicas tanto com as pessoas quanto com os objetos, ignorando certos elementos do ambiente ou se fixando exageradamente em outros. Seu olhar não se deteria por muito tempo nas coisas e deslizaria sobre as pessoas. Além disso, algumas crianças se dedicavam a coleções exóticas ou inúteis ou à ordenação de objetos. Asperger atribuiu tais problemas a uma deficiência biológica, especialmente genética, não especulando sobre aspectos psicodinâmicos. (ASPERGER, 1991, *apud* BRASIL, 2015, p. 21-22)

Diferentemente do de Kanner, que ganha destaque desde sua publicação em 1943, esse artigo de Asperger passa a ser conhecido apenas a partir de um outro artigo da médica e psiquiatra inglesa Lorna Wing, em 1981 (BRASIL, 2015) e, embora na Linha de Cuidado, o Ministério da Saúde diga que:

O artigo de Wing (1981) propiciaria o gradual fortalecimento da noção de *continuum* ou “espectro do autismo” nos anos e nas décadas seguintes e contribuiria para que a “síndrome de Asperger” fosse incorporada à classificação psiquiátrica nos anos 1990. (BRASIL, 2015, p.27)

fica pouco especificado o que está sendo nomeado de *espectro* ou *continuum* pela classificação diagnóstica do DSM-V. Por exemplo, na seguinte passagem:

Os sintomas desses transtornos representam um continuum único de prejuízos com intensidades que vão de leve a grave nos domínios de comunicação social e de comportamentos restritivos e repetitivos em vez de constituir transtornos distintos. (APA, 2015, p. xlii)

é possível afirmar que a concepção de *continuum* seria a mesma de uma progressão linear? E mais, apesar da implementação dessa nova forma de classificação ser justificada:

para melhorar a sensibilidade e a especificidade dos critérios para o diagnóstico de transtorno do espectro autista e para identificar alvos mais focados de tratamento para os prejuízos específicos observados. (APA, 2015, p.xlii)

de que forma se pretende fazer que um diagnóstico se torne mais sensível e mais específico, se o agrupamento de categorias diagnósticas antes englobadas pelos transtornos globais do desenvolvimento e pelos transtornos globais do desenvolvimento sem outra especificação gera apenas uma categoria – o TEA? Não seria o contrário? Não estamos diante de uma classificação tão generalista em sua descrição, que é capaz de englobar a maior parte de sinais problemáticos vindos de crianças – relacionamentos e interesses restritos, fala ausente ou precária, comunicação não verbal deficitária – sob uma só classificação?

2. Breve apanhado sobre a história geral das classificações psiquiátricas

Pensando nas perguntas do parágrafo acima e do que foi bem destacado na Introdução – acerca do ambicioso projeto de criação de uma ‘linguagem comum’ em psiquiatria –, julgou-se necessário, antes de adentrarmos na análise da entidade TEA e seu percurso na história, o acréscimo de uma breve apresentação da história geral das classificações psiquiátricas, destacando-se os DSMs.

A classificação dos transtornos mentais em psiquiatria desde seu início em 1798 permanece um desafio não só pelas histórias das nomenclaturas, mas também pelo movimento político que se releva no processo de suas construções (BERRIOS, 2008/1999)¹⁸. Em seu artigo *Classificações em psiquiatria: uma história conceitual*, 2008/1999, o professor universitário em psiquiatria e consultor em neuropsiquiatria pelo departamento de psiquiatria da Universidade de Cambridge, German E. Berrios, ressalta que, a partir do século XIX, as concepções das classificações psiquiátricas podem ser agrupadas:

de acordo com o critério de elas assumirem ou não que os princípios da classificação 'científica' são universais e 1) se aplicam à psiquiatria diretamente; 2) se aplicam à psiquiatria guardadas proporções; 3) eles são em absoluto aplicáveis. (BERRIOS, 2008/1999, p. 114)

muito embora, segundo o autor, nunca se tenha chegado a uma resposta convencional acerca de como se poderia decidir qual das três concepções estaria correta:

(...) é mais provável que, até o momento, a questão não tinha tido resposta; nenhuma ciência (incluindo-se a física) foi capaz de desenvolver um 'teste empírico crucial' que possa decidir entre sistemas conceituais rivais. Há complicação adicional de que a 'pesquisa empírica' está associada a uma concepção na qual a natureza e seus objetos são plenamente independentes da mente, têm uma 'estrutura matemática', etc. e, portanto, de que ela não possa ser usada para comparar duas *epistemes* diferentes, particularmente, quando uma delas pode de fato rejeitar essa concepção particular de natureza. Em vista de tudo isso, esperar que a psiquiatria desenvolva um teste crucial é utopia (ou seja, apenas pela pesquisa empírica ela nunca será capaz de identificar uma classificação 'real' dos transtornos mentais). (BERRIOS, 2008/1999, p. 115)

O que o autor propõe, a partir desse ponto, é uma saída mais realista e anterior ao trabalho classificatório em si, que possa ter preestabelecida uma convenção – ou um acordo – entre as diferentes concepções, tais como a natureza do fenômeno a ser

¹⁸ *Classificações em psiquiatria: uma história conceitual*¹⁸, 2008/1999, disponível em <http://pablo.deassis.net.br/wp-content/uploads/Classifica%C3%B5es-em-Psiquiatria-Uma-hist%C3%B3ria-Conceitual.pdf>

classificado, os tipos de conceito e classe a serem utilizados e uma metodologia organizacional, ressaltando que:

Na medida em que tal acordo também requer que a análise conceitual esteja focada em um enquadramento espacial (ou seja, região no mundo) e temporal específico, torna-se óbvia a necessidade de uma ‘história conceitual’ das classificações psiquiátricas na qual esse acordo possa se basear. (BERRIOS, 2008/1999, p.115)

No entanto, não foram encontrados trabalhos sobre a história conceitual das classificações psiquiátricas até o presente momento, ao contrário dos escritos sobre as classificações em si, que aparecem em maior número e que trazem consigo informações sobre os mundos científico e social em que surgiram as classificações, como, por exemplo:

durante o século XIX fazia parte do crescimento profissional e sucesso que os alienistas desenvolvessem uma classificação pessoal. Esses escritos também nos falam das forças mais profundas (sociais e outras) que sempre controlaram a metodologia e implementação das classificações. Dependendo da *façon de parler*, os historiadores podem dizer que tais forças se originam de um ‘paradigma’, ‘estilo cognitivo’, ‘episteme’ ou ‘moda’. A vantagem do último termo é que ele, ao contrário dos outros, refere-se a um processo social resistível e, portanto, remove o alibi de que todos os alienistas fossem controlados por ‘regras cognitivas’ inelutáveis. (BERRIOS, 2008/1999, p.115)

Embora Berrios não se aprofunde na discussão sobre as implicações e funcionalidades associadas aos sentidos atuais da palavra ‘classificação’ – a saber:

criação de princípios e regras em torno dos quais itens, referências, características e futuros agrupamentos serão constituídos (a isso chamamos de taxonomia quando em referências a animais, plantas e outros objetos do mundo concreto); 2) ato de agrupar em si (ato de organizar/ distribuir, o que no caso da psiquiatria corresponde em parte ao diagnóstico); e 3) produtos das atividades 1) e/ou 2) (a CID-10 e outros sistemas classificatórios podem ser considerados como exemplo disso). (BERRIOS, 2008/1999, p.115)

ele traz os significados anteriores da palavra ‘classificação’ para demonstrar que os pontos em comum entre eles refletem uma origem comum e, portanto, o compartilhamento de premissas sobre ambas as entidades – aqui entendidas por grupo e classe – a serem classificadas e as regras para isso:

definição do século XX: ‘Classificação é a identificação da categoria ou grupo ao qual um indivíduo ou objeto pertence com base nas suas características observadas. Quando as características constituem um conjunto de medidas numéricas, a colocação nos grupos é chamada por alguns estatísticos de discriminação, e a combinação dessas medidas é chamada função discriminante’.

Há pouca diferença entre a definição anterior e uma definição do século XIX: ‘Em todo ato de classificação devem-se dar dois passos; devem-se selecionar certas marcas, a presença delas é a condição para admissão nas classes, e então devem ser designados todos os objetos que as possuem. Quando as marcas selecionadas são realmente importantes e intimamente ligadas com a natureza e função das coisas, a classificação é dita natural; quando elas são dispostas de tal maneira que não afete materialmente a natureza dos objetos e se colocam entre coisas com propriedades principais de mais variada natureza, são ditas artificiais [...] as vantagens da classificação são as de prover uma forma conveniente para nossas conquistas e aumentar nosso conhecimento sobre as relações em que os objetos estão um para o outro [...]’.

Segue-se agora uma concepção do século XVIII:

‘Todos [os seres] são nuançados e variam em diferentes graus na natureza. Não há nenhum ser que não tenha acima ou abaixo dele outro ser com o qual compartilhe algumas características e com o qual não difira com relação a outras características’;

e outra do século XVII: ‘A natureza, na produção da doença, é uniforme e consistente; tanto é assim que, para uma mesma doença em diferentes pessoas, os sintomas são, na maioria das vezes, os mesmos; e os mesmos fenômenos que você observaria na doença de um Sócrates seriam observados na doença de uma pessoa qualquer. Apenas assim as características universais de uma planta são estendidas para todos os indivíduos da espécie; e quem quer que (falo a título de ilustração) descrevesse acuradamente a cor, o gosto, o cheiro, a figura, etc., de uma única violeta iria achar que sua descrição é válida, lá ou em qualquer lugar, para todas as violetas daquela espécie particular sobre a face da terra’. (BERRIOS, 2008/1999, p. 116)

Ou seja, o que podemos deduzir aqui, que concorda com o que Berrios está afirmando, é que a nomenclatura seria aquilo que *organiza o sistema de classificação*, que, por sua vez, precisa estar expresso em termos de um número de dicotomias como categórico *versus* dimensional; monotético *vs* politético; natural *vs* artificial; de cima para baixo *vs* de baixo para cima; estruturado *vs* lista; hierárquico *vs* não hierárquico; exaustivo *vs* parcial; ideográfico *vs* nomotético. Em outras palavras, a nomenclatura advém também dos paradigmas vigentes sobre os quais a atualidade da produção científica de um campo está pautada.

Historicamente, podemos notar que a psiquiatria tem deslizado suas produções em paradigmas como o da *alienação mental*, proposta por Pinel, seguido pelo paradigma das *doenças mentais*, o que rompe com a ideia de uma única afecção e introduz um movimento em que são desenvolvidas várias e extensas descrições realizadas por alienistas, como, *estruturas psicopatológicas*, sobre as quais Guillermo Izaguirre em seu capítulo *Elogio ao DSM*, 2011, do livro *O livro negro da psicopatologia contemporânea*, 2011, nos fala:

surge pela influência de várias disciplinas próprias dessa época como a *Gestalttheorie* de Koelher e Koofka, a neurobiologia de Goldstein, a fenomenologia, os formalistas russos, o estudo dos mitos na antropologia do século XX, a semiologia e a linguística, as matemáticas e a psicanálise. (IZAGUIRRE, 2011, p. 15)

Segundo o que nos conta este autor, nos últimos anos deste terceiro tempo paradigmático, foram desenvolvidos novos psicofarmacos, episódio que não passa de maneira despercebida pela cultura e imediatamente traz efeitos nos estudos sobre neurociências e genética, campos que ganham mais importância nas classificações atuais, pois determinam os caminhos dos tratamentos e, portanto, dos diagnósticos que os precedem:

Com o surgimento das primeiras drogas denominadas “antipsicóticas”, não entra em crise o paradigma, mas com o aparecimento de múltiplos tipos de psicofármacos, a questão muda. *Nota do Autor:* O primeiro antipsicótico que se introduz no mercado, a clorpromazina, é de 1952. Nesse mesmo ano, surge o DSM-I. É uma coincidência, mas há relação entre a importância crescente dos tratamentos psicofarmacológicos e o sistema classificatório dos sucessivos DSMs. (IZAGUIRRE, 2011, p.16)

O DSM-III rompe com o modelo de psicopatologia estrutural – das neuroses, psicoses e perversões –, ao mesmo tempo que adota o modelo recém surgido na época, da medicina baseada em evidências (DUNKER, 2014)¹⁹, ou seja, como nos dizem as autoras Fernanda Martinhago e Sandra Caponi em seu artigo *Patologias Mentais: uma breve história das classificações psiquiátricas*²⁰, 2016, acerca do DSM-III:

O DSM-III é o marco da mudança de paradigma no âmbito da psiquiatria, que até este momento eram regidas com fundamentação principalmente na psicanálise. As patologias psiquiátricas passam a ser definidas por agrupamentos de sintomas, o que ocasionou a supressão das histórias de vida, das narrativas dos pacientes, das causas psicológicas e sociais que possivelmente causaram algum sofrimento psíquico e/ou sua manifestação em determinado comportamento. Esta transformação ocorre em função de um grupo de psiquiatras americanos, que se denominaram como neokraepelinianos, fundamentados nos novos avanços científicos, que apresentavam estudos populacionais, bancos de dados quantitativos, descobertas da neurologia, anatomopatologia cerebral e da genética, para elaborar o DSM III e as sucessivas edições do Manual. (MARTINHAGO; CAPONI, 2016, s/nº)

Apesar de esse sistema classificatório se dizer ateuórico, por disponibilizar à psiquiatria sob a ótica descritivo-terminológico um sistema de diagnóstico para a pesquisa empírico-experimental (MARTINHAGO; CAPONI, 2016), não é possível aceitar isso. Ainda que um sistema de classificação se diga dessa forma e se desvie de evidenciar uma

¹⁹ DUNKER, Christian Ingo Lenz. *Questões entre a psicanálise e o DSM. J. psicanal.*, São Paulo, v, 47, n. 87, P. 79-107, dez. 2014

²⁰ disponível em

https://www.researchgate.net/publication/315806764_Patologias_mentais_uma_breve_historia_das_classificacoes_psiquiatricas

referência ontológica ao deixar de lado as “histórias de vida dos pacientes, das causas psicológicas e sociais que possivelmente causaram algum sofrimento psíquico”, o que emerge dele são novas concepções de “doença mental”. Nesse momento, as doenças mentais independeriam de experiências pregressas, seriam simples reunião de signos, excluindo-se a preocupação etiológica, o que contribui para a compreensão do que ocorreu no âmbito da taxonomia, em que os sintomas ascenderam como classe diagnóstica, por exemplo, como foi o caso da histeria na quarta versão do manual que foi desmembrada em dissociação, dimorfismo corporal, ansiedade, depressão e fibromialgia (DUNKER, 2014); e no caso do TEA, na quinta versão, que reuniu outras classificações que teriam como principais critérios diagnósticos a tríade prejuízo na comunicação, interesses restritos e movimentos repetitivos, como veremos mais adiante. Portanto, a (a)teoria que se evidencia ainda é ontológica, mas de um *ontos* que dispensaria sua história, possível de ser desenlaçado de episódios traumáticos e lido através daquilo que se expressa no imediato do comportamento.

Com o objetivo de preparar o texto para um aprofundamento da teoria ontológica supracitada, vigente nas formas atuais de reconhecimento do adoecimento psíquico, como, por exemplo, o processo de transformação do autismo em TEA, a seguir percorreremos estruturalmente as cinco versões dos DSMs, tentando compreender como foi construído e afirmado o espaço da psicopatologia psiquiátrica da infância ao longo dos anos. Pretende-se, assim, conseguir esclarecer como o autismo foi alçado ao lugar de epidemia. Considera-se que as informações que ali constam revelam dados importantes para a compreensão de como a história da psiquiatria da infância é um resultado político da construção das classificações psiquiátricas.

2.1 O DSM-I

Herança da primeira grande guerra, a preocupação com a uniformização das nomenclaturas em psiquiatria nos Estados Unidos está presente no solo norte-americano desde 1917. Nessa época, os Estados Unidos já contavam com a adoção de um plano para a organização dos investimentos financeiros nos hospitais psiquiátricos com base nas estatísticas (APA, 1952, *tradução nossa*). Esse plano contava basicamente com a uniformização das *nomenclaturas*²¹ utilizadas pelos psiquiatras e foi anterior à primeira edição do DSM. Entre os responsáveis por sua elaboração, estavam a Associação Americana de Psiquiatria (APA) e a Associação Americana de Médicos e Psicólogos. Uma das principais preocupações desses grupos era a construção de nomenclaturas que abarcassem a sintomatologia que os soldados relatavam e que ainda não encontravam lugar formal no sistema público de saúde americano (APA, 1952, *tradução nossa*).

Saber disso auxilia na compreensão do porquê que, posteriormente, o primeiro movimento de padronização de nomenclaturas de doenças gerais, liderado pela *New York Academy of Medicine* em 1927 – o primeiro movimento de padronização de nomenclaturas de doenças que tratou de construir nomes comuns a desordens de saúde gerais e não apenas aos transtornos mentais – tem como um de seus integrantes o serviço de cuidados mentais da APA. Essa padronização, que veio a se chamar *Standard Classified Nomenclature of Disease*, continha uma parte que se referia às “doenças mentais”, que, em 1952, passou a se chamar *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*, o DSM-I (1952).

²¹ Embora seja claro que não se trata apenas de uma *nomenclatura*, pois há uma racionalidade que comanda a escolha das nomeações, no texto opta-se por manter a tradução direta da palavra *nomenclature*, que está sendo entendida por nós como uma forma de denegar a racionalidade por detrás da decisão, sugerindo uma “neutralidade política”.

Ou seja, o que é conhecido como *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* se refere, desde a sua primeira versão, mais precisamente à Unidade Psicobiológica da *Standard Classified Nomenclature of Disease*, na qual se encontravam classificações para designar “*disorders*”²² mentais de adultos e crianças, com o intuito de padronizar as estatísticas da saúde pública americana.

Segundo a explicação que pode ser encontrada na edição de 1952, as nomenclaturas propostas por essa revisão psiquiátrica procuravam:

fornece uma classificação consistente com os conceitos de neurologia e da psiquiatria modernas, que se propunham a reconhecer a natureza descritiva da época de todos os diagnósticos psiquiátricos, a fim de tornar possível o recolhimento de dados para futuros esclarecimentos de ideias sobre etiologia, patologia, prognóstico e tratamento dos transtornos. (APA, 1952, p. xxx, tradução nossa)

Essa nomenclatura, de acordo com o que pode ser lido em sua Apresentação, se limita à classificação das perturbações do funcionamento mental e não inclui diagnósticos neurológicos da patologia intracraniana. Em caso de verificação dessa condição, deveria ser realizada uma análise separada para diagnosticar se um “distúrbio mental” está ou não associado a ela antes de classificá-la (APA, p. xxxx, tradução nossa).

O esquema de diagnóstico proposto nessa edição, cujo acesso à tradução em português não tivemos, emprega o termo “*disorder*”, que, de acordo com o que encontramos nessa referência, designa um grupo de síndromes psiquiátricas relacionadas entre si. Cada transtorno, na medida do esforço empregado nessa homogeneização substantiva, chamada de sistema de nomenclaturas, é dividido em condições psiquiátricas mais específicas denominadas “*Reactions*”. As reações podem ser facilmente

²² Optou-se por não traduzir a palavra disorders nesse momento, pois ela assumiu mais de uma tradução nas versões dos DSMs em português. Apresentaremos esses significados na medida em que formos apresentando essas versões.

compreendidas com base na observação da forma de enumeração em que estão organizados:

O DSM-I continha um glossário de descrições de categorias diagnósticas nas quais fazia uso do termo “reação”, o que refletia a influência da perspectiva psicobiológica de Adolf Meyer, para quem os transtornos mentais constituíam reações da personalidade a fatores psicológicos, sociais e biológicos (APA, 2002, p.23)

Todos os transtornos mentais, segundo a edição de 1952, são divididos em dois grupos principais: (1) aqueles em que há perturbação da função mental resultante de/precipitado por uma deficiência primária da função do cérebro, geralmente devido à diminuição difusa do tecido cerebral; e (2) aqueles que são o resultado de uma dificuldade mais geral de adaptação do indivíduo, em que qualquer perturbação da função cerebral associada é considerada secundária ao transtorno psiquiátrico. Essa forma de diferenciação entre as afecções pode ser lida como uma ideia de que só seria possível uma decisão sobre um tratamento com a delimitação entre orgânico e inorgânico.

Na primeira categoria desses distúrbios, o quadro psiquiátrico caracteriza-se por prejuízo de funções intelectuais, incluindo memória, orientação, julgamento, pela superficialidade e labilidade de afetos, que, segundo o texto original, é uma condição básica desse grupo, e pode ser leve, moderada ou grave. Com bastante frequência, trata-se de uma perturbação mental presente de forma isolada, mas, se estiver associada a perturbações adicionais, é classificada de forma complementar à nomenclatura descritiva, as *qualifying phrases*: reações psicóticas, neuróticas ou comportamentais, muito embora psicótico, neurótico e comportamental sejam expressões que não são explicadas de forma muito detalhada, senão sob a forma de sua necessidade de demonstrar, no momento de fechamento de um diagnóstico, o que os médicos entendem da etiologia do transtorno e seu ancoramento na teoria psicanalítica.

O uso de termos como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico” indicavam a influência da psicanálise na construção do Manual (SIBEMBERG, 2011, p. 93).

Por exemplo, quando a *Síndrome Orgânica do Cérebro* fosse considerada resultante de fatores pré-natais, natais ou dos primeiros anos da infância e seus tempos posteriores, o distúrbio na formação do desenvolvimento intelectual e na capacidade de aprendizagem aparece como proeminente. Tais condições, anteriormente diagnosticadas na *Standard Classification* como *Deficiência Mental Secundária*, se encontram, nesta edição, listados sob formas de *Síndromes Orgânicas Crônica do Cérebro*, devido à revisão de termos pouco colaborativos com a medicina psiquiátrica. Nos casos da classificação dessa síndrome, quando se desejava enfatizar o transtorno de inteligência como o principal problema clínico, o diagnóstico poderia ser qualificado com o grau deficiência mental leve, moderada ou grave, ao passo que o quociente de inteligência seria incluído no diagnóstico. De acordo com o Manual, “essa categorização relega o defeito da inteligência à esfera de sintomatologia, ao invés de reconhecê-lo como um distúrbio mental primário”. (APA, 1952, p 10)

Essa passagem demonstra como é comum, durante as leituras dos DSMs, deparar com episódios gramaticais que distraem seu leitor do posicionamento de determinada ideia. Embora não se faça claro, o que pôde ser entendido aqui é um apontamento ao fato de que essa categoria não distingue um distúrbio primário de um secundário; ela presume e vislumbra uma névoa em torno das descrições psiquiátricas, que não deixa claro de qual posição se descreve uma categoria. Seriam isso resquícios do paradigma entre idiotia e retardo mental? Ou, em outras palavras, a falta de inteligência causaria o fracasso relacional ou seria o sintoma que embotaria o desenvolvimento da inteligência?

A nosso ver, a frase trazida acima combinada com alguns dados da leitura cadenciada dos DSMs parece, sim, estar embebida da primeira opção, pois a exclusão do Q.I. da sintomatologia psiquiátrica traz problemas, como, por exemplo, o destaque que se atribui à tentativa malsucedida em encontrar um substituto ao termo deficiência mental e que, apesar de ser um termo amplamente utilizado, tinha pouco significado para o campo da psiquiatria clínica. De acordo com a edição de 52, os termos *idiota* e *imbecil* foram substituídos pelo complemento *grave* na categoria *deficiência mental*, que foi mantida para o grupo que não apresentava uma *perturbação* intelectual e nenhum comprometimento orgânico e cerebral reconhecível no pré-natal, no nascimento ou na infância. Mas, o que se deve notar é que já, desde essa edição, a noção de mental remonta tanto ao lugar cerebral – o conjunto de funções memória, imaginação, atenção, vontade – como à potência social de um indivíduo, talvez remetendo à distinção entre entendimento e a razão, e também traz consigo o compromisso com o impasse, uma vez que variação e indefinição conceituais são necessárias para as indeterminações que encontramos nessas classificações.

No DSM-I (1952), não foram encontrados dados que indicam uma preocupação particular com a especificidade da construção nosográfica para a questão psiquiátrica da criança. A palavra *infantile* aparece apenas uma vez durante todo o manual; a palavra *infancy*, compreendida por nós como a expressão *primeira infância*, aparece nove vezes; e a palavra *childhood*, traduzida por nós como o período da vida anterior à adolescência, apareceu 24 vezes. É claro que essa contagem isoladamente não representa nada, e que ela precisa ser melhor explorada, inclusive sobre sua relação com o campo da psicopatologia psiquiátrica – o que acontecerá no capítulo que faremos uma varredura do processo do deslizamento do conceito de autismo para o conceito de transtorno do espectro autista – mas, para se ter uma ideia da diferença de aparecimento de outras

palavras nessa edição, *adolescence*, traduzido por nós para *adolescência*, também aparece nove vezes, enquanto *adult*, adulto, apareceu 13 vezes e *personality*, personalidade, apareceu 173 vezes; *conduct*, conduta, uma palavra muito associada à questão psicopatológica da criança que não se comporta de acordo com o esperado, aparece sete vezes, os seus similares *adjustment* (ou sua variante *maladjustment*) e *behavior* aparecem, respectivamente, 42 e 96 vezes, e, segundo nossos cálculos, aparecem em média 20% mais associadas às nomenclaturas que serviriam para descrever transtornos das crianças e adolescentes do que dos adultos. Por último, *autism*, traduzida por nós como autismo, apareceu 4 vezes: uma delas para descrever a forma de agrupamento identificada por *psychotic reaction*, traduzida como reação psicótica, a qual foi definida como:

uma reação psicótica pode ser definida com aquela que a personalidade, em sua luta pelo ajustamento aos estresses internos e externos, experiencia graves perturbações afetivas, autismo profundo e perda de realidade, e/ou formações deliróides e alucinações. (APA, 1952, p. 12, *tradução nossa*²³)

A segunda aparição da palavra autismo nessa edição foi para ajudar na descrição da Reação Esquizofrênica do tipo paranoica:

Este tipo de reação é caracterizado pelo pensamento autista, irrealista, com conteúdo mental composto principalmente de delírios de perseguição, e / ou de grandeza, ideias de referência e muitas vezes alucinações. (APA, 1952, p. 26, *tradução nossa*²⁴)

A terceira aparece, por sua vez, na página 28, para dizer que as Reações psicóticas em crianças que manifestam principalmente autismo serão classificadas como Reações

²³ O original: From this grouping, a psychotic reaction may be defined as one in which the personality, in its struggle for adjustment to internal and external stresses, utilizes severe affective disturbance, profound autism and withdrawal from reality, and/or formation of delusions or hallucinations.

²⁴ O original: This type of reaction is characterized by autistic, unrealistic thinking, with mental content composed chiefly of delusions of persecution, and/or of grandeur, ideas of reference, and often hallucinations.

Esquizofrênicas típicas da infância; e, por fim, a quarta aparição acontece na página 35 dessa edição, para auxiliar na descrição do tipo de pensamento da Personalidade Esquizoide.

Olhar para esses dados e questioná-los dentro do campo taxonômico psiquiátrico revela a desconfiança de que as classificações do manual em questão foram elaboradas com base na noção de personalidade e mais empregadas conjuntamente para a psicopatologia dos adultos do que para crianças, o que confirmaria a hipótese de que a introdução da criança na nosologia do DSM era insipiente e ainda não estava bem estabelecida. A fim de acompanhar o processo desse estabelecimento, vejamos a seguir como esses números se expressam nas próximas edições.

2.2 O DSM-II

Por sua vez, o DSM-II (1968) compartilha a informação de que a realização dessa edição é reflexo da expansão do conceito de que “pessoas de todas as nações vivem em um só mundo” (p.VII) e de que, com o crescimento do sucesso da Organização Mundial de Saúde (OMS) em promover sua *Classificação Internacional das Doenças* (CID) – muito utilizado em vários países –, os psiquiatras americanos foram convidados a colaborar no preparo do CID-8 (1983) – aprovado em 1966 e efetivo em 1968.

A rápida integração da psiquiatria com os outros campos da medicina também ajudou a criar a necessidade de ter a nomenclatura e a classificação psiquiátricas aproximadas com aquelas de outros médicos de outras localidades. Com esse objetivo em vista, o Conselho da Associação de Psiquiatria Americano autorizou o Subcomitê de

Classificação de *Mental Disorders*²⁵ do Comitê de Nomenclatura e Estatística dos Estados Unidos a trabalhar em parceria ao *Committee on Vital and Health Statistics*. Este é consultor do Serviço de Cirurgia Geral da Saúde Pública e foi incumbido com a responsabilidade de desenvolver as propostas de revisão americanas para o CID-8 (1983), incluindo sua Seção de *Mental Disorders*. A versão final do CID-8 (1983) foi adotada unanimemente na Nona Assembleia de Saúde Mundial em maio de 1966 e – como já dito anteriormente – efetivada em 1968, ano que coincide com a data de publicação dessa segunda edição do DSM, a qual se baseia, portanto, no CID-8 (1983).

É curioso notar que o regulamento das nomenclaturas da OMS reconhece que os países podem, em circunstâncias excepcionais, modificar inclusões dentro de uma categoria diagnóstica principal, desde que o conteúdo básico Categoria não seja alterado, o que justifica, segundo o manual, certas diferenças entre o CID-8 (1968) e o DSM-II (1968). Alguns diagnósticos que não foram bem aceitos nos Estados Unidos foram omitidos, por exemplo, *psicose pós-parto*, *melancolia involuntária* e a *Síndrome da Depersonalização* (*Psychosis with childbirth, Involutional melancholia, and Depersonalization syndrome*), mas não há nenhuma indicação de que isso tenha sido feito com diagnósticos especificamente infantis.

O que fica claro nessa edição é a tentativa de unificação sob a prerrogativa da utilidade da edição anterior ao ajudar a implementar uma nomenclatura comum a livros-textos e à literatura profissional, informação que não pode passar despercebida, já que, em concordância com o que já foi trazido na introdução dessa pesquisa a partir do artigo de Banzato, também aponta para uma literatura mais focada no auxílio da operacionalização do fazer clínico dos profissionais e na organização das estatísticas, ao

²⁵ Como não tivemos acesso à versão do DSM-II traduzida para o português, a fim de não criarmos desencontros entre o que já se sabia e o que poderia advir de uma tradução nossa, optou-se por manter alguns termos em inglês, uma vez que a versão utilizada para esta pesquisa estava nesta língua.

invés do fornecimento de diagnósticos que contemplem a particularidade do sofrimento psíquico dos pacientes, ou, em outras palavras, que tenha validade clínica.

A palavra *infantile* aparece oito vezes nessa edição; *infancy* aparece 14 vezes, *childhood* 56 vezes, *adolescence* 38 vezes, *adult* 11 vezes, *personality* 91, *behavior* 86 (sendo que 23 delas estavam associadas às afecções de crianças e adolescentes), *conduct* não aparece nessa edição, *adjustment* ou *maladjustment* apareceram 45 vezes, sendo que, dessas, 40% estavam associadas às afecções nas infâncias e adolescência e apenas 17,78% associadas às afecções de adultos ou idosos. Isso nos mostra que o transtorno psiquiátrico da criança segue sendo estabelecido na psiquiatria e está cada vez mais relacionado à questão do comportamento. A palavra *autism* aparece apenas duas vezes nessa edição através da palavra *autistic*, autístico: a primeira para descrever um dos sintomas da Esquizofrenia do tipo infantil e a segunda para descrever a forma de pensamento da Personalidade Esquizóide – pensamento autístico sem perda de reconhecimento da realidade comum (APA, 1962, p. 42, *tradução nossa*).

2.3 O DSM-III

Seguindo o que vimos acompanhando até aqui, a terceira edição que inaugura a década de 80 se introduz com a seguinte frase:

vem havendo um crescimento do reconhecimento da importância dos diagnósticos no campo da clínica e da pesquisa, o que justificaria a necessidade de clínicos e pesquisadores terem uma linguagem em comum sobre os *disorders*, pelos quais ambos são profissionalmente responsáveis.
(APA, 1980)

É nessa edição que, pela primeira vez, desde o DSM-I (1952), deparamos com passagens breves sobre a relação entre diagnóstico e tratamento como, por exemplo, o seguinte trecho:

“planejar um tratamento deve começar com uma avaliação diagnóstica precisa. A eficácia de várias modalidades de tratamentos pode ser comparada somente se os grupos de pacientes puderem ser claramente definidos” (APA, 1994, p.01).

Pensar que, até então, essa relação não havia sido trazida à tona nas discussões das edições anteriores leva-nos a questionar a possibilidade de uma mudança política do DSM, a partir daqui. Ou seja, a partir de 1980 em diante, há uma ampliação nas funções no campo de atuação desse manual, que, apesar de já ser algo presumidamente conhecido pelos profissionais do campo, só é nomeado nessa edição: o tratamento.

Essa terceira edição do Manual (1980) e sua revisão (DSM-III-TR, 1987) trazem consigo algumas mudanças estruturais diretas na maneira de realizar o diagnóstico em psiquiatria. Critérios específicos de diagnóstico são implementados, como o sistema axial e o enfoque descritivo, “que tentava ser neutro em relação às teorias etiológicas” a partir de um “trabalho empírico” (APA, 2002, pág. 23). As causas de uma doença, alegavam os responsáveis pelas novas versões, “devem constituir um princípio classificatório somente quando são claramente conhecidas” (GRINKER, 2010, pág. 129). Os aspectos psicodinâmicos dão lugar a um modelo regulamentar ou legislativo, e o conceito psicanalítico de neurose, “visto como vago e não científico”, é excluído (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, pág. 615).

Nesse manual, também não foram encontradas maiores justificativas sobre as nomenclaturas aplicadas aos casos infantis, embora haja o surgimento de uma seção importantíssima para o lugar da criança na psiquiatria, a *Disorders usually first evident in infancy, childhood or adolescence*, traduzido para edição brasileira como *Distúrbios que habitualmente se manifestam primeiro na Infância ou Adolescência*. O primeiro ponto a ser destacado é que a palavra *transtorno* não havia sido ainda implementada: o próprio Manual foi traduzido como Manual de Diagnóstico e Estatística de **Distúrbios**

Mentais. Em segundo lugar, merece destaque o fato de que, na edição em português, a palavra que designaria a fase da primeira infância, *infancy*, é suprimida e englobada pela noção mais genérica de infância, o que sabemos pelos desdobramentos políticos atuais, como a discussão sobre a implementação ou não da lei 13.438 – que solicitava a inclusão do parágrafo 5º ao artigo 14 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que tentava tornar obrigatória a adoção, pelo Sistema de Saúde Único brasileiro (SUS), de um protocolo que estabelecesse padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças de 0 a 18 meses –, que crianças e bebês não podem ser sinônimos, porque tratam-se de fases diferentes do desenvolvimento humano.

Acerca da varredura das palavras importantes para nossa pesquisa, nessa edição se constatou o aparecimento da palavra *childhood* 234 vezes, *adolescence* 219, *infantile*, 58 vezes e mais de 80% delas aparecem ao lado da palavra *autismo*, que teve ocorrência de 57 vezes; *infancy*, 61 vezes, *adjustment* (e *maladjustment*), 119 vezes, *conduct*, 133, *behavior*, 409, *adult*, 170, *personality*, 613. Nenhuma palavra teve ocorrência diminuída nessa edição. Inclusive, a palavra *conduta*, que já havia desaparecido na segunda edição, volta; personalidade, que havia tido uma redução de quase 50% em seu aparecimento, tem um aumento de 670%. Comportamento e suas variáveis como comportamental (*behavior* e *behavioral*), que haviam diminuído a incidência em quase 10% da primeira para a segunda edição, sofrem um aumento de 475% da segunda para a terceira versão do DSM. Sem contar, ainda, o aumento de 2850% do aparecimento da palavra autismo do DSM II para o DSM III, acompanhado do aumento de 725% de incidência da palavra *infantil*.

Além da retomada com força considerável da ideia de a psicopatologia estar cada vez mais amarrada à condição da personalidade, pode-se constatar que o vocabulário dessa edição inclui, com muito mais ímpeto do que as versões anteriores, bebês, crianças

e adolescentes na nosografia psiquiátrica, estabelecendo-se com mais afinco no campo psiquiátrico. Isso, como poderemos verificar nos próximos itens, segue acontecendo cada vez com mais força.

2.4 O DSM-IV

O DSM-IV (1994) tem pela primeira vez a palavra *transtorno* como tradução de *disorder*, ao invés de distúrbio, e é apresentado, logo de início, com um objetivo ainda mais amplo do que sua terceira edição. Agora, sua utilidade e credibilidade requerem foco em propósitos clínicos, de pesquisa e educacionais no campo da psicopatologia, que devem ser sustentados por bases empíricas mediante processos baseados em evidências (APA, 2002, p.21). A palavra *tratamento* aparece em um item breve, *Uso do DSM-IV no planejamento do tratamento*, em apenas 4 linhas:

A elaboração de um diagnóstico segundo o DSM-IV é apenas o primeiro passo de uma avaliação completa. A fim de formular um plano de tratamento adequado, o médico invariavelmente necessitará de muitas informações adicionais acerca da pessoa que está sendo avaliada, que vão além das exigidas para fazer um diagnóstico do DSM-IV. (APA, 2002, p. 31)

A etiologia do “transtorno” parece ter sido abandonada, porque não vemos nas classificações complementos como “Reação do tipo neurótica” ou “do tipo psicótica”.

Nesta edição, é acrescentada a Avaliação Multiaxial, explicada como cinco eixos de avaliação de I- Transtornos Clínicos/ Outras condições que podem ser foco de atenção clínica; II- Transtornos de Personalidade/ Retardo Mental; III- Condições Médicas Gerais; IV- Problemas psicossociais e Ambientais; V- Avaliação Global do Funcionamento – que facilitariam uma avaliação abrangente e sistemática que contemplaria os vários transtornos mentais e condições médicas gerais, problemas

psicossociais e ambientais e níveis de funcionamento, os quais poderiam ser ignorados se o foco estivesse na avaliação de um único problema apresentado (APA, 2002, p 59).

A brevidade dos critérios, economia de linguagem e a assertividade das declarações para as construções incorporadas também foram apresentadas em seu prefácio, assim como indícios de reaproximação ao sistema de classificação da OMS.

Esperávamos tornar o DSM-IV prático e útil, esforçando-nos por sermos breves nos conjuntos de critérios, com uma linguagem clara e descrições explícitas dos constructos incorporados nos critérios diagnósticos. (...) Houve diversas consultas entre os idealizadores dos DSM-IV e os idealizadores da CID-10, com a finalidade de aumentar a compatibilidade entre os dois sistemas. (APA, 2002, p. 21)

As nomenclaturas que incluem a questão das infâncias e da adolescência seguem crescendo exponencialmente nessa edição, como veremos a seguir. As psicopatologias que até a terceira versão estavam indicadas pelo nome, na tradução em português, *Distúrbios que habitualmente se manifestam primeiro na Infância ou Adolescência*, nesta estão como *Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na Adolescência*; nota-se, portanto, como já dito, a substituição – na tradução para o português – da palavra *distúrbio* pela palavra *transtorno* e, enquanto o primeiro “habitualmente se manifesta primeiro na infância ou adolescência”, o segundo “geralmente é diagnosticado pela primeira vez” nessas mesmas etapas do desenvolvimento humano.

Com a finalidade de averiguar o que essas palavras – distúrbio e transtorno – trazem de diferente entre si, buscou-se por suas origens. Distúrbio é uma palavra que deriva do latim medieval e aponta para aquilo que perturba a ordem²⁶, enquanto transtorno é resultante da união a) da palavra em latim *tornus*, que indica uma máquina para arredondar materiais resistentes e b) da preposição em latim *trans*, que indica além de,

²⁶ <https://houaiss.uol.com.br/pub/apps/www/v3-3/html/index.php#2>

para lá de, depois de²⁷. Curiosamente, a palavra transtorno aparece como sinônimo das expressões contratempo e contrariedade a partir de 1821 e 1881, respectivamente. Ou seja, aquilo que seria para arredondar e facilitar movimentos a partir de formas sem arestas arredondadas e, portanto, facilitar o desenrolar, o ir além, o caminhar, adquire um sentido daquilo que atrapalha e nega o devir de um percurso, que faz perder tempo. Estaria a escolha de palavra em acordo com o modo de existir preconizado, por exemplo, por uma gestão capitalista da vida? Estar doente, enlouquecer, transtorna a quem? É um contratempo para o quê, exatamente? Contradiz ou contraria que dito? Que ordem?

Não vamos nos ater a essa discussão agora, mas, certamente, a etimologia das palavras utilizadas para as classificações psiquiátricas mereceria toda uma pesquisa para si. pensando o encontro entre as formas de sofrimento e as formas de vida. Na presente pesquisa, no entanto, optou-se por realizar isso especificamente com a noção de transtorno do espectro autista, embora se introduza essa questão por meio da discussão de algumas classificações psiquiátricas utilizadas para crianças no geral.

Por exemplo, as palavras *infancy* e *childhood*, usadas exclusivamente pelo manual para se referir às duas infâncias, passam, respectivamente, de 61 para 93 ocorrências, um aumento de 40%; e de 234 para 243, um aumento de 3%, da terceira para a quarta versão. *Adolescence* aumenta 18%, de 219 ocorrências para 259, e *adult*, embora tenha um aumento muito mais significativo de 170 aparições para 310 (aproximadamente 80% maior), não fica tão grande assim quando somamos as infâncias e a adolescência, que passaram nesta edição a ocorrer 61% mais do que na anterior.

Conduta (*conduct*), seguindo a tendência da última edição, teve um aumento de 39%; personalidade aumentou de 613 aparições para 946, representando um aumento de 54,3%. *Adjustment* e *maladjustment*, traduzidos por adaptação e seus derivados,

²⁷ <https://houaiss.uol.com.br/pub/apps/www/v3-3/html/index.php#3>

mantiveram suas ocorrências bem próximas da edição anterior (119/123). O que assusta é a incidência da palavra *comportamento*, que passa de 409 ocorrências na terceira edição para 877 na quarta, representando 214, 4% de aumento. *Autism* e *autistic* caminham de 57 ocorrências para 82, ou seja, aumentaram em 43% e, por fim, *infantile* teve apenas duas ocorrências – uma associada à palavra autismo e outra a uma forma de amnésia (p. 481).

Seria possível afirmar que, cada vez mais, os anos que precedem à puberdade estão ganhando espaço no terreno da psicopatologia psiquiátrica? E a utilização das noções de personalidade e signos comportamentais para descrição das classificações em psiquiatrias aplicadas aos bebês, crianças e adolescentes, estaria a serviço de quê?

Em nosso percurso, o que pôde ser observado durante a varredura dessas dez palavras é que a ideia da personalidade está associada mais às faixas etárias como adolescência e fase adulta, mas dificilmente à psicopatologia do bebê e da criança, enquanto os signos comportamentais podem ser encontrados associados tanto aos adultos, como aos bebês, crianças e adolescente, mas estão mais associados a esses três últimos. Entretanto, ambos desempenham um papel de determinador: o bebê e a criança estariam determinadamente diagnosticados psiquiatricamente a partir de signos comportamentais, e os adolescentes ou adultos a partir de padrões de personalidade.

2.5 O DSM-V

Por sua vez, o DSM-V (2015) se propõe a “servir como um guia prático, funcional e flexível para organizar informações que podem auxiliar o diagnóstico preciso e o tratamento de transtornos mentais” (p. XLI) e *deve* (sic) funcionar em uma ampla gama de contextos. A busca por uma linguagem comum entre clínicos e pesquisadores de

diferentes orientações – biológica, psicodinâmica, cognitiva, comportamental, interpessoal, familiar/sistêmica – segue orientando o objetivo de comunicar as principais características dos *transtornos mentais*, mas, dessa vez, também se propõe de maneira *pocket*, breve, simples e ampla, porque transcende o profissional da medicina, ou da Saúde Mental:

As informações aqui resumidas são úteis para todos os profissionais ligados aos diversos aspectos dos cuidados com a saúde mental, incluindo psiquiatras, outros médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, seguindo a consultores, especialistas das áreas forense e legal, terapeutas ocupacionais e de reabilitação e outros profissionais da área da saúde. Os critérios são concisos e claros, e sua intenção é facilitar uma avaliação objetiva das apresentações de sintomas em diversos contextos clínicos – internação, ambulatório, hospital-dia, consultoria (interconsulta), clínica, consultório particular e atenção primária –, bem como em estudos epidemiológicos de base comunitária sobre transtornos mentais. (APA, 2014, p. XLI)

No lugar dos *Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na Adolescência* da edição anterior, surgem os *Transtornos do Neurodesenvolvimento*, resumidos como:

Os transtornos do neurodesenvolvimento são um grupo de condições com início no período do desenvolvimento. Os transtornos tipicamente se manifestam cedo no desenvolvimento, em geral antes de a criança ingressar na escola, sendo caracterizados por déficits no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Os déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência. (APA, 2015, p. 31)

E diferentemente de todas as outras edições, encontramos algumas explicações sobre modificações em determinadas nomenclaturas, entre elas sobre o que teria acontecido que possibilitou o surgimento do TEA:

Fusão de transtorno autista, transtorno de Asperger e transtorno global do desenvolvimento no transtorno do espectro autista. Os sintomas desses transtornos representam um continuum único de prejuízos com intensidades que vão de leve a grave nos domínios de comunicação social e de comportamentos restritivos e repetitivos em vez de constituir transtornos distintos. Essa mudança foi implementada para melhorar a sensibilidade e a especificidade dos critérios para o diagnóstico de transtorno do espectro autista e para identificar alvos mais focados de tratamento para os prejuízos específicos observados. (APA, 2014, p. XLII)

O que verificamos – a partir da leitura dos prefácios dos *Manuais Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, em que é possível o acesso às informações acerca dos processos, detalhes e demandas das construções que envolveram cada versão – é uma nova ampliação dos objetivos do uso desse instrumento. O que nas primeiras versões estava circunscrito pela demanda de esforço de ação no âmbito das Políticas Públicas, nas últimas versões se verifica, por sua vez, a pretensão de ocupar lugares não apenas norteadores dos recursos econômicos – que seriam investidos em políticas públicas –, mas também outros, como, por exemplo, o de ensino sobre psicopatologia. Esse alcance, que é pretendido pelo instrumento diagnóstico, não é tangível se não for o mais abrangente possível, o que traria, como consequência e justificaria, em nossa leitura, a necessidade de equalizar os signos diagnósticos por onde são lidos os *transtornos mentais*.

Ou seja, a noção de desajuste do comportamento traduz a universalidade pretendida pela normalização da nomenclatura diagnóstica psiquiátrica, escamoteando, por exemplo, outras perspectivas mais interessantes pelos quais as psicopatologias poderiam ser entendidas. Vejamos como se atualiza nessa edição a varredura das 10 palavras:

	DSM-I	DSM-II	DSM-III	DSM-IV	DSM-V
<i>Childhood</i>	24	56	234	243	265
<i>Infancy</i>	9	14	61	93	17
<i>Adolescence</i>	9	38	219	259	398
<i>Adult</i>	13	11	170	310	682
<i>Conduct</i>	7	0	133	186	292
<i>Personality</i>	173	91	613	943	1352
<i>Adjustment</i>	42	45	119	123	127
<i>Behavior</i>	96	86	409	877	1545
<i>Autism</i>	4	2	57	82	192
<i>Infantile</i>	1	8	58	2	2

A partir da observação da tabela acima, percebe-se um pequeno aumento da palavra *childhood* entre a quarta e a quinta edição, representando um aumento de 9,05%. No entanto, houve uma diminuição importante em relação ao aparecimento da palavra *infancy*, que passa de 93 para apenas 17 aparições da quarta para a quinta edição. Uma de nossas hipóteses para essa diminuição de aproximadamente 81,7% está atrelada ao aumento tanto das palavras *childhood-onset*, traduzida por nós como início da infância e, portanto, que pode ter o mesmo desempenho gramatical do que a expressão *infancy*. Outra hipótese para essa diminuição estaria atrelada ao aumento da palavra *adolescence*, que passou de 259 da última edição para 398, apontando para uma possível modificação na faixa etária do que se considera o período da adolescência.

Conduct segue com um aumento importante de 57% em relação à edição anterior (39%), que, embora não aparente ter tido um aumento tão alto quando consideramos o aumento de 43% da palavra personalidade na quinta edição, não pode ser desprezado.

Enquanto *conduct* passa de 186 aparições para 292, *personality* passa de 946 para 1352 aparições, levando-nos novamente à observação que já havia sido realizada na análise da quarta edição, acerca da necessidade de um estudo mais detalhado sobre o percurso do uso da noção de personalidade nos sistemas de classificação em psiquiatria. A palavra *adjustment* permanece quase imutável, tendo apenas 4 aparições a mais entre uma edição e outra.

Behavior e *behavioral*, respectivamente traduzidos na edição em português como comportamento e comportamental, aumentou de 877 para 1545, representando uma ampliação de 76% se comparada à penúltima edição, mas que, se comparado à primeira edição, esse número representa um aumento de 1600%. Ou seja, as noções de personalidade e de comportamento vêm sendo cada vez mais utilizadas para descrições de nosografias psiquiátricas, o que, a nosso ver, merece ser estudado em profundidade, porque se, por um lado, a personalidade carrega consigo algo de inverificável, o comportamento, por outro, carrega consigo apenas aquilo que seria observável, mas, justamente por isso, não traz consigo apenas significados predeterminados.

Por último *autismo* e *autistic*, como era de se esperar a partir do que foi comunicado na página 53 do DSM-V²⁸ acerca do que foi englobado pela classificação TEA, teve um aumento de 134% em suas aparições:

O transtorno do espectro autista engloba transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger. (APA, 2015, p.53)

²⁸ Autism spectrum disorder encompasses disorders previously referred to as early infantile autism, childhood autism, Kanner's autism, high-functioning autism, atypical autism, pervasive developmental disorder not otherwise specified, childhood disintegrative disorder, and Asperger's disorder.

Olhar para o caminho do que se pretendia em 1952 até o que é anunciado pela quinta e última versão do DSM é poder percorrer e se aprofundar na necessidade de compreender o que pode ser esperado da classificação diagnóstica macro e micropoliticamente. Ou seja, o que esperar socialmente de uma afecção que passa a ser utilizada 110 vezes a mais, se comparado ao utilizado na versão anterior?

3. Do Autismo infantil Precoce ao Transtorno do Espectro Autista

Com base no que foi dito até aqui acerca do processo de estabelecimento da classificação psiquiátrica para bebês, crianças e adolescentes no DSM, pretende-se agora aprofundar essa questão, focando na construção da ideia de transtorno do espectro autista.

Os trabalhos de Arnold Gesell – psicólogo americano que seguia as inspirações funcionalista e behaviorista – forneceram aos clínicos parâmetros de comparação no exame de crianças (BERCHERIE, 2001/1983, p.138). A descrição psiquiátrica realizada por Kanner (1943), a *Síndrome Autística Precoce*, configura-se como um exemplo da importância das observações de Gesell, pois, de acordo com Bercherie, 2001/1983, foi a partir delas que Kanner pôde destacar a precocidade da perda relacional neste tipo de casos, diferenciando-os das esquizofrenias infantis mais tardias (BERCHERIE, 2001/1983, p.139).

Na terceira edição do manual *Psiquiatria Infantil* (1962/1935), elaborado por Leo Kanner²⁹, o que encontramos sobre a descrição do *Autismo Infantil Precoce* é uma retomada mais resumida de seu texto de 1943 – no qual, ele comunicou onze casos de crianças que demonstraram tendência ao retraimento antes de cumprirem um ano de idade. Kanner diz que, a partir do texto de 1943, o que aconteceu foi um aumento da

²⁹ Trazida por nós no subitem 1.2 - Da loucura ao espectro.

aparição de crianças autistas na clínica e, com isso, ocorreu também um aumento de publicações similares à sua:

Em 1943 comuniquei onze casos de crianças que demonstraram tendência ao retraimento antes de cumprirem um ano de idade. Propus chamar a afecção de *autismo infantil precoce*. **Desde então, temos visto na clínica [de Baltimore] mais de 150 crianças autistas, e foram publicadas muitas observações similares de outros profissionais.** (KANNER, 1966, p. 720, *grifos nossos*)

Esse fenômeno indicado por Kanner é semelhante ao que vem acontecendo atualmente com a alteração na nomenclatura do DSM-V? O que ele poderia indicar?

No DSM-IV, foi relatado que a taxa média de prevalência do Transtorno Autista em estudos epidemiológicos era de 15 casos por 10.000 indivíduos, com relatos de taxas variando de 2 a 20 casos por 10.000 indivíduos (APA, 2002, p.101), mas que, de acordo com essa versão, ainda não estaria claro se as taxas mais altas relatadas refletem diferenças de metodologia ou um aumento da frequência do transtorno (ibidem, p. 101), enquanto, no DSM-V, a prevalência do TEA aparece descrita da seguinte maneira:

Em anos recentes, as frequências relatadas de transtorno do espectro autista, nos Estados Unidos e em outros países, alcançaram **1% da população**, com estimativas similares em amostras de crianças e adultos. **Ainda não está claro se as taxas mais altas refletem expansão dos critérios diagnósticos do DSM-IV de modo a incluir casos sublimiães, maior conscientização, diferenças na metodologia dos estudos ou aumento real na frequência do transtorno.** (APA, 2014, p.55, *grifos nossos*)

Ou seja, se para a quarta edição do DSM, estariam previstos, aproximadamente, 487,5 mil pessoas diagnosticadas com transtorno autista nos Estados Unidos, a mesma fórmula estatística revela, na população brasileira, 310,5 mil casos. No entanto, os dados atualizados apontam que o número de casos de diagnóstico de TEA pode chegar a 3,25

milhões nos EUA e 2,7 milhões no Brasil. Como já dito no início da presente pesquisa³⁰, o dado mais atual, publicado apenas um ano após o lançamento do DSM-V, sobre a prevalência de crianças com esse diagnóstico está em torno de 1 caso a cada 68 crianças^{31/32}, o que representa um aumento de aproximadamente 50% na prevalência desse diagnóstico em comparação ao 1% indicado na quarta edição. Em outras palavras, a estatística de pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro autista passou de 1 para 1,5% da população. Para o leitor acompanhar o que significa essa mudança em números absolutos, os 3,25 milhões de americanos passam a ser 4,875 milhões (quatro milhões oitocentos e setenta e cinco mil pessoas) e os antigos 2,07 milhões de brasileiros passam a ser 3,105 milhões.

Então, o que a repetição do aumento de pessoas diagnosticadas com autismo infantil precoce na época de Kanner e com transtorno do espectro autista tem em comum? Pelo visto até aqui, é possível compreender que haja uma variação do número de pessoas diagnosticadas em decorrência da forma que se estabeleceu a classificação diagnóstica TEA, mas quando é que essa variação começa a indicar que tal modificação na classificação foi um erro? Quem disse, por exemplo, que déficit nas comunicações, nas formas de interações, interesses restritos e comportamentos repetitivos aliados à possibilidade da ocorrência no início do desenvolvimento humano são indícios necessariamente do mesmo espectro de uma afecção? Vejamos.

A descrição do autismo infantil precoce no manual de Kanner traz pontos que ainda são questões clínicas bastante atuais. Por exemplo, o enquadramento do *Autismo*

³⁰ Trazido na Introdução.

³¹ Dado epidemiológico que, por provir do mesmo manual de diagnóstico e estatística utilizado pelo SUS, na ausência de um censo brasileiro próprio, é assumido por nós como possível de ser replicado no Brasil.

³² Centers for Disease Control & Prevention (CDC) disponível em <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/Committees-Councils-Sections/Council-on-Children-with-Disabilities/Pages/Recent-Information.aspx>

Infantil Precoce como uma forma da *Esquizofrenia*, e a questão do diagnóstico diferencial entre autismo e surdez ou, naquele momento, autismo e debilidade mental. O denominador comum destacado por Kanner (1966) nessas crianças diz respeito à impossibilidade de elas estabelecerem, desde o início da vida, conexões simples com as pessoas e situações, o que para o médico seriam as condições essenciais para o diagnóstico de autismo (KANNER, 1966, p.723).

Ele também observou que os pais de tais crianças interpretam essa questão relacional como vontade de autonomia (ibidem, p. 720), porque são crianças que se retiram (do original *enquistan*) das relações, e, por isso, também foram interpretadas por seus pais, frequentemente, como crianças que ficam felizes quando são deixadas sozinhas – comportando-se como se as pessoas que as rodeiam não estivessem ali. Kanner também detecta que os pais comumente se referem aos seus filhos como detentores de uma sabedoria silenciosa.

Kanner (1962/1935) salienta que as histórias clínicas indicam que há, invariavelmente, desde o começo da vida dessas crianças, uma extrema inclinação à solidão autista, distanciando o entorno da criança. Quase todas as mães, segundo o psiquiatra, lembram o susto que viveram ao perceberem que seus filhos não adotaram à posição própria das crianças que querem ser tomadas nos braços (p. 721). Ele entende isso como uma *forma de desadaptação* relativa ao quadro clínico em oposição ao que deveria cumprir-se em todas as crianças aos quatro meses de idade.

Kanner também apresenta alguns números: aproximadamente dois terços dessas crianças aprendem a falar, mas a linguagem que adquirem não lhes serve, a princípio, como meio de comunicação, detalhando sua descrição acerca de seu uso da seguinte maneira:

Os substantivos não oferecem dificuldades; as crianças retêm com notável facilidade inclusive palavras grandes e raras. Têm uma excelente memória mecânica para recordar poesias, canções, listas de presidentes e coisas pelo estilo; os pais se sentem orgulhosos pensando que seu filho é uma criança prodígio.

Ao que diz respeito à linguagem como um meio de comunicação, não há diferenças entre as crianças que falam e as que não falam. Às vezes os que não falam surpreendem os observadores pronunciando palavras soltas. Uma criança disse uma vez, claramente, “boa noite”; outra “jaleco”; outra “mamãe”; outra “neném”, “chocolate” e “bombom”.

As frases que as crianças formam são combinações de palavras que elas repetem como papagaios; em alguns momentos voltam a repeti-las e em outros as guardam para mais tarde, o que poderíamos chamar de ecolalia retardada. A afirmação pode ser entendida através da repetição literal da pergunta. “Sim” é um conceito que demoram muito a adquirir. Uma criança aprendeu a dizer “sim”, quando seu pai lhe disse que respondesse “sim”, ele o levaria de cavalinho. A palavra “sim” passou a significar o desejo que ele tinha em ser carregado desta forma. (...)

Para eles as palavras representam um significado inflexível e não podem usá-las para mais nada além do significado de quando a aprenderam. (KANNER, 1966/1935, p.172.)

Ou seja, a questão do uso da linguagem, dos interesses restritos e de comportamentos repetitivos comparecem desde Kanner (1962/1935) e permanecem até hoje como um conjunto de sinais característicos para o diagnóstico de transtornos do espectro autista. Nos DSMs, algumas outras classificações também englobam esses sinais. Levando isso em consideração, faremos um passeio por essas classificações nas diferentes revisões do DSM para poder enriquecer a discussão sobre a epidemia de diagnósticos de TEA e a forma de diagnosticar preconizada pelo DSM.

No DSM-I, o autismo aparece como um sintoma da “Reação Esquizofrênica, tipo infantil”, categoria na qual são classificadas as reações psicóticas em crianças com manifestações autísticas:

000-x28 Reação esquizofrênica, do tipo infantil

Aqui serão classificadas as reações esquizofrênicas que ocorrem antes da puberdade. O cenário clínico pode se diferenciar das reações esquizofrênicas de outras faixas etárias, porque a imaturidade e a plasticidade do paciente no momento de início da reação. Reações psicóticas em criança, que manifestam primeiramente autismo, serão classificadas aqui. Podem ser adicionadas ao diagnóstico manifestações sintomatológicas especiais. (APA, 1952, p. 28, *tradução nossa*)³³

e que, portanto, ainda não era apresentado como uma entidade nosográfica. No DSM-II, a categoria passa a ser descrita como:

295.8* Esquizofrenia, do tipo infantil

Esta categoria é para casos nos quais sintomas esquizofrênicos aparecem antes da puberdade. Essa condição pode se manifestar por comportamentos autista, atípico e retraído; falha no desenvolvimento de uma identidade separada da mãe; e descontinuidade [unevenness], imaturidade evidente e inadequação no desenvolvimento. Esses defeitos de desenvolvimento podem resultar em retardo mental, que também deve ser diagnosticado. (Essa categoria é utilizada nos Estados Unidos e não aparece na CID-8. É equivalente à “Reação esquizofrênica, do tipo infantil” no DSM-I). (APA, 1968, p.35, *tradução nossa*)³⁴

e mantém o comportamento autístico como uma das manifestações de esquizofrenia na infância, ou seja, o autismo permanece sendo um sintoma.

No DSM-III, o diagnóstico de “Esquizofrenia tipo infantil” desaparece, sob a alegação de que é extremamente raro na infância (APA, 1989), e são colocadas dentro dos *Distúrbios que habitualmente se manifestam primeiro na infância ou adolescência* três entidades diagnósticas: Retardamento Mental; Distúrbios Específicos de

³³ No original: **Schizophrenic reaction, childhood type** : Here will be classified those schizophrenic reactions occurring before puberty. The clinical picture may differ from schizophrenic reactions occurring in other age periods because of the immaturity and plasticity of the patient at the time of onset of the reaction. Psychotic reactions in children, manifesting primarily autism, will be classified here. Special symptomatology may be added to the diagnosis as manifestations.

³⁴ No original: **Schizophrenia, childhood type***: This category is for cases in which schizophrenic symptoms appear before puberty. The condition may be manifested by autistic, atypical, and withdrawn behavior; failure to develop identity separate from the mother's; and general unevenness, gross immaturity and inadequacy in development. These developmental defects may result in mental retardation, which should also be diagnosed. (This category is for use in the United States and does not appear in ICD-8. It is equivalent to "Schizophrenic reaction, childhood type" in DSM-I.)

Desenvolvimento e Distúrbios Globais de Desenvolvimento (DGD), na qual o autismo passa a ser nomeado Distúrbio Autista, passando pela primeira vez à condição de entidade nosográfica.

Para Distúrbios Globais do Desenvolvimento, encontramos a seguinte descrição:

Os distúrbios nesta sub-classe são caracterizados pelo **comprometimento qualitativo do desenvolvimento da interação social recíproca, do desenvolvimento das habilidades de comunicação verbal e não-verbal e da atividade imaginativa**. Muitas vezes há um repertório de atividades e interesses, marcadamente restritos, que frequentemente são estereotipados e repetitivos. A gravidade e a expressão deste comprometimento varia grandemente de criança para criança. (...)

Vários termos diagnósticos, incluindo Desenvolvimento atípico, Psicose Simbiótica, Psicose Infantil, Esquizofrenia Infantil e outros, foram usados para descrever estes distúrbios no passado. Contudo, as descrições clínicas têm sobreposições típicas; e excluindo o Distúrbio Autista, sub-tipos geralmente reconhecidos não têm emergido. Embora, algumas investigações sugerissem que estes distúrbios eram contínuos com as psicoses adultas (por exemplo, a Esquizofrenia), pesquisas substanciais sugerem que elas não estão relacionadas com as psicoses adultas. Por esta razão, e pelas dificuldades de avaliar a psicose na infância, o termo psicose não foi usado aqui para rotular este grupo de distúrbios: Distúrbios Globais do Desenvolvimento é usado porque ele descreve precisamente a essência clínica da perturbação, na qual muitas áreas básicas do desenvolvimento psicológico são afetadas ao mesmo tempo e em níveis graves.

Esta classificação reconhece somente um sub-grupo da categoria geral Distúrbios Globais do Desenvolvimento: Distúrbio Autista, também conhecido como Autismo Infantil, e Síndrome de Kanner. (APA, 1989, p. 36, *grifos nossos*)

Importante notar como o autismo, que era apenas um sintoma da Esquizofrenia, carente de uma descrição mais cuidadosa até as duas últimas edições antes desta, não apenas foi alçado à categoria de nosografia, mas foi reconhecido como único integrante de um sub-grupo inteiro dentro dos distúrbios que habitualmente se manifestam na infância e adolescência, e que esse aparecimento é justificado ao mesmo tempo que se apresenta o desaparecimento do termo psicose. Uma vez que não foi explicado aos

leitores e usuários do manual por que se optou por esta supressão, pela escolha das pesquisas que sugeriram que os DGDs não estariam relacionados às psicoses adultas em detrimento das investigações que sugeriram o oposto, resta aos clínicos do campo da Saúde Mental da criança indagar essa escolha: a propósito de que ela foi feita? Será que se pode afirmar que essa saída foi apenas a *mais prática*? A única que levava em consideração a dificuldade da avaliação da psicose na infância supracitada? Ou não?

A fim de avançar nessa discussão, apresentou-se abaixo a descrição das características diagnósticas do distúrbio autista da terceira edição do DSM, considerado por nós um marco para a presente pesquisa, pois, como o leitor poderá acompanhar, daqui em diante, todas as descrições que virão posteriormente a esta trarão em si as mesmas características diagnósticas presentes no distúrbio autista, variando apenas em intensidade em outras classificações, a saber: a incapacidade qualitativa na interação social recíproca, a incapacidade qualitativa na comunicação verbal e não-verbal, repertório de atividades e interesses restritos, em momentos iniciais do desenvolvimento humano. Outro ponto de importante destaque nessa descrição é a noção de *atividade imaginativa*, muito embora não seja explicitado o que se entende por ela:

299.00 Distúrbio Autista.

As características essenciais constituem uma forma de distúrbio Global de Desenvolvimento grave com idade inicial na primeira infância ou na infância. As outras características do distúrbio são descritas abaixo: A) **Incapacidade qualitativa na interação social recíproca**; B) **Incapacidade qualitativa na comunicação verbal e não-verbal e na atividade imaginativa**; C) **Repertório de atividades e interesses acentuadamente restritos**; D) Início na primeira Infância ou infância. (APA, 1989, p, 41-42, *grifos nossos*)

Na quarta edição do Manual (1994) e sua revisão (2002), o autismo se mantém como entidade nosográfica de referência para novas classificações de TGD, dos quais

passam a fazer parte além do Transtorno Autista, o Transtorno de Rett, o Transtorno Desintegrativo da Infância e o Transtorno de Asperger, todos esses sob a égide dos, agora nomeados, **Transtornos**³⁵. Geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência, são descritos da seguinte maneira:

a) 299.00 Transtorno Autista

As características essenciais do Transtorno Autista consistem na presença de um **desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses**. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do indivíduo. O transtorno autista é chamado, ocasionalmente, de autismo infantil precoce, autismo da infância ou autismo de Kanner. (APA, 2002, p.99, *grifos nossos*)

Aqui deparamos novamente com o comprometimento da interação social recíproca, com o comprometimento do uso de múltiplos comportamentos não verbais (p. ex., contato visual direto, expressão fácil, posturas e linguagem corporal) que regulam a interação social e a comunicação (p.99); com o comprometimento da comunicação, que também seria acentuado e persistente, e que afetaria tanto as habilidades verbais quanto as não verbais, podendo haver, inclusive, atraso ou ausência total do desenvolvimento da linguagem falada (p.99); e, por último, com os padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, como possibilidade de

³⁵ **Definição de transtorno mental (APA, 2002, p.27-28):** (...) Apesar dessas deficiências, a definição de transtorno mental presente no DSM-III e no DSM-III- R é aqui apresentada por ser tão útil quanto qualquer outra definição disponível e por ter ajudado a orientar decisões relativas a que condições, nos limites entre a normalidade e a patologia, devem ser incluídas no DSM-IV. Neste, os transtornos mentais são concebidos como síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento (p. ex., sintoma doloroso) ou incapacitação (p.ex., prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade. Além disso, essa síndrome ou padrão não deve constituir meramente uma resposta previsível e culturalmente aceita diante de um determinado evento, por exemplo, a morte de um ente querido. Qualquer que seja a causa original, a síndrome deve ser considerada no momento como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo. Nem o comportamento desviante (p.ex. político, religioso ou sexual), nem conflitos ente o indivíduo e a sociedade são transtornos mentais, a menos que o desvio ou o conflito sejam sintomas de uma disfunção no indivíduo como descrito antes.

preocupação diagnóstica acerca de sua anormalidade, intensidade ou foco, já que estes trariam consigo uma adesão inflexível a rotinas ou rituais específicos e não funcionais, maneirismos motores estereotipados e repetitivos ou uma preocupação persistente com partes de objetos (p.99).

O Transtorno de Rett é acompanhado de uma descrição mais breve do que a anterior, que, no entanto, também contém as três características diagnósticas utilizadas na explicação das características do Transtorno Autista, citado acima:

b) 299.80 Transtorno de Rett

A característica essencial do Transtorno de Rett **consiste no desenvolvimento de múltiplos déficits específicos após um período de funcionamento normal durante os primeiros meses de vida.** Os indivíduos têm um período pré-natal e perinatal aparentemente normal, com desenvolvimento psicomotor normal durante os primeiros cinco meses de vida. O perímetro cefálico ao nascer também está dentro dos limites. Ocorre também, entre os 5 e 30 meses de idade, uma perda das habilidades manuais voluntárias anteriormente adquiridas, com desenvolvimento subsequente de movimentos estereotipados característicos, que se assemelham a torcer ou lavar as mãos. **O interesse pelo ambiente social diminui nos primeiros anos após o início do transtorno,** embora a interação social possa frequentemente se desenvolver mais tarde. **Aparecem problemas na coordenação da marcha ou movimentos do tronco.** Existe, também, **severo prejuízo no desenvolvimento da linguagem expressiva ou receptiva, com severo retardo psicomotor.** (APA, 2002, p. 104, *grifos nossos*)

O Transtorno desintegrativo da infância também possui uma descrição mais breve do que a do Transtorno Autista, mas, da mesma forma que o transtorno de Rett, traz consigo, além das características que seriam específicas de si, os sinais que já vimos no Transtorno Autista e no de Rett:

c) 299.10 Transtorno desintegrativo da infância

A característica essencial do Transtorno desintegrativo da infância consiste **numa regressão pronunciada em múltiplas áreas do funcionamento, após um período de pelo menos 2 anos de desenvolvimento aparentemente normal.** O

desenvolvimento aparentemente normal é refletido pela presença de comunicação verbal e não-verbal, relacionamentos sociais, jogos e comportamento adaptativo próprios da idade. Após os primeiros 2 anos de vida (mas antes dos 10 anos), a criança sofre uma perda clinicamente importante de habilidades já adquiridas em pelos menos duas das seguintes áreas: linguagem expressiva ou receptiva, habilidades sociais ou comportamento adaptativo, controle esfinterianos, jogos ou habilidades motoras. Mais tipicamente, as habilidades adquiridas são perdidas em quase todas as áreas.

Os indivíduos com este transtorno exibem déficits sociais e comunicativos e aspectos comportamentais geralmente observados no Transtorno Autista. Existe um comprometimento qualitativo na interação social e na comunicação e padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades. A perturbação não é melhor explicada por outro TGD ou por Esquizofrenia. Esta condição também é conhecida como síndrome de Heller, demência infantil ou psicose desintegrativa. (APA, 2002, p. 105, *grifos nossos*)

O próximo, e último, integrante dos Transtornos Globais do Desenvolvimento, apesar de trazer consigo uma descrição de suas características diagnósticas mais longa do que as duas últimas, não fica de fora do conjunto dos transtornos que podem ser diagnosticados muito cedo na vida, devido a problemas na comunicação, no comportamento e na interação social:

d) 299.80 Transtorno de Asperger

As características essenciais do transtorno de Asperger consistem num **comprometimento grave e persistente da interação social e no desenvolvimento de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades.** A perturbação deve causar comprometimento clinicamente importante nas áreas social, ocupacional ou outras. Em contraste com o transtorno autista, não há atrasos ou desvios clinicamente significativos na aquisição da linguagem (p. ex., uso de palavras isoladas para fins de comunicação aos 2 anos de idade e de frases comunicativas espontâneas aos 3 anos), embora aspectos mais sutis da comunicação social (p. ex., alternância na conversa) possam ser afetados. Além disso, durante os três primeiros anos da vida não ocorrem atrasos clinicamente significativos no desenvolvimento cognitivo, o que se manifesta na expressão de uma curiosidade normal diante do ambiente ou na aquisição de habilidades de aprendizagem e comportamentos adaptativos (exceto na

interação social) próprios da idade. Por último, não são satisfeitos critérios para outro transtorno global do desenvolvimento específico ou para esquizofrenia. Esta condição também é conhecida como Síndrome de Asperger.

O comprometimento da interação social recíproca é amplo e permanente. **Pode haver deficiências acentuadas no uso de múltiplos comportamento não-verbais (p. ex., contato visual direto, expressão facial, gestos, linguagem corporal) que regulam a interação e a comunicação social.** Pode haver fracasso em desenvolver os relacionamentos com as crianças da mesma faixa etária, próprios do nível evolutivo, que pode assumir diferentes formas em diferentes idades. Os indivíduos mais jovens podem ter pouco ou nenhum interesse em formar amizades, enquanto os mais velhos podem ter interesse em fazer amizades, mas não compreender as convenções que regem a interação social. Pode haver ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (p.ex., não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse). Uma falta de reciprocidade social ou emocional pode estar presente (p. exemplo, não partilhar ativamente de brincadeiras ou jogos sociais simples, preferir atividades solitárias, ou envolver outras pessoas em suas atividades somente como ferramentas ou auxílios “mecânicos”). Embora o déficit social no transtorno de Asperger seja severo e definido da mesma forma que no Transtorno Autista, a ausência da reciprocidade social se manifesta mais tipicamente por meio de uma abordagem social excêntrica e unilateral (p. ex., insistir em um assunto de conversa independentemente das reações do interlocutor) do que por meio da indiferença social e emocional.

Como no transtorno Autista, ocorrem **padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades.** Com frequência, estes se manifestam primariamente pelo desenvolvimento de preocupações insistentes a respeito de um tópico ou interesse circunscrito, sobre o qual o indivíduo pode reunir uma grande quantidade de fatos e informações. A dedicação a estes interesses e atividades é muito intensa, muitas vezes excluindo totalmente quaisquer outras atividades. (APA, 2004, p. 108, *grifos nossos*)

As descrições das características diagnósticas do Transtorno de Asperger não param por aí. Elas ainda seguem afirmando que essa afecção pode causar comprometimento clinicamente significativo da adaptação social; e que, contrariamente ao transtorno autista, não existem atrasos clinicamente significativos do desenvolvimento cognitivo ou das habilidades de autocuidado (APA, 2004, p. 108).

Por fim, mas não menos importante, o Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação é descrito da seguinte forma:

299.80 Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (incluindo Autismo Atípico)

Esta categoria deve ser usada quando existe um **comprometimento grave e global do desenvolvimento da interação social recíproca** ou de **habilidade de comunicação verbal ou não-verbal**, ou na **presença de estereotípias de comportamento, interesses e atividades**, sem que sejam satisfeitos os critérios para um Transtorno Global do Desenvolvimento específico, Esquizofrenia, Transtorno da Personalidade Esquizotípica ou Transtorno da Personalidade Esquiva. Esta categoria inclui, por exemplo, “Autismo Atípico” – apresentações que não satisfazem os critérios para Transtorno Autista em vista da idade tardia de seu início, quadros com sintomatologia atípica, sintomatologia sublimiar ou todas acima. (APA, 2002, p. 111)

É de extrema importância que o leitor se atente para essa classificação. Trata-se de uma classificação determinante para o que será apresentado como Transtorno do Espectro Autista, pois ela já era uma forma de classificar todas as psicopatologias não especificadas pelo DSM-IV, e isso será trabalhado com mais profundidade em nosso capítulo final. Mas, antes de avançarmos para as mudanças trazidas no DSM-V, faz-se necessário perguntar: o que a persistência desses sinais diagnósticos – como comportamentos repetitivos, interesses restritos, comprometimentos e particularidade nas formas de comunicação e interação social – querem dizer? De onde eles vieram? E, por fim, o que eles revelam da forma de realizar diagnósticos em psiquiatria mediante o DSM?

Por fim, o DSM-V, como dito no final do capítulo anterior, extingue a categoria *Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância e adolescência*, e a substitui pela categoria Transtornos do Neurodesenvolvimento composto pelas Deficiências Intelectuais, Transtornos de Comunicação, Transtorno do Espectro Autista,

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtorno Específico da Aprendizagem e Transtornos Motores.

O Transtorno do Espectro Autista, que nessa quinta edição englobou transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger (APA, 2015, p.53), tem seus critérios diagnósticos divididos em 4 itens:

299.00 (F.84.0) Transtorno do Espectro Autista

A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):

1. Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.
2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.
3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos.

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):

1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotípias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).
2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p.

ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).

3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).

4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).

Especificar a gravidade atual:

A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões restritos ou repetitivos de comportamento.

C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).

D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente. (APA, 2015, p.50, *grifos nossos*)

Vemos, então, tal qual nas outras descrições trazidas até aqui, a permanência dos três critérios diagnósticos no Transtorno do Espectro Autista: prejuízos nas comunicações, na interação e no comportamento, que no item Características Diagnósticas são apenas apresentados:

As características essenciais do transtorno do espectro autista são **prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social** (Critério A) e **padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades** (Critério B). **Esses sintomas estão presentes desde o início da infância** e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Critérios C e D). (APA, 2015, p.53, *grifos nossos*)

E, antes de serem mais aprofundadas, é possível encontrar a explicação do termo *espectro*, que aparece como:

Manifestações do transtorno também variam muito dependendo da gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica; daí o uso do termo *espectro*. (APA, 2015, p.53)

mas nada além disso. A descrição das características diagnósticas tem sequência com o detalhamento do que são chamados prejuízos ou déficits:

Os prejuízos na comunicação e na interação social especificados no Critério A são pervasivos e sustentados. (...) Déficits verbais e não verbais na comunicação social têm manifestações variadas, dependendo da idade, do nível intelectual e da capacidade linguística do indivíduo, bem como de outros fatores, como história de tratamento e apoio atual. Muitos indivíduos têm déficits de linguagem, as quais variam de ausência total da fala, passando por atrasos na linguagem, compreensão reduzida da fala, fala em eco até linguagem explicitamente literal ou afetada. (...)

Déficits na reciprocidade socioemocional (i.e., capacidade de envolvimento com outros e compartilhamento de ideias e sentimentos) estão claramente evidentes em crianças pequenas com o transtorno, que podem apresentar pequena ou nenhuma capacidade de iniciar interações sociais e de compartilhar emoções, além de imitação reduzida ou ausente do comportamento de outros. Havendo linguagem, costuma ser unilateral, sem reciprocidade social, usada mais para solicitar ou rotular do que para comentar, compartilhar sentimentos ou conversar. Nos adultos sem deficiência intelectual ou atrasos de linguagem, os déficits na reciprocidade socioemocional podem aparecer mais em dificuldades de processamento e resposta a pistas sociais complexas (p. ex., quando e como entrar em uma conversa, o que não dizer). Adultos que desenvolveram estratégias compensatórias para alguns desafios sociais ainda enfrentam dificuldades em situações novas ou sem apoio, sofrendo com o esforço e a ansiedade para, de forma consciente, calcular o que é socialmente intuitivo para a maioria dos indivíduos.

Déficits em comportamentos de comunicação não verbal usados para interações sociais são expressos por uso reduzido, ausente ou atípico de contato visual (relativo a normas culturais), gestos, expressões faciais, orientação corporal ou entonação da fala. Um aspecto precoce do transtorno do espectro autista é a atenção compartilhada prejudicada, conforme manifestado por falta do gesto de apontar, mostrar ou trazer objetos para compartilhar o interesse com outros ou dificuldade para seguir o gesto de apontar ou o olhar indicador de outras pessoas. Os indivíduos podem aprender alguns poucos gestos funcionais, mas seu repertório é menor do que o de outros e costumam fracassar no uso de gestos expressivos com espontaneidade na comunicação. Entre adultos com linguagem fluente, a dificuldade para coordenar a comunicação não verbal com a fala pode passar a impressão de

"linguagem corporal" estranha, rígida ou exagerada durante as interações. O prejuízo pode ser relativamente sutil em áreas individuais (p. ex., alguém pode ter contato visual relativamente bom ao falar), mas perceptível na integração insatisfatória entre contato visual, gestos, postura corporal, prosódia e expressão facial para a comunicação social.

Déficits para desenvolver, manter e compreender as relações devem ser julgados em relação aos padrões relativos a idade, gênero e cultura. Pode haver interesse social ausente, reduzido ou atípico, manifestado por rejeição de outros, passividade ou abordagens inadequadas que pareçam agressivas ou disruptivas. Essas dificuldades são particularmente evidentes em crianças pequenas, em quem costuma existir uma falta de jogo social e imaginação compartilhados (p. ex., brincar de fingir de forma flexível e adequada à idade) e, posteriormente, insistência em brincar seguindo regras muito fixas. Indivíduos mais velhos podem relutar para entender qual o comportamento considerado apropriado em uma situação e não em outra (p. ex., comportamento casual durante uma entrevista de emprego) ou as diversas formas de uso da linguagem para a comunicação (p. ex., ironia, mentirinhas). Pode existir aparente preferência por atividades solitárias ou por interações com pessoas muito mais jovens ou mais velhas. Com frequência, há desejo de estabelecer amizades sem uma ideia completa ou realista do que isso significa (p. ex., amizades unilaterais ou baseadas unicamente em interesses especiais compartilhados). Também é importante considerar o relacionamento com irmãos, colegas de trabalho e cuidadores (em termos de reciprocidade).

O transtorno do espectro autista também é definido por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (conforme especificado no Critério B) que mostram uma gama de manifestações de acordo com a idade e a capacidade, intervenções e apoios atuais. Comportamentos estereotipados ou repetitivos incluem estereotipias motoras simples (p. ex., abanar as mãos, estalar os dedos), uso repetitivo de objetos (p. ex., girar moedas, enfileirar objetos) e fala repetitiva (p. ex., ecolalia, repetição atrasada ou imediata de palavras ouvidas, uso de "tu" ao referir-se a si mesmo, uso estereotipado de palavras, frases ou padrões de prosódia). Adesão excessiva a rotinas e padrões restritos de comportamento podem ser manifestados por resistência a mudanças (p. ex., sofrimento relativo a mudanças aparentemente pequenas, como embalagem de um alimento favorito; insistência em aderir a regras; rigidez de pensamento) ou por padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., perguntas repetitivas, percorrer um perímetro). Interesses altamente limitados e fixos, no transtorno do espectro autista, tendem a ser anormais em intensidade ou foco (p. ex., criança pequena muito apegada a uma panela; criança preocupada com aspiradores de pó; adulto que gasta horas escrevendo tabelas com horário). Alguns encantamentos e rotinas podem estar relacionados

a uma aparente hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais, manifestada por meio de respostas extremadas a sons e texturas específicos, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, encantamento por luzes ou objetos giratórios e, algumas vezes, aparente indiferença a dor, calor ou frio. Reações extremas ou rituais envolvendo gosto, cheiro, textura ou aparência da comida ou excesso de restrições alimentares são comuns, podendo constituir a forma de apresentação do transtorno do espectro autista.

Muitos adultos com transtorno do espectro autista sem deficiência intelectual ou linguística aprendem a suprimir comportamentos repetitivos em público. Interesses especiais podem constituir fonte de prazer e motivação, propiciando vias de educação e emprego mais tarde na vida. Os critérios diagnósticos podem ser satisfeitos quando padrões limitados e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades estiverem claramente presentes na infância ou em algum momento do passado mesmo que os sintomas não estejam mais presentes.

O Critério D exige que as características devam ocasionar prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente. O Critério E especifica que os déficits de comunicação social, ainda que algumas vezes acompanhados por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), não estão alinhados com o nível de desenvolvimento individual e que os prejuízos excedem as dificuldades esperadas com base no nível do desenvolvimento. (APA, 2015, p. 53-55, *grifos nossos*)

O que pode ser percebido nessa nova forma de descrição além da noção de espectro é a inclusão da extensão do diagnóstico do TEA para adultos, desde que o aparecimento do quadro sintomatológico esteja presente desde a primeira infância, assim como a inclusão de maiores detalhes e explicação a respeito do que é trazido como prejuízo nas comunicações verbal e não verbal, na reciprocidade social, nos interesses restritos e comportamentos repetitivos. Enfim, havia sido construída uma classificação que abrangesse pessoas de todas as idades e que apresentavam variações e pouca flexibilidade nos comportamentos, nas habilidades das comunicações, interações e interesses.

4. Espectro para além do DSM: considerações finais

A questão da introdução de uma categoria tão abrangente, espectral, não é uma questão que fica bem explicada no percurso de leitura dos manuais, mas é de extrema importância de ser compreendida com maiores detalhes acerca da origem e outras informações que auxiliam a entender como foi seu percurso até o DSM-V.

Conforme consta no documento do Ministério da Saúde do Brasil, *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde*, 2015, foi devido aos esforços da psiquiatra e escritora Lorna Wing, que a noção de espectro hoje está associada ao campo da psicopatologia em psiquiatria (BRASIL, 2015).

No livro *Outra Sintonia: a história do autismo*, escrito por dois jornalistas, John Dovan e Caren Zucker, publicado originalmente em 2017 com o nome *In a different key* e pode-se entender com mais detalhamento como foi a participação de Lorna Wing na construção da noção de espectro e seus efeitos decisivos na forma de descrever o Transtorno do Espectro Autista. A pesquisadora, psiquiatra e mãe de uma menina que veio a ser diagnosticada com autismo, de acordo com Dovan e Zucker, 2017, tentou emplacar primeiramente a palavra *continuum*, pois ela designaria “um conceito de considerável complexidade, não uma simples linha reta entre o grave e o leve” (MESIBOV, G.; SHOPLER, E., 1988, p. 82)³⁶, mas depois ela decide substituir por *espectro*.

Essa decisão estava fadada a remodelar de forma radical a maneira como as pessoas interpretavam e reagiam ao autismo. Sua repercussão foi política, social e científica. Em suma, aquela mudança de ideia mudou a história do autismo. (DOVAN, J.; ZUCKER, C., 2017, p. 289)

³⁶ WING, L., “The continuum of Autistic Characteristics”. in: SHOPLER, Eric; MESIBOV, Gary (Orgs), *Diagnosis and Assessment in Autism*. Nova York: 1988.

De acordo com os jornalistas, utilizava um tipo de linguagem simples, compreendida por nós como ausente de tecnicismos, e que ajudava as famílias no enfrentamento do autismo, como pôde ser visto em seu livro *The Autistic Spectrum: A guide for parentes and professionals*, 1996. Ela se tornou ativista defensora das pessoas diagnosticadas com essa afecção, impulsionada, principalmente, por também se ter tornado mãe de uma menina que veio a ser diagnosticada como autista no final da década de 50 (DOVAN, J.; ZUCKER, C., 2017, p. 289). Seu marido John Wing foi quem desconfiou pela primeira vez da possibilidade desse diagnóstico, após assistir a uma palestra da psiquiatra britânica Mildred Creak – envolvida com uma das primeiras tentativas de classificar o conjunto de comportamentos que indicavam autismo (ibidem, p. 290). O autismo da filha dos Wing era grave, e Lorna se empenhou em aplicar sua formação tanto para ajudá-la a ficar fora da vida institucional como em dar assistência a outras famílias na mesma situação:

Mudou seu foco profissional, transferindo-o para um ambiente de investigação em psiquiatria infantil. Ingressou na Universidade de Psiquiatria Social de Maudsley, juntamente com John (...). O casal mergulhou na realização de estudos que acabaram chegando às centenas. Um dos projetos de pesquisa que eles monitoraram foi o estudo de Victor Lotter, que fez a primeira tentativa de mensurar a prevalência do autismo em uma população. (...) Wing também se tornou a personalidade dominante na defesa dos pais na Grã-Bretanha. Ajudou a fundar a Sociedade Nacional para Crianças Autistas do país, em 1962 (...). Também foi consultora de política científica do grupo. Nesse papel, tornou-se a intermediária, conectando os pais com a comunidade científica, (...) sendo a única pessoa em Londres com participação nos dois campos. (DOVAN, J.; ZUCKER, C., 2017, p. 289)

Segundo os jornalistas, Wing não deixava explícita sua relação íntima com o autismo, porque a comunidade médica duvidava de sua capacidade de fazer ciência de maneira objetiva, quando tinha acesso a essa informação. Foi ela quem escreveu pela primeira vez um guia para profissionais e pais de crianças com autismo, no qual mostrou

a importância de questões básicas, por exemplo, como os pais deviam dirigir –se aos filhos pequenos. A repercussão desse livro entre as famílias que tinham crianças diagnosticadas como autistas, segundo os autores, parece ter sido muito boa. Houve tradução para diversas línguas estrangeiras (Ibidem p. 290).

O casal foi responsável, a partir dos anos 60, pela coordenação da catalogação de todos os casos de solicitação de atendimento do serviço de psiquiatria do governo no distrito londrino de Camberwell, que serviu tanto para garantir que o governo provesse serviços adequados aos usuários do sistema de saúde, quanto para produzir um banco de dados para a pesquisa psiquiátrica (DOVAN, J.; ZUCKER, C., 2017, p. 303).

Em 1972, Wing tinha um novo e importante objetivo para esses arquivos:

Queria explorar uma complicação particular encontrada com frequência pelos pesquisadores que tentavam contar o número de pessoas com autismo em qualquer população. Tratava-se do problema de como explicar gente que estava quase fora do alvo. Tais indivíduos, em geral parentes de pessoas que haviam sido diagnosticadas com autismo, também apresentavam algumas características evidentemente autistas, mas não o bastante para que chegassem a merecer um diagnóstico. Algo na sua linguagem talvez, ou no comportamento social, evocava de maneira inequívoca partes do transtorno geral tal como era compreendido na época. (...)

Estava na hora de deixar de considerar significativos apenas atributos que se encaixassem em uma síndrome supostamente hermética, como fez Kanner. Isso eliminava muita gente que precisava de ajuda, ou, como ela escreveria mais tarde “tinha o efeito de excluir aqueles que não se ajustavam com perfeição às categorias.” (...) coisa que lhe deu consciência das consequências, nas famílias, de um sistema de rotulação que não levava em conta a sua necessidade de ajuda. Por esse critério, escreveu ela, produzir definições estreitas “não se mostrou útil na prescrição de tipos de educação, de administração de comportamento, de medicação ou outro tratamento”. (Ibidem, p.292)

Foi então que, juntamente à Judith Gould, psicóloga que trabalhava com avaliações cognitivas de crianças, Dovan e Zucker contam que ela propôs a “tríade de

incapacidade”, composta pelo que elas consideravam incapacidades a) no conjunto usual de habilidades social de dar e receber; b) de se comunicar reciprocamente, incluindo o não verbal; c) deficiência em brincadeiras de imaginação social – enfatizando a flexibilidade e a variabilidade em todos eles (p. 294). Esse momento foi decisivo para a forma como o autismo seria descrito na literatura:

Dentro dele, argumentava Wing, as características do autismo podiam aparecer em um grande número de combinações e em infinitos matizes de intensidade, “até o limite da normalidade”. (...) Era incansável. Queria que a ideia de espectro se arraigasse e, nos anos 1980 e 1990, fez tudo que pôde para garantir que isso acontecesse. (...) **Em 1984, Wing também divulgou a ideia do espectro quando os editores do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais acharam conveniente atualizar o livro.** Naquele ano, devido à sua estatura na área, ela foi convidada a redigir o primeiro esboço dos critérios revisados para o autismo, coisa que lhe deu proeminência nos três anos de debate e negociação que se seguiram.

A sua influência se evidenciou quando da publicação da nova edição em 1987, no lugar do menu de cinco diagnósticos distintos oferecidos pela edição anterior a pessoa com características autistas – que levavam em consideração diferenças como a idade e a persistência dos sintomas – a atualização agrupou todos em apenas duas categorias.

Uma delas se chamava transtorno autista e se aplicava a pessoas cujas características eram muito próximas daquilo que Leo Kanner chamaria de autismo. Entretanto a outra se inspirava evidentemente no espectro. Era um rótulo amplo e abrangente que serviria de diagnóstico das “quase fora do alvo” – características autistas que afetavam certas pessoas, mas que não chegavam a configurar o autismo clássico. Embora cunhado na tosca linguagem do DSM, o rótulo distúrbio³⁷ global do desenvolvimento sem outra especificação passou a ser importante e muito usado. Uma das causas disso era o fato de os pediatras às vezes recorrerem a ele por saber que as mães e os pais tinham medo de ouvir a palavra “autismo”. (Ibidem, p. 298)

Não é espantoso que, a partir do que a presente pesquisa traz tanto sobre a forma de construção das classificações como o que foi apresentado acerca dos esforços

³⁷ A palavra aqui utilizada era transtorno, no entanto, na época a que os autores estão se referindo, a tradução para o português da palavra *disorder* era distúrbio, por isso, optamos pela modificação.

empreendidos pela médica e pesquisadora Lorna Wing, atualmente vivamos uma epidemia de diagnósticos de transtorno do espectro autista. O objetivo da Dra. Wing em incluir em uma classificação psiquiátrica todas as pessoas – de qualquer faixa etária – que apresentassem mínimas variações na tríade das incapacidades foi atingida. No entanto, fica claro para nós que Lorna Wing realizou todo esse movimento para poder garantir que as instâncias governamentais cabidas assistissem às pessoas diagnosticadas com autismo, independente do grau, e seus familiares. Não se pode afirmar que a médica em questão poderia ter previsto todas as consequências advindas da criação de um diagnóstico potencialmente tão abrangente, como, por exemplo, a geração de uma epidemia diagnóstica nas proporções apresentadas inicialmente. Fato que, primeiramente, não a desimplica dessas consequências nem nos desobriga, desde o lugar de clínicos e profissionais da saúde mental, tanto a empreender em um movimento de reposicionamento semântico e classificatório, como a exigir das instituições que auxiliaram, global e localmente, que a categoria TEA seja extinta e em seu lugar sejam criadas outras classificações com outros critérios diagnósticos, e, em segundo lugar, tampouco nos afasta da responsabilidade de analisar o motivo pelo qual a categoria TEA adquiriu essa dimensão social, tanto de epidemia como de produto a ser consumido. Ou seja, olhar para a epidemia de diagnósticos de TEA é importante, mas é necessário também olhar para o que favoreceu sua propagação social ao longo dos anos.

Macropoliticamente, uma epidemia influencia diretamente tanto na alocação de recursos públicos de um território como na elaboração de políticas públicas de enfrentamento de determinada epidemia. Por que o tema das políticas públicas interessa ao debate que envolve a epidemia de diagnósticos de transtorno do espectro autista? Políticas públicas podem ser definidas como “a soma de atividades dos governos, que agem diretamente ou por delegação” (FRANZESE, 2011, p.21) e estão sujeitas a um

processo de construção, que, entre outras coisas, leva em conta a epidemiologia de uma afecção.

De acordo com Cibele Franzese, em seu capítulo “Administração Pública em contexto de mudança”, 2011, o processo de elaboração de uma política pública pode ser dividido em quatro: a construção da agenda, a formulação das alternativas de enfrentamento até a implementação e avaliação delas. No campo da Saúde Pública é a partir de dados numéricos expressos em proporções populacionais, a epidemiologia, que se tomam decisões, por exemplo, sobre alocação de recursos econômicos em leitos hospitalares, campanhas de vacinação, etc. A avaliação dos resultados da ação governamental, é essencial para a validação e aplicação no território nacional. Nessa fase, é que se tem notícias sobre os resultados produzidos pela implementação. “Esses resultados podem ser observados sob óticas diferentes, dentre as quais destacamos três: eficiência, eficácia e efetividade” (FRANZESE, 2011³⁸).

A avaliação da eficiência mensuraria a relação de custo-benefício da política implementada. Isto é, permite observar se os recursos financeiros, de tempo e força de trabalho, foram alocados da forma que produzisse o melhor resultado possível. A avaliação da eficácia é aquela que compara o que estava previsto para ser atingido anteriormente à implementação da ação e o que de fato foi possível de ser atingido. A avaliação da efetividade, por sua vez, analisa o impacto causado por determinada política pública na sociedade, não apenas os diretamente beneficiados por ela, mas toda a comunidade.

Pfifer (2000) ressalta que a efetividade vai além do escopo gerenciável de um programa, uma vez que não depende exclusivamente da ação do gestor. Por exemplo, o fato de um programa de atendimento pré-natal realizar o número de consultas

³⁸ FRANZESE, Cibele. “Administração pública em contexto de mudança”. In: *Gestão e política pública em saúde*. Ed. Hucitec Cealag. 2011.

previstas e atingir a cobertura populacional esperada (dimensão de eficácia) não quer dizer, necessariamente, que o impacto desse programa será a redução da mortalidade infantil (dimensão de efetividade). Podem ocorrer casos de mortalidade de recém-nascidos ligados, por exemplo, a fatores não evitáveis durante o pré-natal, como, por exemplo, má-formação do feto ou problemas de saneamento básico na região. (ibidem, pg. 25)

No Brasil, há algumas políticas públicas para pessoas diagnosticadas com TEA, dentre elas, as *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*, 2014, e 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*, 2015. A primeira opta pelo enfrentamento do TEA desde a noção de *reabilitação*, de acordo com as *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*, 2014:

Conforme o documento-base para gestores e trabalhadores do SUS (Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 4a ed., 2008), “habilitar” é tornar hábil, no sentido de destreza/inteligência ou no sentido de autorização legal. O “re” constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era. A questão que se coloca no plano do processo saúde/doença é se é possível “voltar atrás”, tornar ao que era. O sujeito é marcado por suas experiências, pelo entorno de fenômenos, relações e condições históricas. Neste sentido, sempre muda. Então, a noção de “reabilitar” é relativamente problemática. Na Saúde, estaremos sempre desafiados a habilitar o sujeito a uma nova realidade biopsicossocial. No entanto, o sentido estrito da volta ou reconquista de uma capacidade antes existente ou legal pode ocorrer. Nestes casos, o sentido do “re” e “habilitar” se aplica. (BRASIL, 2014, p.68)

Por sua vez, 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* é um documento com mais detalhes sobre os percursos do TEA, da Saúde Mental no Brasil desde a reforma psiquiátrica, e que destinos podem ser construídos para as pessoas diagnosticadas com TEA, dentro da Rede de Atenção Psicossocial no SUS.

Em um comunicado³⁹ realizado em 02 de abril de 2009 – dia Mundial de Conscientização sobre Autismo –, o então Secretário-Geral das Nações Unidas Ban Ki-moon afirmou que o autismo afeta 35 milhões de pessoas no mundo. No Brasil, embora não existam especificamente censos confiáveis, que permitam definir tais proporções, pode-se encontrar em uma reportagem publicada pela Revista Época, em 2009, a informação de que haveria 2 milhões de autistas não diagnosticados em território brasileiro – dado que foi incorporado pela agência de imprensa do Ministério da Saúde⁴⁰. Cinco anos após essa divulgação, o DSM-V traz como, prevalência do TEA a seguinte base de cálculo:

Em anos recentes, as frequências relatadas de transtorno do espectro autista, nos Estados Unidos e em outros países, alcançaram **1% da população**, com estimativas similares em amostras de crianças e adultos. **Ainda não está claro se as taxas mais altas refletem expansão dos critérios diagnósticos do DSM-IV de modo a incluir casos sublimiares, maior conscientização, diferenças na metodologia dos estudos ou aumento real na frequência do transtorno.** (APA, 2014, p.55, *grifos nossos*)

Acreditar nesse dado, contudo, é o mesmo que chamar um composto químico de água só por ele possuir dois átomos de hidrogênio e um de oxigênio. A psicopatologia possuir como característica diagnóstica a tríade das incapacidades, determinadas por Wing e Gould em 1972 (DOVAN, J.; ZUCKER, C., 2017, p.272), não a torna necessariamente relacionada ao autismo. Octávio Domont de Serpa Jr, em seu artigo

³⁹ Disponível em <http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/2009/04/autismo-afecta-35-milhoes-de-pessoas/index.html>. Acessado em 12/03/2017.

⁴⁰ Brasil. Ministério incorpora primeiro medicamento para autismo. Disponível. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/14590-ministerio-incorpora-primeiro-medicamento-para-autismo>. Acesso em 08/10/2015.

Indivíduo, Organismo e Doença: a atualidade de “O Normal e o Patológico” de Georges Canguilhem, 2003⁴¹, faz a seguinte reflexão:

Há cerca de dez anos tivemos a publicação da última edição dos dois principais sistemas classificatórios usados internacionalmente em psiquiatria e saúde mental, a CID-10 (1993) e o DSM-IV (1994). Uma tendência se delineava nestas novas edições dos dois principais sistemas classificatórios em âmbito nacional: a expansão do número de categorias diagnósticas incluídas em cada uma delas. A CID-10 incluía 100 categorias contra 30 na CID-9 (1978), enquanto o DSM-IV incluía 297, contra 292 no DSM-III-R (1987), 265 no DSM-III (1980) e – o maior salto – 180 no DSM II (1968). E o que pudemos notar, a medida em que aquelas novas edições entraram em uso, foi que esta explosão de diagnósticos se fez às expensas de um processo de patologização do normal.

Este movimento de extensão de um índice de patologia ao universo do normal já seria, em si, suficientemente rico para ser tomado como objeto de exame. Que forças e interesses estão em jogo neste processo? Como articular este movimento com as transformações pelas quais passa o mundo ocidental na modernidade tardia? Que forças e interesses estão em jogo neste processo? Como relacionar esta pulverização do patológico com as formas contemporâneas de subjetivação? (SERPA, 2003, p. 121)

Micropoliticamente, perspectiva que auxilia no necessário olhar para o que favoreceu a propagação social da categoria diagnóstica TEA ao longo dos anos, há o casamento entre os dados epidemiológicos e a cultura de consumo proveniente do capitalismo. Recentemente, houve notícias de um relatório elaborado pela Goldman Sachs⁴², destinado às empresas que investem na busca de tratamentos baseados no genoma. Esse relatório defende que os tratamentos com base na terapia genética, como todo o seu potencial de resultar na cura de algumas doenças, “oferecem uma perspectiva muito diferente no que diz respeito às receitas recorrentes, por oposição às terapias das

⁴¹ SERPA, O.D. *Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de O normal e o patológico*, de Georges Canguilhem. *Psicologia Clínica* (PUC/RJ) v. 15, n. 1, p. 121-135, 2003.

⁴² O Goldman Sachs Group, Inc. é uma empresa líder global em serviços bancários de investimento, títulos e investimentos, que fornece uma ampla gama de serviços financeiros para uma base de clientes substancial e diversificada que inclui corporações, instituições financeiras, governos e indivíduos.

doenças crônicas”, pois, estes tratamentos “trazem imenso valor para os doentes e para a sociedade”, mas, segundo os consultores de investimentos da empresa estadunidense, esse modelo de negócio pode representar um desafio para os responsáveis por estas investigações “que estejam à procura de um fluxo de caixa sustentável” (2018)⁴³.

Um dos exemplos citados pela empresa é o da Gilead, cujos tratamentos para a hepatite C têm uma taxa de cura de 90%, e que viram as vendas nos EUA cair de 12.5 mil milhões em 2015 para menos de 4 mil milhões este ano. Esta empresa é um exemplo de como o êxito do seu produto “acabou por esgotar a reserva disponível de doentes”⁴⁴. No caso dos tratamentos contra doenças infecciosas, o relatório afirma que o êxito na cura dos doentes também diminui o número de portadores capazes de transmitir o vírus, reduzindo o número de futuros utilizadores e, prossegue o relatório, afirmando que isso não acontece nos casos de doenças cancerígenas, em que “o potencial de cura coloca menos riscos à sustentabilidade” do produto.

Em outras palavras, quando a possibilidade de lucrar com uma condição de saúde é envolvida na corrida do tratamento desta condição, a sociedade fica refém do interesse pelo não esgotamento do ganho financeiro e, portanto, da manutenção perpétua do que deveria estar sendo enfrentado de verdade. A respeito do TEA, no livro *Re-thinking Autism*⁴⁵, os autores, Rebecca Mallett e Katherine Runswick-Cole dedicam o capítulo “A commodificação do autismo: o que está em jogo?”⁴⁶ à explicação desse modelo.

Pelo processo destacado até aqui, é possível argumentar que todas as categorias de deficiências têm o potencial de serem consumidas e tornarem-se uma *commodity*.

⁴³ <https://www.cnn.com/2018/04/11/goldman-asks-is-curing-patients-a-sustainable-business-model.html>

⁴⁴ Opus citatum

⁴⁵ RUNSWICK-COLE, K.; MALLET, R.; TIMIMI, S. *Re-Thinking Autism: Diagnosis, Identity and Equality*. 1ed. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2016.

⁴⁶ Tradução nossa. No original: *The commodifications of Autism: what's at stake?*

Neste sentido, o autismo não é único. No entanto, nem todas as categorias de deficiências se tornam *commodities* de sucesso, mas parece que, quando alcançam esse lugar, é principalmente porque houve parcerias público-privadas que facilitaram esse percurso.

Nós sublinhamos que os cursos educacionais, as conferências acadêmicas, os centros de pesquisa e a literatura publicada sugerem, que durante a última década, a troca de conhecimentos sobre “autismo” se tornou um grande negócio. (...) os limites entre a academia, o governo e o terceiro setor têm-se tornado de difícil reconhecimento e está cada vez mais difícil distinguir as barreiras nacionais e institucionais. Por exemplo, no momento em que estávamos escrevendo, a ICare4Autism’s – Afrincan Autism Awareness and Intervention – estava preparando para lançar um programa em Ghana. ICare4Autismo também é conhecida como o Centro Internacional de Pesquisa e Educação sobre autismo. Inc, [*International Center for Autism Research and Education, Inc.*] que é uma organização global, sem fins lucrativos baseada em Nova Iorque. Outro exemplo que cruza barreiras institucionais e nacionais é a Iniciativa Indiana em Pesquisa e Treinamento de autistas (ARTI) [*Autism Research and Training Initiative in India*], que foi fundada pela organização baseada nos Estados Unidos, Autismo Fala [*Autism Speaks*] em 2014. (MALLETT; RUNSWICK-COLE, 2016, posição 2483/8693, *tradução nossa*)

Para defender que a parceria entre governo, terceiro setor e acadêmico facilita a cultura de consumo capitalista, os autores definem o mundo globalizado como:

orientado pelo arranjo social no qual a compra e venda de bens de serviços não é apenas a atividade predominante da vida cotidiana, mas também é um importante significado de controle e manutenção da ordem social. A natureza estrangeira desse arranjo social, particularmente, na região norte do globo terrestre, significa que a academia e as organizações não-governamentais sem fins lucrativos, estão tão implicadas na lógica capitalista quanto os negócios de grandes corporações, como Starbucks ou Google. (Ibidem, posição 2488/8693, *tradução nossa*)

Essa lógica capitalista pode ser vista na arena dos tratamentos para o autismo: o método ABA – Análise Aplicada do Comportamento, o método da Intervenção de Desenvolvimento de Relacionamento (RDI) e o método Son-Rise, segundo a fonte utilizada aqui, são apenas alguns exemplos de “terapias” que podem ser compradas no

mercado. Movimento bem similar com o patrocínio familiar de propagandas desses métodos em produtos como xampus. Impressionantemente, de acordo também com a mesma fonte anterior, o método Son-Rise foi até votado na categoria “Melhor terapia”, na premiação da instituição AutismOne em 2011.

Essas terapias usam técnicas acadêmicas, frequentemente psicológicas, que só são disponibilizadas através de organizações não-governamentais sem fins-lucrativos, na forma de livros e CDs, DVDs e eventos de capacitação. Os produtos da marca Son-Rise, por exemplo, são entregues através do Centro de Autismo da America [*Autism Treatment Center of America*] (uma marca registrada), mas que é parte da Option Institute, uma organização de caridade, sem fins lucrativos, isenta de imposto pelo governo federal. Um kit Son-Rise para iniciantes, por exemplo, atualmente está sendo vendido no varejo por US\$98, e inclui três livros, quatro CDs e um DVD. Isso quer dizer que o negócio das grandes corporações também está se apropriando do autismo, assim como os próprios vendedores podem ser vistos usando o “autismo” como uma categoria vendável ao vender seus próprios produtos. (MALLETT; RUNSWICK-COLE; TIMIMI, 2016, posição 2500/8693, *tradução nossa*)

Os autores não param por aí nos exemplos de empresas que estão lucrando com autismo. São brinquedos que passam a ser recomendados para crianças com autismo, são marcas de comércio de alimentos que imprimem em suas embalagens informações sobre o autismo, provocando o interesse do consumidor, mas também corroborando com a fixação do que seria entendido, em um passar de olhos, como autismo. Com todas essas informações, ainda deixam seus leitores com a pergunta: o que está sendo comprado quando se vende autismo? Mallett, Runswick-Cole; timimi relembram que W.F.Haug (1986) dizia que a economia depende do reconhecimento da necessidade por parte do consumidor, mas que, como no momento da aquisição o que foi comprado ainda não foi experimentado, o que foi comprado foi a promessa de alguma coisa, e, na hipótese deles, de alguma coisa que promete ser *o novo normal*.

Esse novo normal, empurrado goela abaixo, é de acesso extremamente fácil, por exemplo, nas redes sociais, onde nos deparamos o tempo todo com frases motivacionais, seguidas pelas instituições ou profissionais que as proferiram:

- “Autismo é um espectro. Não existem dois autistas iguais.” Asperger e Autismo no Brasil
- “Ensina-me de várias maneiras, pois assim sou capaz de aprender.” Cíntia Leão Silva
- “O autismo não se cura, se compreende.” Autismo Ávila
- “As crianças especiais, assim como as aves, são diferentes em seus vôos. Todas, no entanto, são iguais em seu direito de voar.” Jesica Del Carmen Perez
- “O autismo é parte deste mundo, não um mundo a parte.” Educando em la vida
- “Autismo: apenas uma palavra. Não uma sentença.” Zazzle
- “Lembre-se: pessoas com autismo têm sentimentos também. Seja sensível e tolerante.” Single Mothers Who Have Children With Autism
- “Pessoas com autismo não mentem, não julgam, não fazem jogos mentais. Talvez possamos aprender alguma coisa com elas.” Cafe Press
- “Não queremos mudar a forma com que nossos filhos veem o mundo. Queremos mudar a forma como o mundo vê nossos filhos.” Sou Mãe de Autista
- “O conhecimento é poder. Utilize parte do seu tempo para educar alguém sobre o autismo. Não necessitamos de defensores. Necessitamos de educadores.” Asperger Women Association
- “Os médicos determinaram um tratamento efetivo para pessoas com autismo. Chama-se respeito!” Some ecards
- “Do lado de fora, olhando para dentro, você nunca poderá entendê-lo. Do lado de dentro, olhando para fora, você jamais conseguirá explicá-lo. Isso é autismo.” Autism Topics
- “O autismo não é o inimigo. O inimigo é o preconceito.” Clínica MeuCérebro
- “Diferente é o mundo que queremos!” Instituto Autismo e Vida
- “A vida é como um quebra-cabeças. Deveríamos parar de tentar encaixar as pessoas onde elas não cabem.” Autor Desconhecido
- “O especialista me disse: tens autismo. Minha mãe me deu as mãos, olhou nos meus olhos e disse: você é perfeito!” Imágenes de Feliz Día
- “Quanto mais longe uma criança com autismo caminha sem ajuda, mais difícil se torna alcançá-la.” Talk About Autism
- “Ser pai ou mãe de uma pessoa com autismo nem sempre é fácil, mas eu não trocaria meu filho por isso.” Toma conciencia sobre el Autismo e Síndrome de Asperger
- “Uma mãe de verdade entende o que o filho não disse.” Autismo Diário

Psicopatologizar sem limites para seguir fazendo a manutenção da medicalização da vida, emplacando um discurso de que “seria tudo normal a partir de US\$ 99”, “basta comprar isso aqui”, “tratá-lo com Dr. Fulano” ou “ na Instituição TEA-para-

que-te-quero?” que “nós te ensinaremos a lidar melhor com seu filho/aluno/paciente/cliente”, é como se obtém os consumidores necessários para que um mercado lucre. Farmacêuticas, escolas, empresas que trabalham com a criação e venda de materiais de treinamentos ou formações de profissionais, empresas de entretenimento, por exemplo, lucram com o que poderia ser tratado mais efetivamente pela via da singularidade, pela via do olhar para a especificidade de uma pessoa que foi diagnosticada com autismo. Extrapolar para a casa dos milhões as pessoas afetadas pelo espectro fictício de uma psicopatologia é transformar o que seria parte da solução em produto a ser consumido. Ou, em outras palavras, seria o mesmo que fazer a gestão do sofrimento pela via do consumo, ao promover que interessados em tratar um diagnóstico mergulhem em *gadgets*, aplicativos, cursos, livros e brinquedos que são vendidos sob o “selo” “aprovado para pessoas com TEA”. Fazem-se urgentes propostas de intervenções na direção do confronto com a indústria do adoecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, S. (Org.) *Autismo e Esquizofrenia na clínica da esquizo. Marca d'Água livraria e Editora*. Rio de Janeiro, 1999.

AJURIAGUERRA, J. *Manual de Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro: Masson do Brasil Ed, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

_____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-III)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1980.

_____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-IV)* Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1994.

_____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)* Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2015

BASTITELI, F.M.V. *Atendimento psicanalítico do autismo*. São Paulo: Zagodoni, 2014.

BERCHERIE, P. A clínica psiquiátrica da criança. In: O. Cirino. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte, MG: Autêntica. 2001, p. 129-144.

BERNARDINO, L. *As psicoses não-decididas da infância: Um estudo Psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

_____. (org.) *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição*. São Paulo: Editora Escuta, 2006.

BERQUEZ, G. *L'autisme infantile*. Paris: PUF, 1983.

BETTELHEIM, B. *La forteresse vide: L'autisme infantile et la naissance du Soi*. Paris: Lolio Essais, 1998.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA. *Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil: recomendações de 2005 a 2012*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*. Brasília, 2014.

_____. *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na Rede de atenção psicossocial do SUS*. Brasília, 2015.

CIRINO, O. *Psicanálise e Psiquiatria com Crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

_____. “Genealogia da Psiquiatria da Infância”. In: Kamers, M. *Por uma (nova) Psicopatologia da Infância e da Adolescência*. São Paulo: Editora Escuta, 2015.

CRESPIN, G. *À escuta das crianças na educação infantil*. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

DUNKER, C. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. Annablume. São Paulo, 2011.

_____. *A psicose na criança*. São Paulo: Zagodoni Editora, 2013.

_____. *Psicanálise e Ciência: do equívoco ao impasse*. São Paulo, 2013.

(manuscrito)

_____. *O Sujeito Limite no Autismo*. São Paulo, 2013. (manuscrito)

_____. “Questões entre a Psicanálise e o DSM”. In: *Jornal de Psicanálise*, v. 47, p. 121-151, 2014.

_____. *Mal-estar, sofrimento e sintoma*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2015.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. “A Crítica Psicanalítica do DSM-IV - breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria”. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (Impresso)*, v. 14, p. 611-626, 2011.

_____. “A Psicopatologia no Limiar entre Psicanálise e Psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM”. In: *Vínculo* (São Paulo. Impresso), v. 8, p. 1-15, 2011.

_____. *Saúde Mental e Psicanálise*. Porto Alegre: Criação Humana, 2016.

FARIA, M. *Constituição do Sujeito e Estrutura Familiar: O complexo de Édipo, de Freud a Lacan*. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2014.

FERNANDES, L. *O olhar do engano: autismo e Outro primordial*. São Paulo: Editora Escuta, 2000.

FRANZESE, C. “Administração pública em contexto de mudança”. In: *Gestão e política pública em saúde*. Ed. Hucitec Cealag. 2011.

FREITAS, F. *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

FREUD, S. “O Interesse científico da psicanálise”. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. vol. XVIII, p. 199-226. Rio de Janeiro: Imago.

HACKING, I. 1999, *The Social Construction of what?*. Cambridge, Massachusets and London, England: Harvard University Press, 1999.

JERUSALINSKY, A. (Org) *Dossiê Autismo*. São Paulo: Instituto Langage, 2015.

_____. “Tornar-se sujeito”. In: Jerusalinsky (org). *Dossiê Autismo*. São Paulo: Instituto Langage, 2015

_____. “Fim de análise, 18 anos depois, num caso de autismo infantil precoce”. In: Jerusalinsky.A. *Seminários III*. São Paulo: Pré-Escola Terapêutica Lugar de vida, p. 65-80, 2004.

_____. *Psicanálise e desenvolvimento Infantil: um enfoque transdisciplinar*. Porto Alegre: Artes e ofícios, 2010.

_____. *A criação da criança*. São Paulo: Ágalma Editora, 2011.

JERUSALINSKY, J. *Enquanto o futuro não vem: a Psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. São Paulo: Editora Ágalma, 2002.

KAMERS, M., MARIOTTO, M., VOLTOLINI, R. (orgs) *Por uma (nova)psicopatologia da infância e da adolescência*. São Paulo: Editora Escuta, 2015.

KANNER, L. “Os distúrbio autísticos do contato afetivo” in: Rocha, P.S. *Autismos*. Editora Escuta: São Paulo, 1997.

KANNER, L. “Autistic disturbances of affective contact”. In: *Nervous Child*, 2, 217-250, 1943.

KANNER, L. “Psiquiatria de los adultos y psiquiatria infantil”. In: L. Kanner, *Psiquiatria infantil*. Buenos Aires: Editorial Psique, 1966b, p41-44.

KANNER, L. (1966b). Psiquiatria infantil y pediatria. In: L. Kanner, *Psiquiatria infantil*. Buenos Aires: Editorial Psique.1966, p. 45-52.

LACAN, J. “Conferência em Genebra sobre o sintoma”. In: *Revista Opção Lacaniana*. São Paulo: Editora Eólia.v.23, p. 13, 2007.

_____. “Pequeno discurso aos psiquiatras”. Inédito. 1967.

_____. “Nota sobre a criança”. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 2003.

_____. O Seminário. *Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LAURENT, E. *A Batalha do Autismo*. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 2014.

LAZNIK, M.C.; TOUAT, B.; BURSZEIHN, C. *Distinção Clínica e teórica entre Autismo e Psicose na Infância*. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

LAZNIK, M.C. *A voz da Sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador: Ágalma, 2013.

LEFORT, R. *Nascimento do Outro: duas psicanálises*. Salvador: Ed. Fator, 1990.

LERNER, M.C.M.K. *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta, 2008.

MALEVAL, J-C. “Sobretudo verbosos os autistas”. In: *Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*. Rio de Janeiro, p.69-91, 2007.

MOTA, A.; SCHRAIBER, A.M. (orgs). *Infância e Saúde: Perspectivas Históricas*. São Paulo: Hucitec, 2009.

PARKER, I. *Psicanálise lacaniana: revoluções em subjetividade*. São Paulo: Annablume Editora, 2013.

PEREIRA, M. “Bleueur e a Invenção da Esquizofrênia”. In: *Revista Latino Americana de Psicopatologia*. V. 111, 2000, p. 158-163.

RUNSWICK-COLE, K.; MALLETT, R.; TIMIMI, S. *Re-Thinking Autism: Diagnosis, Identity and Equality*. 1ed. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2016.

SERPA, O.D. Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de *O normal e o patológico*, de Georges Canguilhem. *Psicologia Clínica* (PUC/RJ) v. 15, n. 1, p. 121-135, 2003.

SKINNER, B.F. *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

TAMMET, D. *Nascido em um dia azul: por dentro da mente de um autista extraordinário*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2007.

WING, L., “The continuum of Autistic Characteristics”. in: SCHOPLER, Eric; MESIBOV, Gary (Orgs), *Diagnosis and Assessment in Autism*. Nova York: 1988.

_____. *The Spectrum: a Guide for parentes and Professionals*. Londres: Constable, 1996.