



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Alice Akherman Couto

Desafios e dilemas da atenção ao autismo na rede pública de saúde: um estudo de caso sobre estratégias especializadas de cuidado no Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2025

Alice Akherman Couto

Desafios e dilemas da atenção ao autismo na rede pública de saúde: um estudo de caso sobre estratégias especializadas de cuidado no Estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Rossano Cabral Lima

Rio de Janeiro

2025

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

C871 Couto, Alice Akherman

Desafios e dilemas da atenção ao autismo na rede pública de saúde: um estudo de caso sobre estratégias especializadas de cuidado no Estado do Rio de Janeiro / Alice Akherman Couto. – 2025.

103 f.

Orientador: Rossano Cabral Lima

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Transtorno Autístico – diagnóstico. 2. Saúde Mental. 3. Sistemas de Saúde. 4. Estratégias de Saúde. 5. Crianças e Adolescentes. 6. Políticas Públicas – Rio de Janeiro (RJ). I. Lima, Rossano Cabral. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 616.896(815.3)

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Alice Akherman Couto

**Desafios e dilemas da atenção ao autismo na rede pública de saúde: um estudo de caso
sobre estratégias especializadas de cuidado no Estado do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração:
Ciências Humanas e Saúde

Aprovada em 10 de dezembro de 2025.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima (Orientador)

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Prof.^a Dra Rafaela Teixeira Zorzanelli

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof.^a Dra. Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes

Universidade Federal de São Carlos

Rio de Janeiro

2025

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) Número do Processo 88887.963371/2024-00.

A Rossano Lima, pela orientação tão presente e generosa ao longo desse percurso. Agradeço pelo suporte irrestrito e pelo tanto que aprendi.

Aos membros da banca, Rafaela Zorzanelli, Amanda Dourado S. A. Fernandes, pelas contribuições valiosas para este trabalho e pela disponibilidade em participar da defesa.

Aos membros suplentes da banca, Bárbara Costa Andrada e Martinho Silva, pela prontidão e disponibilidade.

Aos professores do IMS, pelo acolhimento, didática e por terem marcado a minha trajetória de forma tão edificante.

À Silvia Constancio, Eliete Ester e Suellen da Silva Moreira pela disponibilidade e pela assistência sempre atenciosa com as questões da secretaria.

Aos meus colegas de orientação, Nathalia, Franklin, Felipe, Vanessa, Madalena, Bia, Juliana e Letícia, pelo suporte e por compartilharem semanalmente as dificuldades e alegrias desse processo. Em especial ao Daniel, por toda a ajuda e paciência nesse tempo.

Aos meus colegas de turma do IMS, por terem deixado a experiência do mestrado muito mais leve. Em especial a Paula, Camila e Luciana, com quem pude compartilhar a experiência do estágio em docência.

À minha mãe e ao meu irmão, por estarem sempre comigo.

À Luísa, que além de dividir a casa, tive a sorte de poder dividir um pouco do meu percurso do mestrado. Agradeço pelo carinho diário e por ter tornado esse período mais feliz.

A Antônio, pelo carinho e interesse diário na minha pesquisa. Agradeço por ter deixado essa trajetória muito mais leve e divertida.

RESUMO

COUTO, Alice Akherman. *Desafios e dilemas da atenção ao autismo na rede pública de saúde*: um estudo de caso sobre estratégias especializadas de cuidado no Estado do Rio de Janeiro. 2025. 103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

A dissertação investiga a crescente demanda por estratégias especializadas de cuidado do autismo no Brasil. Como suporte teórico, apresenta uma breve contextualização histórica do quadro do autismo, alcançando as concepções mais atuais do Transtorno do Espectro Autista (TEA) e enfatizando as práticas de cuidado voltadas a esse público. No contexto brasileiro, analisa a trajetória do autismo em articulação com as políticas públicas de saúde mental, evidenciando suas transformações e disputas conceituais. O estudo examina um caso específico no estado do Rio de Janeiro: a criação da Superintendência de Cuidados das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (SUPCPTEA). A investigação, de natureza qualitativa, baseia-se na revisão de literatura e análise de conteúdos divulgados na internet e em redes sociais. Os resultados mostram o crescimento da presença do autismo no campo político, demonstrando sua crescente relevância social e institucional. Além disso, revelam um movimento de afastamento do autismo do campo da saúde mental e indicam novos desafios para as políticas e práticas de cuidado.

Palavras-chave: Autismo; Transtorno do Espectro Autista; Saúde Mental; Políticas Públicas;

ABSTRACT

COUTO, Alice Akherman. *Challenges and dilemmas of autism care in the public health system: a case study on specialized care strategies in the State of Rio de Janeiro*. 2025. 103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

This dissertation investigates the growing demand for specialized care strategies for autism in Brazil. As theoretical support, it presents a brief historical contextualization of the autism framework, reaching the most current conceptions of Autism Spectrum Disorder (ASD) and emphasizing care practices directed toward this population. In the Brazilian context, it analyzes the trajectory of autism in connection with public mental health policies, highlighting their transformations and conceptual disputes. The study examines a specific case in the state of Rio de Janeiro: the creation of the *Superintendência de Cuidados das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista* (Superintendency for the Care of People with Autism Spectrum Disorder). This qualitative investigation is based on a literature review and on the analysis of content published on the internet and social media. The results show the growing presence of autism in the political arena, demonstrating its increasing social and institutional relevance. Moreover, they reveal a movement distancing autism from the field of mental health and indicate new challenges for care policies and practices.

Keywords: Autism; Autism Spectrum Disorder; Mental Health; Public Policies

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gráfico presente no artigo “Retrocessos da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019”, de Cruz, Gonçalves e Delgado (2020)	64
Figura 2 – Gráfico retirado do artigo “A indústria’ do autismo no contexto brasileiro atual: contribuição ao debate”, de Fernandes <i>et. al</i> , 2024.....	66
Figura 3 – Fluxograma presente na “Linha de Cuidado para pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA”, Ministério da Saúde, 2025.....	73
Figura 4 – <i>Print</i> da apresentação da Professora Marta Relvas durante o seminário.....	77
Figura 5 – <i>Print</i> da apresentação de Michelle Gitahy durante o seminário.....	78
Figura 6 – <i>Print</i> critérios de inclusão.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido acetilsalicílico
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
DNA	Ácido desoxirribonucléico
FCM/UERJ	Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISO	<i>International Standards Organization</i>
LASER	<i>Light Amplification by Stimulated Emission</i>
ABA	Análise Comportamental Aplicada
ABRA	Associação Brasileira de Autismo
ABRAÇA	Associação Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas com Autismo
AMA	Associação de Amigos do Autista
APA	Associação Psiquiátrica Americana
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSiJ	Centro de Atenção Infantojuvenil
CATEA	Centro de Atenção ao Transtorno do Espectro Autista
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CEAAP	Centro de Atendimento aos Autistas de Porciúncula
CEDTEA	Centro Estadual de Diagnóstico para o Transtorno do Espectro Autista
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CGSPD	Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CPRJ	Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro
CTTEA	Centro Terapêutico para o Transtorno do Espectro Autista
DESMAD	Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EIBI	Intervenção Comportamental Intensiva Precoce
EMULTI	Equipe multiprofissional
ESF	Estratégia de Saúde da Família

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
M-CHAT	Modified Checklist for Autism in Toddlers
PL	Projeto de Lei
PNAISPD	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
SAPV	Superintendência Estadual de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade
SES	Secretaria de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUPCPTEA	Superintendência de Cuidado das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TEACCH	Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Deficiência de Comunicação Similar
TEC	Terapia eletroconvulsiva
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	10
1	A EVOLUÇÃO DO AUTISMO: DA ETIOLOGIA ÀS PRÁTICAS DE CUIDADO.....	21
1.1	Do autismo de Kanner ao autismo Cerebral	21
1.2	O autismo nas classificações psiquiátricas	32
1.3	Concepções acerca do cuidado do autismo.....	39
2	A HISTÓRIA DO AUTISMO NO BRASIL.....	53
2.1	Até a Reforma Psiquiátrica.....	53
2.2	Autismo no contexto da Reforma Psiquiátrica.....	55
2.3	Marcos legais do cuidado do autismo no Brasil.....	60
2.4	Atualizações do cenário brasileiro.....	63
3	A SUPERINTENDÊNCIA DE CUIDADO DAS PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (SUPCPTEA) E SEUS DESDOBRAMENTOS PARA A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO.....	74
3.1	“I Seminário Estadual de Cuidado das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista”	74
3.2	“II Seminário Estadual de Cuidado das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista”	81
3.3	“III Seminário Estadual de Cuidado das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista.....	85
3.4	TEA: Política, cérebro e cuidado especializado.....	87
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
	REFERÊNCIAS.....	96

INTRODUÇÃO

O autismo tem assumido um amplo espaço na agenda de debates do campo público em proporções mundiais. Além do aumento no número desse diagnóstico, existe uma demanda crescente por clínicas especializadas para o tratamento desses casos, de forma que temos observado a abertura em ritmo acelerado de serviços com destinação específica para o cuidado dessa população (FERNANDES, *et. al*, 2024). Entrelaçando os contextos acerca da expansão do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) e as controvérsias nas orientações de cuidado desse quadro, o objetivo desta dissertação é investigar como se deu a crescente demanda por estratégias especializadas para o cuidado do autismo no Brasil, buscando compreender o que levou a esse cenário atual. Para a presente pesquisa, nosso olhar estará voltado para a saúde pública - por mais que, nos dias de hoje, a fronteira entre o público e o privado às vezes fique um tanto confusa no que diz respeito ao autismo, como veremos adiante. Nossa ideia, portanto, é investigar o que está atrelado à proliferação das estratégias de cuidado especializadas para autistas no Sistema Único de Saúde (SUS), resgatando a história desse quadro no Brasil.

Temos observado uma presença crescente do autismo nas políticas públicas de saúde e uma diferenciação cada vez maior do cuidado para esse quadro. Seja por meio da abertura de clínicas especializadas, ou por uma ramificação dos Centros Especializados em Reabilitação (CER), ou mesmo pela criação de uma Superintendência voltada apenas para o TEA no Rio de Janeiro - que será nosso foco de análise no terceiro capítulo -, temos visto o aumento das estratégias específicas para o campo do autismo. Tais estratégias trazem questões cruciais para pensarmos em antigos dissensos sobre esse tema e nos colocam novos desafios.

Segundo Rios *et. al* (2015), os dissensos envolvendo o autismo dizem respeito, principalmente, à etiologia do quadro, de modo que crescem as pesquisas em neurodesenvolvimento e genética atrás de uma resposta para a ocorrência do diagnóstico. No entanto, as controvérsias extrapolam o âmbito etiológico e se referem também a uma evidente complexidade quanto ao tratamento (*ibidem*). No SUS, tínhamos duas orientações oficiais estabelecidas para o cuidado do autismo desde 2013: uma que afirma a saúde mental e possui os Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenis (CAPSij) como referência de cuidado, e outra que define as instituições da área de reabilitação para esse fim, representadas pelos Centros Especializados em Reabilitação (CER). No entanto, em setembro de 2025, o Ministério

da Saúde lançou uma nova linha de cuidado para o TEA no intuito de atualizar antigos dissensos e homogeneizar o plano assistencial para esse quadro.

Pode-se dizer que os debates no Brasil - em um contexto acadêmico e político, isto é, local-dependente - se dão em torno das noções do autismo enquanto “sofrimento mental” ou enquanto “deficiência”, assim como as implicações disso nas políticas e na organização dos serviços (ORTEGA, 2019). Como veremos no decorrer deste trabalho, essa dualidade remonta um histórico antigo do autismo, tendo sido apenas reforçada com as distintas orientações do SUS. De maneira geral, pode-se dizer que a questão-chave que move essas disputas encontra-se no questionamento acerca de como o autismo deve ser encarado: deveria esse ser tratado enquanto um inimigo a ser enfrentado, ou deveria o autismo ser valorizado como uma das distintas formas da diversidade humana e, desse modo, ser aceito e acolhido (LIMA *et. al*, 2019)? Pode-se observar, portanto, que esse questionamento encontra-se em torno das noções de capacitismo e anticapacitismo, como veremos no decorrer do trabalho.

No que diz respeito ao tratamento, deveria esse tentar eliminar os comportamentos tipicamente autistas ou, por outro lado, tais comportamentos deveriam ser reconhecidos enquanto expressões singulares que implicam desafios e vantagens? E, como questiona Camargo Jr. (2019): a quem cabe decidir entre tais alternativas? Além disso, como colocam Timimi, Gardner e McCabe (2011), antes de decidir qual tratamento administrar, deveríamos primeiro realizar uma investigação crítica sobre qual o objetivo desse tratamento: o que pretende-se mudar na pessoa diagnosticada? As discordâncias acerca de como se encara o autismo retomam a história desse diagnóstico, história essa que, segundo Donvan e Zucker (2017), desafia qualquer tipo de narrativa simples e retilínea

Segundo Bezerra Jr. (2014), o campo da psiquiatria tem como traço constitutivo a tensão entre as perspectivas que poderíamos chamar, grosso modo, de científicas (ou biológicas) e humanistas (ou psicossociais). Até hoje essa tensão aparece no confronto entre abordagens comprometidas com a biologia e as ciências do comportamento - que visariam categorizar, explicar e prever empiricamente o comportamento humano - e perspectivas que ratificam a complexidade da experiência humana de sofrimento - que poderia ser compreendida de diversas formas e que nunca é explicada exhaustivamente (*ibidem*).

No Brasil, esse dissenso aparece da seguinte forma: por um lado, temos a demanda por serviços especializados, com a defesa dos familiares-ativistas pela utilização de tecnologias específicas, com destaque às comportamentais em um modelo que conjuga tratamento e escolarização (NUNES, ORTEGA, 2016). Por outro lado, temos os operadores da atenção psicossocial, que buscam a montagem e o fortalecimento de redes públicas intersetoriais, de

base territorial, visando superar a exclusão e o estigma vivenciados por autistas (FERNANDES, *et. al*, 2024).

Enquanto os profissionais da área da saúde mental são críticos com relação à conceitualização do autismo enquanto uma deficiência, pais-ativistas, por outro lado, encontraram na noção de "autismo como uma deficiência" a possibilidade de reivindicar "tratamento especializado" (LIMA *et. al*, 2019). Para muitos familiares, a Rede de Atenção Psicossocial não estaria qualificada para prestar assistência a crianças autistas. Nesse sentido, argumentam que ter acesso a tratamento especializado para o autismo é parte do direito à saúde garantido pela Constituição de 1988 e é a única maneira de dar aos seus filhos a oportunidade de se tornarem membros integrais da sociedade (*ibidem*).

Vale ressaltar, no entanto, de quando datam esses dissensos. Estamos nos referindo a uma importante disputa que encontra seu auge na primeira década dos anos 2000 no Brasil. Dessa forma, precisamos superar as contradições já evidentes e entender como isso se dá hoje em dia no contexto brasileiro. Ainda podemos observar esses dissensos da mesma maneira? O que os profissionais da saúde mental querem ainda se contrapõe da mesma forma às demandas de familiares-ativistas? Talvez esse possa ser o tema central de alguma pesquisa futura, visto que a atualização dessa discussão pode ser bastante relevante para pensarmos o autismo no cenário brasileiro atual. No entanto, mesmo que para a presente pesquisa essa não seja a pergunta principal, vale guardarmos esse questionamento: ainda hoje esses dissensos entre os profissionais da saúde mental e os familiares estão postos? Se sim, de que maneira? Quando pensamos, por exemplo, na garantia de direitos que o diagnóstico proporciona ao sujeito e sua família, a polarização entre "sofrimento mental", por um lado, e "deficiência", por outro, fica mais complicada: quando o diagnóstico garante o acesso a certos direitos, esse passa a ter uma importância política também.

Muitas das controvérsias sobre o cuidado do autismo no Brasil decorrem das dificuldades em implementar uma assistência psicossocial integral e integrada sob condições de limitações econômicas importantes, de forma que boa parte das tensões envolvendo o tratamento do autismo vêm dos hiatos entre direitos humanos presumidos e os recursos necessários para garanti-los (LIMA *et. al*, 2019). Os dissensos entre pais-ativistas e profissionais da saúde mental, portanto, não podem ser reduzidos a divergências relacionadas às abordagens terapêuticas, mas precisam ser compreendidas como parte de uma discussão mais ampla acerca dos direitos sociais, como o acesso universal à saúde e educação (*ibidem*).

No que diz respeito à qualificação dos serviços de saúde mental, vale ressaltar alguns números. Foram mais de 540 milhões de reais investidos na Rede de Cuidados à Pessoa com

Deficiência (RCPD) como um todo no ano de 2023. Dentre essa rede, os CER habilitados na modalidade intelectual e que prestam o atendimento a pessoas com autismo receberam um acréscimo de 20% no custeio mensal para o cuidado dessa população (BRASIL, 2024a). Por outro lado, os CAPSi não foram objeto de investimento como esse e, inclusive, tiveram seu processo de habilitação praticamente estagnado entre os anos de 2019 e 2022, visto a gestão federal do SUS da época ter deixado de lado a atenção psicossocial, tendo sido investidos 344 milhões de reais aos mais de 2700 CAPS (de todas as tipologias) em funcionamento do país. Dados como esses nos trazem indícios da direção tomada acerca da modalidade preferencial de cuidado para crianças e adolescentes em sofrimento mental no Brasil (FERNANDES, *et. al*, 2024).

De qualquer forma, torna-se necessário compreender por que a demanda por serviços especializados colocada em marcha pelos pais e cuidadores ativistas, que reivindicavam respostas específicas às necessidades assistenciais dessa população, seria o outro lado da lógica de cuidado proveniente da luta antimanicomial, que defende um cuidado com base comunitária e intersetorial. Tal controvérsia é central para o entendimento do dilema do campo de práticas sobre o autismo nos serviços públicos brasileiros, mas ele não é autoexplicativo e esta pesquisa, portanto, tentará explorar essa questão. O que os familiares estão demandando? Em que aspecto essa demanda é diferente do que está sendo proposto pelo campo da atenção psicossocial? Por mais que não pretendamos dar conta de responder diretamente a essas questões, é importante mostrar que os dissensos da atenção ao autismo não são autoevidentes, de forma que consideramos relevante levantar tais questionamentos. Além disso, a ideia não é caracterizar as demandas em legítimas ou não legítimas, mas compreender essas distinções e como elas foram se construindo a fim de trazer luz ao cenário atual que temos de aumento dos serviços especializados para o tratamento de pessoas com TEA.

Vale ressaltar, no entanto, que não se trata de campos homogêneos, onde "todos" os profissionais pensam de uma forma, em contraposição a "todos" os familiares-ativistas que pensam de outra forma. Essa classificação em dois grupos distintos simplifica a apresentação do tema, mas na prática não significa que as fronteiras entre eles sejam tão delineadas assim. Além disso, a contraposição feita entre "profissionais", de um lado, e "familiares", de outro, é contraproducente. Ao pensarmos nesses campos como dois eixos contrapostos um ao outro, corremos grandes riscos de gerar ruídos que atrapalham o intuito comum de pensar na proteção e cuidado da pessoa com autismo, além de não captar nuances no debate ou na implantação das políticas. Entre os profissionais do SUS, por exemplo, podemos encontrar posições distintas - mas não necessariamente inconciliáveis - sobre como deve se organizar a rede pública de

cuidados às pessoas com TEA. O mesmo ocorre com uma parcela da população de autistas usuários dos CAPS/CAPSi, assim como suas famílias, que não são unânimes na rejeição a tais serviços, como foi observado por Costa Andrada (2017).

Neste ponto encontra-se também o que considero um desafio ético-político do trabalho: estamos tratando de diferentes perspectivas sobre o cuidado, mas é preciso cautela para não cair em um discurso que culpabilize alguma das partes envolvidas. Ao olhar criticamente para o cuidado do autismo não estamos de forma alguma negando o sofrimento dessas pessoas ou de seus familiares. É justamente por considerar a complexidade dos processos de sofrimento humano e suas singularidades que acreditamos ser necessário um olhar crítico para o cuidado dessa população, visando o assecuramento de direitos e respeito no cuidado desse público. Assim, o que move essa pesquisa é justamente o compromisso ético e político com a saúde de todos e com a reflexão crítica sobre o processo de saúde e doença, evitando todos os tipos de reducionismo.

As compreensões antagônicas observadas no Brasil acabam dificultando a cooperação entre profissionais da saúde mental e associações de pais e, além disso, fazem com que os recursos, já escassos, sejam divididos entre duas redes diferentes: a de saúde mental e a de deficiência - que quase não interagem entre si (ORTEGA, 2019). Assim, acreditamos que adotar uma visão historicamente fundamentada acerca da política do autismo pode ser uma forma de extrapolar essas dicotomias e polarizações. Dessa forma, essa pesquisa busca investigar um pouco da história do cuidado do autismo no Brasil para compreender como chegamos à situação atual de uma demanda tão grande por estratégias especializadas.

Além disso, abordaremos a demanda por tais estratégias especializadas para o cuidado do autismo considerando a inserção desse processo dentro de um contexto social mais amplo: temos observado um aumento dos diagnósticos de autismo em uma escala nunca antes vista, e Eyal *et. al* (2010) trazem o questionamento de “por que o autismo?”, isto é, por que especificamente esse diagnóstico que está aumentando e, além disso, “por que agora?”, visto que o diagnóstico é formulado pela primeira vez em 1943. Fernandes *et. al* (2024) associam essa expansão do diagnóstico, entre outras coisas, à oferta de tecnologias específicas para tratamento e à abertura em ritmo acelerado das clínicas com destinação específica ao diagnóstico de TEA.

Deste ponto de vista, as disputas do campo do autismo se inserem e respondem a uma “indústria em ascensão”, de forma que esse quadro, enquanto pauta prioritária da indústria, tem servido a propósitos políticos e econômicos (FERNANDES, RICCI, TAÑO, 2024). As perspectivas sobre o autismo têm sido negociadas e até corrompidas no âmbito da assistência,

da pesquisa e da produção de conhecimento científico, como forma de sustentar qual ator seria detentor de maior expertise e legitimação do saber e, portanto, quem domina o mercado. As práticas de cuidado para essa população têm sido ofertadas e difundidas de forma indiscriminada e são fortemente relacionadas a um discurso epistemológico de produção de evidência científica que tem como plano de fundo, predominantemente, uma disputa econômica (*ibidem*).

Fala-se, hoje em dia, na noção de Complexo Industrial do Autismo (BRODERICK, 2022) para se referir a um sistema que trabalha para fabricar o autismo como mercadoria, transformando esse diagnóstico em uma forma de extração de lucro. Para Fernandes *et. al* (2024), a indefinição normativa para o cuidado às pessoas autistas pode constituir um dos elementos significativos, dentre vários outros fatores, no processo de apropriação desse tema por uma lógica de mercado, onde as necessidades de pessoas com autismo são vistas como oportunidade para fins lucrativos (BRODERICK, 2022 apud FERNANDES *et. al*, 2024). Aprofundaremos na questão do Complexo Industrial do Autismo mais à frente, onde analisaremos o contexto brasileiro frente à lógica mercadológica que vem se instalando.

O autismo, nesse sentido, constitui uma categoria psiquiátrica que está exposta à negociação pública por atores médicos e não médicos (ORTEGA, ZORZANELLI, RIOS, 2016). Não é apenas um rótulo pertencente ao campo médico-psiquiátrico, mas também uma categoria política carregada (EYAL *et. al*, 2010). Nessa mesma direção, Siegel (2018) diz que o autismo, assim como outros diagnósticos, é mais um reflexo de forças políticas do que dados empíricos com uma base neurobiológica - que basicamente não temos. Para Timimi, Gardner e McCabe (2011), o autismo é um transtorno, um campo de estudo e um conceito construído com uma base ideológica e, visto a expansão acelerada de suas fronteiras, é possível compreender que tenha se tornado repleto de problemas de heterogeneidade.

Uma pesquisa realizada pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, publicada no início de abril de 2025, mostra que a prevalência do TEA cresceu no país, chegando a 1 a cada 31 crianças entre 4 e 8 anos de idade, superando o dado de 2023 que registrava um caso a cada 36 crianças. No ano de 2000, a estatística encontrada por esse mesmo centro foi de 1 caso a cada 150 crianças e, voltando ainda mais no tempo, esse número era de 1 a cada 2,5 mil em 1960. Dados como esses revelam uma tendência contínua de aumento de diagnósticos de autismo, de forma que usa-se o termo "epidemia de autismo" para se referir a esse processo mais amplo. No entanto, seria preciso um olhar atento à questão da prevalência do diagnóstico desse quadro. Os números citados na pesquisa publicada pelo CDC dizem

respeito à realidade norte-americana e esses dados, muitas vezes, são extrapolados e absorvidos mundo afora, quando na verdade variam bastante entre o norte e o sul global, por exemplo.

Fombonne (2018) diz que a metodologia dos estudos sobre autismo não é padronizada, de modo que cada estudo, com suas próprias características, reflete a infraestrutura local e torna difícil, conseqüentemente, a avaliação sobre as discrepâncias observadas sobre prevalência, isto é, se são esses fatores metodológicos ou diferenças reais nos parâmetros populacionais. Um outro exemplo disso está presente em uma revisão multidisciplinar de 2020, onde os autores Leeuw, Happé e Hoekstra tentaram investigar os possíveis fatores culturais e contextuais que podem vir a influenciar a identificação, a busca por ajuda e o diagnóstico de TEA. Segundo os autores, as pesquisas sobre autismo são fortemente inclinadas para países ocidentais de alta renda, de forma que esse desequilíbrio afeta nosso conhecimento acerca do autismo e faz com que as intervenções desenvolvidas para apoiar as pessoas com TEA sejam contextualmente tendenciosas (*ibidem*). Isto é, essas informações são extrapoladas mundo afora, mas nem sempre são adequadas ou aplicáveis a outras realidades culturais e socioeconômicas.

Para Timimi, Gardner e McCabe (2011), a noção espectral - que levou a um rápido aumento no número de crianças recebendo o diagnóstico de autismo - levou também a uma rápida deterioração na validade científica e na utilidade prática do conceito de autismo. Para os autores, a vulnerabilidade de uma recodificação tão radical dos limites desse conceito ilustra uma fraqueza fundamental inerente ao construto ‘autismo’ (*ibidem*). Podemos nos questionar, então, acerca da incidência desse quadro, isto é, se estamos mesmo observando o surgimento de novos casos em um ritmo maior que antes, configurando essa tal “epidemia”. Segundo Lima (2016), essa hipótese é vista com bastante ceticismo por boa parte dos pesquisadores. Mas também segundo o autor, temos hoje em dia uma maior visibilidade desse transtorno, levando ao aumento de encaminhamentos a serviços de saúde, assim como à maior precocidade dos diagnósticos.

No livro “Our psychiatric future” (*Nosso futuro psiquiátrico*), de 2019, Nikolas Rose faz a mesma pergunta: “Existe realmente uma ‘epidemia’ de transtornos mentais?” (ROSE, 2018, p. 181) na qual ele mesmo responde: “não” (*ibidem*). Segundo o autor, temos que ter muita cautela com os dados que se baseiam em estimativas de especialistas em psiquiatria sobre transtornos mentais não diagnosticados e que utilizam ideias amplas demais sobre o que configura uma condição diagnosticável. Ele não nega que há muitas pessoas passando por distintas formas de sofrimento mental, mas salienta que a maior parte desses sofrimentos advém de experiências de adversidade, que não precisariam de um diagnóstico necessariamente.

Mesmo que Rose não esteja se referindo especificamente ao autismo, sua consideração é relevante para pensarmos também nesse quadro.

Não temos como precisar com exatidão, portanto, o aumento no número desses diagnósticos e as razões desse aumento, mas é algo que podemos intuir a partir de processos mais amplos. Os números apresentados na página anterior, por exemplo, são os melhores indicadores desse aumento, mas a questão das razões do aumento permanece. Pode-se pensar, por exemplo, no aumento dos casos de autismo relacionado com a diminuição do estigma de ser diagnosticado nos dias de hoje. O significado que um diagnóstico exerce na vida do sujeito sofreu mudanças importantes e, atualmente, a função do diagnóstico como modulador de direitos, em distintas esferas, também deve ser levada em conta. Desse modo, a associação entre a necessidade de um diagnóstico e a necessidade de cuidado também pode ser um fator nesse aumento dos casos. Podemos pensar, portanto, no TEA como uma nova forma de proteger a singularidade de alguns, assim como os direitos no campo do trabalho, por exemplo.

Angell (2011) criticamente indaga se o fenômeno do aumento dos diagnósticos tem ligação com um aprimoramento em detectar transtornos mentais que sempre existiram ou se, por outro lado, simplesmente ocorreu uma ampliação dos critérios para definir doenças mentais, de modo que quase todos sofreriam de uma delas. Enquanto é possível o questionamento acerca de um progresso do conhecimento científico e, portanto, uma maior capacitação para reconhecer quadros que já estavam ali, em contrapartida, pode-se considerar a presença de um caráter social, cultural, econômico e político na construção desse fenômeno (PIMENTA, 2015). Para Bezerra Jr. (2014), as classificações diagnósticas partem de uma circunstância e implicam escolhas, exclusões, privilégios, de forma que são estabelecidas em função de interesses presentes no contexto em que são criadas. Aparecem, portanto, como respostas às exigências presentes em um certo momento histórico e se constituem a partir de classificações que a precederam (BEZERRA JR., 2014). Acredito que esse seja um ponto central para o meu trabalho e, portanto, será nosso guia nessa investigação.

No que diz respeito ao caso específico do autismo, atribui-se esse aumento, geralmente, a uma mudança no modo como a psiquiatria passou a descrever e classificar um conjunto de comportamentos e características que já se apresentava com determinada frequência na população anteriormente, de forma que teria havido uma expansão dos casos classificados sob essa designação nosológica (RIOS *et. al*, 2015). Ao mesmo tempo, também se especula que a tal epidemia seja resultado de uma reconfiguração na rede de cuidados dessa população, que teve como marco inicial a desinstitucionalização do então chamado retardo mental no final dos

anos 1960 nos Estados Unidos, que teria conferido maior visibilidade para o diagnóstico (*ibidem*).

Quando as doenças são pensadas enquanto entidades sociais, a dimensão do diagnóstico e sua capacidade de incitar tensões adquire uma importância significativa (ROHDEN, 2017). Nesse sentido, a operacionalização do diagnóstico tem um papel valioso no estabelecimento de todo o processo de cuidado terapêutico, desde a organização dos sistemas de saúde e o uso de medicamentos à correspondente burocracia associada a esses eventos (*ibidem*). Pode-se pensar, portanto, em uma possível correlação entre o processo de aumento do diagnóstico de TEA e a crescente demanda por estratégias especializadas para o cuidado dessa população, embora isso não implique uma relação direta de causa e efeito.

Quando pensamos na relação do aumento das estratégias especializadas para o cuidado desse quadro e o processo mais amplo de expansão do diagnóstico de autismo, podemos recorrer ao exemplo do censo divulgado no Brasil. Com os resultados publicados no mês de maio de 2025, o Censo Demográfico de 2022 identificou 2,4 milhões de pessoas com o diagnóstico de TEA no país, o que corresponde a 1,2% da população brasileira (IBGE, 2025). O que podemos observar sobre essa tentativa de medição de prevalência do autismo? Para Lugon e Costa Andrada (2019), a pergunta “quantos autistas existem no Brasil” e o número esperado - na escala dos milhões - seria o triunfo articulador de orçamentos volumosos e garantia de visibilidade ao tema. Dessa forma, na ausência de pesquisas epidemiológicas que estimem a prevalência do autismo no Brasil, o caminho encontrado foi um Projeto de Lei (PL) atribuindo ao Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) este levantamento (*ibidem*). Lugon e Costa Andrada (2019) estavam fazendo referência ao PL que estava em curso na época, e que deu origem à lei 13.861/2019; no entanto, esse processo durou alguns anos e a publicação dos dados é bastante atual.

A diferenciação cada vez maior entre o autismo e as outras deficiências não se encontra apenas nos serviços especializados, mas até mesmo nas formulações de políticas e pode ser entendida como uma forma de institucionalizar e fortalecer uma política de mercado, de forma que temos cada vez mais a produção de diagnósticos, assim como mais estratégias especializadas para esse cuidado. Iremos observar como isso tem sido posto no campo das políticas públicas, visto que a disputa de mercado incide na organização política e no cuidado. Dessa forma, quais elementos se encontram atrelados à proliferação de estratégias especializadas para autistas? Quais as implicações e impactos desse processo no cuidado dessa população? E, além disso, como isso tem sido posto no campo das políticas públicas? Esses são alguns dos questionamentos que nos servirão de guia para a presente dissertação.

Assim, tenho como objetivo principal investigar como se deu a crescente demanda por estratégias especializadas para o cuidado do autismo no Brasil, buscando compreender como chegamos a esse cenário atual. A partir disso, desdobram-se meus objetivos específicos: pretendo (1) analisar como se deu a relação entre o campo das políticas públicas de saúde mental e o autismo no Brasil, (2) investigar as principais controvérsias acerca dos modelos de cuidado para o autismo no contexto brasileiro e, por fim, (3) analisar como essa demanda por estratégias especializadas vem aparecendo na prática a partir de um exemplo do estado do Rio de Janeiro.

Para isso, teremos nosso primeiro capítulo voltado para a evolução nosológica do autismo, tendo como foco a história das terapêuticas voltadas para esse diagnóstico ao longo do tempo. Iremos percorrer a história desse diagnóstico, desde sua primeira formulação feita por Leo Kanner em 1943, até suas concepções mais atuais. Além disso, esse primeiro capítulo também contará com a trajetória do autismo nas classificações psiquiátricas para, enfim, chegarmos à história do cuidado e do campo terapêutico desse quadro. Acredito que essa investigação inicial permitirá que avancemos no sentido de atingir os objetivos específicos da pesquisa, visto que são assuntos que encontram relação com as questões mais atuais sobre o autismo.

Já o segundo capítulo será voltado para história do autismo no Brasil. Tendo em vista que a narrativa mais clássica da evolução do quadro do autismo tende a começar a partir das primeiras contribuições de Kanner, acredito que traçar o percurso desse diagnóstico no cenário brasileiro permitirá uma compreensão do autismo dentro do contexto sócio-histórico que essa dissertação objetiva investigar. Nesse segundo capítulo, portanto, estamos trazendo o percurso anterior ao movimento da Reforma Psiquiátrica, com as associações de familiares, até chegarmos nos dias atuais. Para isso, foi feita uma investigação acerca do caminho das políticas públicas brasileiras voltadas para o autismo para chegarmos na questão do cuidado propriamente dito. Dessa forma, será possível compreender a relação entre o campo das políticas públicas de saúde mental e o autismo no Brasil, assim como o movimento de proliferação de estratégias especializadas para o cuidado do autismo.

Já no terceiro capítulo, iremos nos debruçar em um caso específico do estado do Rio de Janeiro: a Superintendência de Cuidados das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (SUPCPTEA). A partir das discussões dos dois primeiros capítulos, iremos investigar como essa demanda por estratégias especializadas vem aparecendo na prática. No entanto, vale explicitar o porquê dessa escolha. Embora estejamos nos referindo ao Brasil nessa pesquisa, não buscamos, com isso, realizar generalizações sobre o país em sua totalidade. Devido às limitações temporais do mestrado, optamos por centrar a análise em um caso específico do

estado do Rio de Janeiro e reconhecemos que as observações aqui feitas não representam o país de maneira uniforme. Nesse sentido, a escolha pelo termo "Brasil" ao longo do trabalho se justifica por entendermos que o fenômeno que estamos analisando possui uma abrangência nacional e ultrapassa os limites da realidade fluminense. Acreditamos, inclusive, que futuras pesquisas — como uma investigação em nível de doutorado, por exemplo — poderão explorar com mais profundidade outras realidades brasileiras para além do Rio de Janeiro. Dessa forma, nosso intuito é justamente observar o estado do Rio de Janeiro como um recorte que nos permita compreender como a questão do autismo tem sido incorporada à pauta política, revelando-se não apenas nos serviços ofertados, mas também nas distintas formas como essa discussão se articula com as políticas de saúde. Assim, essa superintendência, criada em 2023 através de uma portaria do Governador Cláudio Castro (PL-RJ), aparece como um importante exemplo das estratégias especializadas para o cuidado do autismo e consideramos, portanto, que será uma boa forma de atingir os objetivos desta pesquisa. Para essa análise do terceiro capítulo foram coletados dados disponíveis na internet e em redes sociais que serão especificados mais à frente. Vale ressaltar, novamente, o caráter qualitativo desta investigação e, portanto, nosso intuito é o de levantar certas questões e abrir algumas reflexões, e não fornecer respostas definitivas.

Partimos então da consideração desse quadro como um fenômeno social, cultural, político e econômico que atravessa a realidade do Brasil e que extrapola o campo médico-psiquiátrico, refletindo importantes aspectos sociais. O debate e a disputa epistemológica e assistencial que concerne à atenção para pessoas com autismo no Brasil envolvem diversos atores e requerem uma investigação das políticas públicas de saúde mental brasileiras, assim como uma investigação acerca da história do autismo para que possamos entender como se deu o percurso do cuidado do autismo desde o seu início, até hoje. Assim, a partir de uma visão histórica das políticas públicas de saúde mental no Brasil, junto do contexto sobre o cuidado desse diagnóstico ao longo dos anos, acreditamos que será possível entender o cenário brasileiro de aumento das estratégias especializadas para o cuidado do autismo. A ideia é que, ao situar historicamente as práticas de cuidado do autismo, possamos discutir o que está por trás da diferenciação cada vez maior do cuidado do autismo dos outros quadros.

1. A EVOLUÇÃO DO AUTISMO: DA ETIOLOGIA ÀS PRÁTICAS DE CUIDADO

1.1 Do autismo de Kanner ao autismo cerebral

Esforços para definir a essência precisa do autismo escapam das melhores práticas representacionais de cientistas e profissionais médicos: conseqüentemente, mesmo no início do século XXI, não sabemos o que é o autismo. (NADESAN, 2005, p. 9, tradução nossa)¹.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), assim como outros diagnósticos psiquiátricos, sofreu transformações ao longo do tempo e até hoje se atualiza. Veremos que, desde sua primeira descrição nos anos 1940 até a época atual, esse diagnóstico passou por modificações substanciais e, de uma categoria antes rara, passou a possuir ares de epidemia, expressando-se na variabilidade de um “espectro”. Apesar da presença de concepções e novas produções psicanalíticas sobre o tema, Lima (2007) diz que estas estão longe de serem centrais para a psiquiatria infantil, nos indicando que a noção de autismo enquanto um transtorno de origem orgânica transformou-se progressivamente a partir dos anos 1970 em uma versão científica quase incontestável. Neste momento, iremos elucidar o contexto histórico desse diagnóstico desde seus primórdios até os dias de hoje a fim de obter uma maior clareza acerca do cenário atual do quadro na aposta de que esse percurso nos ajude a compreender certas discordâncias atuais sobre o cuidado do autismo.

Para Timimi, Gardner e McCabe (2011), cada período histórico cria suas próprias ideias sobre como deve ser a infância normal e foi apenas no início do século XX que a psiquiatria passou a ter a infância como subespecialidade, um campo no qual Leo Kanner foi uma figura de extrema importância. Nascido no antigo Império Austro-Húngaro, Kanner emigrou para os Estados Unidos em 1924 e foi o primeiro a descrever o que hoje conhecemos por autismo. Publicou seu estudo na revista *Nervous Child* e o intitulou de "Os distúrbios autísticos do contato afetivo", propondo a introdução de uma nova patologia na nosologia psiquiátrica.

A criação desse novo quadro deveu-se a sua observação de algumas crianças que não se enquadravam nas classificações psiquiátricas existentes na psiquiatria infantil da época visto que, até esse momento, os quadros mentais graves na infância eram divididos em retardo

¹ O texto original em língua estrangeira é: “Efforts to define the precise *essence* of autism escape the best representational practices of scientists and medical practitioners: consequently, even at the dawn of the twenty-first century, we do not know what autism *is*.”

mental, psicose infantil e esquizofrenia (LIMA, 2010). Kanner estudou onze crianças que tinham em comum uma incapacidade de estabelecer relações sociais, apresentavam sintomas no campo da linguagem e uma preferência por atividades repetitivas (KANNER, 1943). Para designar tais crianças, ele recorreu à noção de autismo anteriormente introduzida por Eugen Bleuler, em 1911 - momento esse em que o autismo se referia à perda de contato com a realidade observada nos esquizofrênicos.

Influenciado pela psicanálise, o psiquiatra Eugen Bleuler cunhou o conceito de autismo fazendo referência ao autoerotismo freudiano, no entanto, não levou em conta o caráter sexual do autoerotismo que Freud havia descrito anteriormente. O autismo era, para Bleuler, um dos sintomas fundamentais da esquizofrenia, mesmo sendo secundário ao afrouxamento das associações presentes nesse quadro (LIMA, 2010). Nesse caso, portanto, o autismo dizia de uma indiferença emocional, uma pobreza no contato com outras pessoas e um recolhimento. Bleuler define a "barreira" autística como um interesse acentuado na vida interior em detrimento do mundo exterior, o que poderia resultar na criação de um mundo fechado e impenetrável (CAVALCANTI, ROCHA, 2007). Kanner, portanto, se utiliza desse vocabulário trabalhado por Bleuler, mas agora com outra pretensão.

Três das onze crianças que Kanner acompanhou não adquiriram a fala ou então pouco a usavam, enquanto as outras começaram a falar na idade prevista, ou pouco tempo depois. No entanto, o que foi observado na época era que a linguagem verbal nesses casos não tinha função de comunicação, consistindo apenas na reunião de palavras aparentemente sem sentido, ou então de repetições decoradas. Neste mesmo artigo, Kanner segue descrevendo algumas das características encontradas nessas crianças, como a dificuldade de generalizar conceitos e o desejo obsessivo pela manutenção da uniformidade, mostrando a preferência por coisas repetitivas e rotineiras. Além disso, a relação dessas crianças com outros indivíduos era gravemente perturbada, o que gerava um isolamento dessas e até ausência de contato visual com outras pessoas. Nesse sentido, o prejuízo precoce no estabelecimento de relações sustentaria a distinção entre o autismo e a esquizofrenia, visto que na última a mudança gradual no comportamento indicava a retirada do mundo após alguns anos de desenvolvimento normal (LIMA, 2010). Os autistas também se distinguiam dos chamados "débeis mentais" por seus bons níveis intelectuais, característica essa que levava Kanner a afirmar que o problema central era afetivo, e não cognitivo.

Kanner considerava que era a esfera emocional que estava em jogo nesse quadro, descrevendo-o como um transtorno autístico do contato afetivo. Ao mesmo tempo que compreendia o autismo como sendo inato e biológico, ele também faz referência a possíveis

ligações do quadro com a personalidade dos pais, tidos por ele como intelectualizados, obsessivos, frios e sem um interesse genuíno nas pessoas (KANNER, 1943). É possível observar, desde já, certas pistas ambivalentes sobre as origens do quadro do autismo. Ao mesmo tempo que supunha-se uma incapacidade inata de estabelecer o contato afetivo habitual e previsto, também sugeria-se que esses problemas estariam articulados com a personalidade dos pais.

Um ano após a publicação desse trabalho, Kanner publicou um segundo artigo, em 1944, onde nomeava o tal quadro como "autismo infantil precoce". A similaridade desse trabalho com o primeiro era grande. Nesse segundo momento, no entanto, o autor acompanhou um total de 20 crianças e reafirmou que o potencial cognitivo dessas estava preservado, mas teria sido mascarado pelo distúrbio afetivo básico. Cavalcanti e Rocha (2007) criticamente sugerem que a afirmação conclusiva de Kanner sobre a incapacidade inata para estabelecer contato afetivo parece ter sido determinante para a "logomarca" do autismo: uma estranha incapacidade de ser um semelhante (*ibidem*).

Até esse momento, a ênfase estava nos diagnósticos de psicose infantil ou esquizofrenia infantil, de forma que era possível que houvesse uma sobreposição de sintomas entre esses quadros e o autismo. O autismo era abarcado pelo grupo das psicoses infantis, ainda não tendo se separado, portanto, da esquizofrenia. O próprio Kanner considerou, em 1949, que o autismo pudesse ser considerado a manifestação mais precoce da esquizofrenia infantil (LIMA, 2010). Também em 1949, Kanner reforçou características de frieza, obsessividade e indiferença dos pais, apontando para uma falta de carinho desses (DONVAN, ZUCKER, 2017). As contradições presentes no artigo do Kanner, de ora considerar uma etiologia biológica, ora relacionar aos fatores ambientais, abriram espaço para distintas concepções sobre esse diagnóstico e pode-se observar as marcas disso nos estudos posteriores do autismo e, inclusive, nos dias atuais. Durante os vinte anos iniciais desde que Kanner descreveu o quadro pela primeira vez, o autismo foi tratado como uma patologia das relações precoces mãe-bebê, de forma que a gênese do quadro era atribuída à ausência de certo tipo de investimento materno ou paterno no filho, o que ocasionou metáforas como "mães geladeiras".

Após o (hoje) famoso texto de Kanner, o médico austríaco Hans Asperger escreveu um artigo sobre a "Psicopatia autística na infância", que foi publicado em 1944, onde descrevia quatro crianças que apresentavam diversas características semelhantes às descritas por Kanner. Asperger foi contemporâneo de Kanner e, desconhecendo sua produção, publicou um estudo mediante a análise de crianças que apresentavam transtornos graves na interação social. Asperger privilegia a hipótese genética, deixando de fora a consideração sobre a relação

etiológica do autismo estar relacionada com o caráter dos pais. Tendo em vista que seu texto foi escrito em alemão e durante a Segunda Guerra Mundial, ele não teve um impacto imediato. Asperger permanece praticamente desconhecido até os anos 1980 enquanto Kanner, por sua vez, se popularizava mais e mais de forma que, posteriormente, surge a expressão “autismo de Kanner” (LIMA, 2007).

Nesse momento, cabe observar a consideração crítica de Solomon (2010, apud COSTA ANDRADA, 2017) acerca da “história de origem” do autismo: parecem faltar nessa história os elementos que indiquem as condições de possibilidade para a aparição e disseminação da categoria diagnóstica do autismo. Isto é, as narrativas de Kanner e Asperger são apresentadas como construções centradas no indivíduo e em suas relações mais imediatas, deixando de lado fatores culturais e contextuais que poderiam, por exemplo, justificar o aparecimento de uma síndrome infantil rara naquele momento (*ibidem*). Além disso, o foco na dupla “mãe e criança” costuma ser central nessa narrativa mais canônica do autismo e podemos ver isso de forma destacada nas concepções psicanalíticas da época.

A psicanálise, neste momento bastante interessada nas relações mãe-bebê e na clínica da primeira infância, também marcou o campo dos estudos do autismo, e Margareth Mahler e Bruno Bettelheim, ambos influenciados pela psicanálise kleiniana, se destacaram nesse momento inicial. Muitos psicanalistas europeus haviam emigrado para os Estados Unidos após a ascensão do nazismo e o início da Segunda Guerra Mundial e, portanto, os anos 1940 e 1950 compuseram um período de forte presença da psicanálise na formação de psiquiatras e em instituições de tratamento mental, assim como na produção teórica do campo.

Nascida na Hungria e emigrada para os Estados Unidos, Mahler se dedicou a pesquisar as psicoses e o autismo a partir do referencial psicanalítico e se destacou pelas teses afetivas e relacionais sobre esse quadro. Pensava em uma "fase autística normal", que se daria nos primeiros meses de vida, seguida de uma fase simbiótica, onde haveria uma gradual percepção do mundo exterior, ainda que se experimentasse um estado de fusão com a mãe. Essa segunda fase prepararia, portanto, as bases para o processo de diferenciação e individualização a partir da estruturação de um ego autônomo (LIMA, 2007). Nesse sentido, o quadro do autismo infantil seria, para Mahler, uma regressão ou fixação a esse período dito normal com uma retirada da libido do mundo exterior como resultado de uma falha na capacidade perceptual integradora do ego (MAHLER, 1952).

O autismo, então, era entendido por essa psicanalista como um estado de fechamento, indiferenciação, autossuficiência e era impermeável a qualquer contato com o mundo externo (CAVALCANTI, ROCHA, 2007). É nesse sentido que Mahler utiliza a metáfora do "ovo" para

se referir ao autismo, fazendo referência ao isolamento do autista em relação ao mundo externo. Apesar da ênfase que a autora atribui aos fatores afetivos e psicodinâmicos na causalidade das psicoses infantis, ela não elabora nenhum perfil para a mãe ou o pai das crianças afetadas (LIMA, 2014). Mahler teve uma forte influência na obra da psicanalista inglesa Francis Tustin, que também se dedicou aos estudos do autismo e que foi supervisionada pelo psicanalista Donald Meltzer, outro nome importante na história do autismo (CAVALCANTI e ROCHA, 2007).

Bettelheim, por sua vez, afirmava que o fator precipitador do quadro seria o desejo de um dos pais de que a criança não existisse, contestando a possibilidade de uma causalidade orgânica no autismo. Americano de origem austríaca, Bettelheim apostava que o processo patogênico do autismo - que ele ainda denominava de "esquizofrenia infantil" - consistia em uma resposta da criança a situações extremas (BETTELHEIM, 1967). Tais situações levariam a criança a interpretar o mundo como hostil e a resposta frente a isso seria uma perda do contato e da confiança na relação com a realidade. Por um lado, o autor dizia não fazer diferença se os perigos eram reais ou imaginários e alertou ser um grande erro assumir que um dos pais desejasse criar o autismo do filho (LIMA, 2014). Por outro lado, porém, também afirmava que a causa do autismo era, principalmente, a interpretação que a criança faz das emoções negativas das figuras mais significativas do seu meio ambiente. Com sua metáfora da "fortaleza vazia" para acentuar a ausência do mundo psíquico nos autistas, Bettelheim deixou sua marca ao atribuir a etiologia do autismo às falhas maternas e à ausência de condições das mães para cuidarem de seus bebês (CAVALCANTI, ROCHA, 2007).

Para Cavalcanti e Rocha (2007) as metáforas como as de Mahler e Bettelheim induziram de certo modo a ideia de que essas crianças estariam fora da linguagem e da cultura, sem interioridade e, portanto, tratadas no negativo. As autoras dizem que essas teorias, por mais que tenham sido revistas e debatidas, ainda marcam o campo psicanalítico, fazendo com que permaneça viva a tendência de atribuir a etiologia do autismo às falhas parentais (*ibidem*). As metáforas que concebiam o autismo em termos negativos usadas pela tradição psicanalítica enfatizam as ideias de déficit, de impossibilidade e de deficiência (ORTEGA, 2009). Como vimos anteriormente, o próprio Kanner teve suas idas e vindas no que diz respeito ao discurso que culpabilizava os pais, principalmente a mãe. Anos depois, ele negou que tivesse tido opiniões que culpasse os cuidadores e que, na realidade, teria sido citado de forma equivocada e em 1966, retoma a teoria de que os bebês já nasciam com autismo e que o amor da mãe ou a falta dele nada tinha a ver com o transtorno (DONVAN, ZUCKER, 2017).

No entanto, o mito da mãe geladeira já estava tomando espaço. Os pais, sentido-se culpabilizados pela etiologia do distúrbio psíquico dos seus filhos, mostraram resistência ao tratamento psicanalítico e investiram, portanto, na busca de um diagnóstico que confirmasse a origem orgânica das dificuldades observadas (CAVALCANTI, ROCHA, 2007). Nesse percurso, encontram as ofertas das terapias behavioristas ou cognitivistas que geralmente se aliam às concepções organicistas, desimplicando-os do sofrimento dos filhos. Ao mesmo tempo que esse movimento permitia a retirada dos pais de uma posição injusta e cruel, também trouxe para o cenário, nas décadas seguintes, certas tendências presentes nas neurociências que reduzem as crianças a problemas de neurotransmissores ou distúrbios metabólicos (CAVALCANTI, ROCHA, 2007). Segundo Donvan e Zucker (2017), os pais precisavam de alguém com credibilidade para defendê-los, para que a psiquiatria admitisse a falsidade do mito da mãe geladeira e pudesse dar fim a ele. Essa pessoa seria Bernard Rimland.

Rimland estava convencido de que a psique não tinha relevância e que autismo era biologia. Os efeitos do trabalho de Rimland só foram sentidos de forma mais clara nos anos seguintes, visto que durante os anos 1960 e 1970 ainda predominava uma visão psicodinâmica, embora a corrente biológica e cognitivista viesse ganhando força. Rimland era psicólogo, pai de uma criança autista e contestava a compreensão e tratamento psicanalíticos do quadro, definindo o autismo como uma disfunção cognitiva baseada em problemas na formação reticular do cérebro (LIMA, 2010). Seu livro "Infantile autism", de 1964, representou uma importante reação à hegemonia psicodinâmica no campo do autismo. Para ele, a literatura existente sobre autismo levava à culpa, vergonha e gastos financeiros excessivos, podendo destruir as vidas e a esperança das famílias, além de desencorajar as pesquisas de viés biológico (LIMA, 2014).

Rimland apontava que a psicogênese não era mais do que uma "influência imaginária" na etiologia do autismo e que os autores que a defendiam teriam negligenciado fatores orgânicos que eram evidentes. Para ele, o autismo como uma disfunção cognitiva atingiria a habilidade de articular sensações e memória, levando a uma incapacidade de pensar conceitualmente, de forma que a falta de contato afetivo seria derivada de uma disfunção cognitiva. Estavam presentes em suas pesquisas os fios condutores do que viria pela frente nos estudos desse quadro: a concepção de que, antes de se manifestar sob a forma de disfunção afetiva, o autismo teria uma natureza cognitiva.

Posteriormente, Rimland propôs que a exposição à toxicidade ambiental também era um fator importante no quadro do autismo (LIMA *et. al*, 2019). Essa abordagem teve um forte impacto sobre o modo como o autismo era percebido e tratado nos Estados Unidos e até hoje

essas marcas se fazem presentes: ramificações de sua teoria incluem o movimento antivacinação e, apesar de ter sido provado que os supostos fundamentos científicos para as vacinas como causa do autismo eram fraudulentos, ainda vemos reflexos bastante atuais sobre essa questão.²

No entanto, foi a partir do fim dos anos 1970 e início dos anos 1980 que se observa a quebra da hegemonia das correntes psicodinâmicas na psiquiatria do autismo nos Estados Unidos (LIMA, 2007) e, nesta virada da concepção nos estudos do autismo, Michael Rutter se destacou nas pesquisas voltadas para a disfunção cognitiva do quadro. No início dos anos 1970, Rutter e seus colaboradores se dedicaram a estabelecer qual era a base cognitiva necessária para que o autismo se instalasse. Eles concluem que não há suporte para a descrição de pais frios, obsessivos ou socialmente retraídos e consideram o autismo como uma anormalidade neurológica ou síndrome de dano cerebral, como distúrbio do desenvolvimento e, principalmente, como distúrbio cognitivo ou da linguagem. Eles estavam convencidos de que esses problemas eram os prejuízos primários na patogênese do autismo, secundarizando, então, os sintomas sociais e comportamentais. (RUTTER, 1974).

Nesse sentido, a virada dos anos 1960 para os 1970 foi marcada pelo início da revolução cognitivista no campo psicológico e pelo aumento do poder das correntes organicistas na psiquiatria, o que foi crescendo ainda mais nas décadas seguintes. O avanço das concepções cognitivas e cerebrais correspondia à redução no número de referências psicanalíticas sobre o assunto e, para Lima (2010), com o advento da década de 1980, o panorama que se tem é da expansão da concepção do autismo como uma disfunção cognitiva, de natureza neurológica, influenciada especialmente por fatores genéticos. A teoria antes dominante, a psicanálise, e o tratamento até então predominante, a psicoterapia, estavam sob severo ataque (MAYES, HORWITZ, 2005). Outra pesquisadora importante nesse período foi a psiquiatra britânica Lorna Wing que, assim como Rimland, se destacou por pesquisar o autismo e ser mãe de uma criança autista. Wing desviava dos pensamentos psicanalíticos e, embora não negasse a presença de culpa e ambivalência nos pais, admitindo que em algum momento eles pudessem ter desejado a morte do filho autista, ela afirmava que esses sentimentos eram compatíveis com o amor parental normal. A autora em questão propunha um "conselheiro" como figura central

² Podemos observar isso atualmente nos Estados Unidos, por exemplo, onde autoridades federais disseram que planejam conduzir um estudo em larga escala para reexaminar se há uma conexão entre vacinas e o autismo, mesmo sendo considerado consenso dentro da comunidade científica a falta de evidências para essa ligação (Jornal O GLOBO, 2025).

na condução do caso, onde este teria a função de acolher os pais com tato e simpatia (LIMA, 2014).

Para Wing, as limitações sociais do autismo eram secundárias aos problemas nas esferas perceptivas e cognitivas e em seu artigo de 1981, onde retoma a síndrome antes descrita por Hans Asperger, ela fortalece a noção de *continuum* ou de espectro do quadro do autismo. Foi então a partir do desenvolvimento dos trabalhos de Wing, adicionado às ideias de Rutter, que se consolida academicamente a concepção de *continuum* ou espectro do quadro (LIMA, 2014). Para a autora, as características do autismo podiam aparecer de formas distintas e, embora tenha usado, primeiramente, o termo “continuum” para capturar esse conceito, em 1988 ela passa a usar o termo “espectro” para denotar essa ideia (DONVAN, ZUCKER, 2017) e mais a frente veremos como isso refletiu no meio das classificações psiquiátricas.

Wing trabalhou com a ideia de que a síndrome de Asperger compartilhava com o autismo a mesma tríade sintomática: ausência ou limitações na interação social recíproca, ausência ou limitações no uso da linguagem verbal e/ou não verbal e, por último, ausência ou limitações das atividades imaginativas, que deixavam os comportamentos estereotipados ou repetitivos. A autora apostava na possibilidade de haver o mesmo mecanismo cognitivo para ambos e, portanto, produziu um quadro potencialmente mais abrangente que o de Asperger e, assim como o autismo contemporâneo tem maiores doses do Michael Rutter do que de Kanner, a síndrome de Asperger, a partir de 1981, passa a ter mais a marca de Wing do que a do próprio Hans Asperger (LIMA, 2014).

Outro fato histórico importante neste percurso do quadro do autismo foi a mudança no título do *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* (Revista de autismo e esquizofrenia infantil), em 1979. A partir daí, consolidou-se a separação entre autismo e esquizofrenia, assim como o distanciamento do autismo do conceito de psicose infantil, de forma que o periódico passou a se chamar *Journal of Autism and Developmental Disorders* (Revista de autismo e transtornos do desenvolvimento). O fortalecimento da perspectiva desenvolvimentista sobre o autismo foi definitivamente consagrado com a publicação da terceira edição do DSM, como veremos no tópico 1.2.

Assim, a psicanálise vai sendo gradualmente substituída pelas ciências cognitivas. Baron-Cohen, Leslie e Frith (1985 apud LIMA, 2017) descrevem o que lhes pareceu o prejuízo fundamental da cognição dessas crianças com autismo: a impossibilidade de atribuir crença aos outros e, conseqüentemente, de prever os comportamentos alheios, levando ao que Baron-Cohen (1997 apud LIMA, 2007) nomeou de “cegueira mental”. Nesse sentido, haveria nessas

crianças uma grande dificuldade em imaginar e interpretar os estados mentais de terceiros e também dos próprios.

Baron-Cohen também faz distinções acerca dos cérebros de homens e mulheres, caracterizando o cérebro masculino como sendo voltado para “sistematizar”, enquanto o feminino estaria mais voltado para a “empatia” (TIMIMI, GARDNER, MCCABE, 2011). O autor conclui que pessoas diagnosticadas com autismo são melhor compreendidas como tendo uma constituição que as coloca no extremo da sistematização - ou seja, do cérebro masculino - e, por essa razão, haveria mais homens com diagnóstico de autismo, proporcionalmente às mulheres (*ibidem*). Sobre esse ponto, Timimi, Gardner e McCabe apontam que Baron-Cohen adota uma abordagem a-histórica e a-cultural e não realiza uma análise da relação entre gênero e o que considera como psicopatologia, de forma que as evidências sobre as diferenças entre homens e mulheres é de difícil estabelecimento.

De todo modo, o que se observa é que vão sendo trabalhadas hipóteses cerebrais do autismo. Em um artigo intitulado “A cerebralização do autismo: notas preliminares”, Lima (2007) nos mostra como é no tecido neural e em sua neuroquímica que se tem buscado as origens desse quadro nos últimos anos. Para o autor, apesar da inconsistência de parte dos achados e das dificuldades em sua generalização, é possível afirmar que, para os principais pesquisadores do campo na atualidade, o autismo contemporâneo é um autismo cerebral. Este movimento ganha força a partir da década de 1990 e tem relações estreitas com a capitalização das pesquisas em torno da materialidade cerebral (ROSI, LUGON, 2020).

Ehrenberg (2009), em um artigo intitulado “O Sujeito Cerebral”, diz que a partir dos anos 1980 as neurociências permitiram a produção de duas importantes mudanças: por um lado, as doenças neurológicas e as doenças mentais passaram a ser suscetíveis de serem abordadas como uma única espécie de doença. Por outro lado, a fronteira de ação dessas disciplinas se estendeu às emoções, aos comportamentos sociais e aos sentimentos morais. Assim, com a possibilidade de visualização do cérebro, poderíamos esperar não só progressos no tratamento das patologias mentais, mas anunciar o surgimento de uma biologia da consciência ou do espírito (*ibidem*).

Serpa Jr. (2007), por sua vez, faz referência a uma “redescoberta do cérebro” pela psiquiatria e fala da inferência feita a partir dessa “redescoberta” de que nossa vida mental decorre desse órgão. Segundo o autor, trata-se de uma posição materialista e reducionista no que diz respeito ao problema mente/corpo, visto a desconsideração que se faz da subjetividade. “Como articular a dimensão irreduzivelmente subjetiva do adoecimento mental com a objetividade impessoal do funcionamento orgânico?” (SERPA JR., 2007, p. 12). Essa visão

advinda da neurociência, portanto, parece individualizar uma questão que, como vimos, tem raízes sociais também. O que podemos observar é que a história do autismo, desde o seu surgimento até as teorias cerebrais do quadro, deve ser compreendida em relação com o contexto sócio-político e mesmo se dá para essa questão classificatória. Com a tradição psiquiátrica de tensão entre uma concepção do sujeito como ser corporal e cerebral e uma concepção adversa do sujeito como ser social e falante, um novo contexto se instala: “o sofrimento psíquico e o sofrimento mental tornaram-se os principais pontos de referência da individualização da condição humana dentro da sociedade da autonomia generalizada (EHRENBERG, 2009, p. 188).

Segundo Maleval (2017), a escolha do “todo biológico” pode ser carregada de consequências para o tratamento dos sujeitos autistas, como veremos no subtópico 1.3. Esta escolha não induz a apreensão desses sujeitos como sujeitos a devir e, mesmo se em algum momento pudermos mostrar que o autismo é do foro de uma disfunção biológica, “não seria menos verdade que o indivíduo ainda deveria subjetivar suas consequências (MALEVAL, 2017, p. 25).

Ao ser entrevistado por Benilton Bezerra Jr., Jurandir Freire Costa traz pontos importantes acerca da complexidade cultural do diagnóstico. Segundo o autor, o diagnóstico psiquiátrico, antes predominantemente excludente, passou por um processo de reapropriação de forma a beneficiar sujeitos anteriormente prejudicados com a rotulação estigmatizante. Dessa forma, até os diagnósticos de teor biologizante passam a ser instrumentalizados de maneira positiva, servindo como reivindicação a certos direitos (COSTA, BEZERRA JR, 2014). A complexidade cultural fez com que o diagnóstico psiquiátrico, antes predominantemente excludente, fosse agora reapropriado de forma a beneficiar os sujeitos anteriormente prejudicados com a rotulação estigmatizante. Desse aspecto, até os diagnósticos de teor biologizante, cerebralizante ou neurologizante passaram a ser instrumentalizados de maneira positiva. Ou seja, os supostos portadores de deficiências orgânicas passaram a reivindicar a isenção de certas responsabilidades sociomorais ou a obtenção de privilégios sociais – como cotas de preferência em instituições de trabalho e ensino ou outros tipos de assistência social – justificando suas condutas como sendo produto de fatores impessoais ou involuntários.

Além disso, outro momento importante na história do cuidado do autismo diz respeito ao movimento da neurodiversidade, que colocou em xeque algumas noções acerca de como se entendia o autismo. A história do movimento de neurodiversidade está ligada justamente ao deslocamento das concepções psicanalíticas para essa concepção biológica e cerebral do

autismo (ORTEGA, 2009). Como vimos, a aproximação das neurociências possibilitou a desresponsabilização dos pais nos destinos subjetivos dos filhos e é precisamente por conta do deslocamento do paradigma psicanalítico que aparecem os movimentos da neurodiversidade, que rejeitam as explicações negativistas acerca do quadro e afirmam um autismo cerebral (*ibidem*).

Os primórdios do movimento da neurodiversidade remontam ao discurso de Jim Sinclair em uma conferência sobre autismo em Toronto em 1993 que, por sua vez, tem conexões com o modelo social da deficiência, que abordaremos brevemente a seguir. A partir de uma crítica ao movimento dos pais, Sinclair afirmava que, em vez de sempre procurar melhorar a vida dos filhos, os pais insultavam a humanidade deles ao se apoiarem na premissa de que o autismo representava algo de errado (DONVAN, ZUCKER, 2017). A percepção do autismo enquanto um inimigo, portanto, passou a ser criticada pelo movimento da neurodiversidade. O princípio central do movimento considerava que ser autista era apenas mais uma maneira de ser humano e, como o ser humano não requer cura, tampouco o autismo precisava de cura (DONVAN, ZUCKER, 2017).

O chamado “modelo social da deficiência” surge como uma alternativa ao modelo hegemônico médico-individual que tinha a ênfase no diagnóstico e que pensa no indivíduo deficiente como um sujeito dependente (ORTEGA, 2009). Para os teóricos do modelo social, a deficiência é um problema social e político, de forma que não existe para além da cultura que a descreve como tal. É nesse sentido que Lennard J. Davis (2006) diz que o “problema” não é a pessoa com deficiência, mas a forma como a normalidade é construída para criar o “problema” da pessoa com deficiência (DAVIS, 2006).

A rejeição ao modelo médico e à ideia de que a deficiência precisa de “correção” passam a ganhar força em 1980 e, conseqüentemente, ganha força também a noção de que quem deveria se ajustar não eram os indivíduos ditos deficientes, mas a própria sociedade - visto que essa seria desajustada em relação a esses indivíduos (GAUDENZI, ORTEGA, 2016). O discurso acadêmico sobre a deficiência, portanto, surge como um posicionamento crítico frente ao discurso dos especialistas (ORTEGA, 2009). Nesse sentido, “consideramos deficientes indivíduos que não olham nos olhos quando se comunicam, como é o caso de autistas, apenas porque nossa sociedade estabelece o contato visual como um elemento básico da interação humana” (ORTEGA, 2009, p. 68).

É a partir dos estudos sobre a deficiência, então, que poderemos entender o movimento da neurodiversidade. A ideia é que o autismo não se trata de uma doença e, portanto, não precisa de cura e trata-se, antes de tudo, de uma diferença humana que deveria ser respeitada

(ORTEGA, 2009). A partir dessa concepção, os indivíduos diagnosticados com autismo, isto é, aqueles considerados “neurologicamente diferentes” ou “neuro atípicos”, não precisariam ser curados, mas respeitados em suas diferenças (*ibidem*). O movimento da neurodiversidade, mesmo que não seja o foco central deste trabalho, traz concepções fundamentais para pensarmos o cuidado com essa população e, como a história do cuidado do autismo está fortemente atrelada a história desse quadro enquanto categoria nosográfica, passaremos para as mudanças do autismo nas classificações psiquiátricas.

1.2 O autismo nas classificações psiquiátricas

(...) as classificações não existem apenas no espaço vazio da linguagem, mas nas instituições, práticas, interações materiais com coisas e outras pessoas. (HACKING, 1999, p.103, tradução nossa)³

O alargamento dos critérios diagnósticos - que reforçam a noção de *espectro* autista - nos ajuda a compreender o aumento na prevalência do autismo nos últimos anos - embora existam dúvidas acerca do real aumento de sua incidência, como vimos anteriormente. Vale tentarmos entender, no entanto, o que se quer dizer sobre esse conceito de alargamento dos critérios diagnósticos, isto é, alargamento do quê, exatamente? Serviria como uma diminuição dos critérios envolvendo severidade? Diante da expansão dos diagnósticos de autismo a partir da sua atualização nosográfica feita pelo DSM-5 e o crescimento das ofertas de tratamentos e metodologias para a detecção precoce desse quadro, iremos percorrer sua história nas classificações psiquiátricas.

A fim de chegar nas classificações psiquiátricas mais atuais, vale contextualizar brevemente o desenrolar dos Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais, os DSM's, criados pela Associação Psiquiátrica Americana (APA). As descrições do autismo são fortemente influenciadas pela psiquiatria norte-americana, especialmente pela APA e o famoso DSM, que se encontra em sua quinta edição. Este manual é um dos documentos mais influentes na psiquiatria moderna, servindo de referência para profissionais de saúde mental, seguradoras e até mesmo escolas. Um dos problemas que podemos observar acerca do DSM é justamente a

³ O texto original em língua estrangeira é: “(...) classifications do not exist only in the empty space of language but in institutions, practices, material interactions with things and other people.”

falta de controle de seu uso - o que ultrapassa o domínio da APA e atravessa outros territórios, como as escolas, consultórios psicopedagógicos, hospitais, entre outros, sendo usado de forma indiscriminado (FENDRIK, 2011 apud MARTINHAGO, CAPONI, 2019).

O impulso inicial para o desenvolvimento de uma classificação de transtornos mentais nos Estados Unidos relacionava-se à necessidade de recolher informação estatística (DUNKER, NETO, 2011). A ideia, portanto, era de criar um consenso terminológico entre os clínicos a partir da padronização das categorias, a fim de atender finalidades acadêmicas, terapêuticas, legais e financeiras (MARTINHAGO, CAPONI, 2019). O número de pessoas diagnosticadas com alguma patologia mental aumentou significativamente em paralelo às edições do DSM (*ibidem*). Além disso, vale lembrar que o DSM foi constituído a partir de uma perspectiva atórica e operacional, tendo como objetivo a classificação de dados diretamente observáveis, sem recorrer a sistemas teóricos (DUNKER, NETO, 2011). No entanto, como observa Serpa Jr. (2007), ao se pretender objetivo e atórico, esse tipo de classificação acaba se limitando em oferecer listas de sintomas onde qualquer incidência da subjetividade é erradicada, sem contar que a própria crença de que é possível ser atórico já implica, de alguma forma, uma certa posição epistêmica e teórica.

Uma questão que merece ser considerada, segundo Zorzaneli (2014), é a justificativa de por que o nosso foco de atenção se volta para o DSM, visto que o manual classificatório que regula as burocracias médicas no Brasil no campo da saúde mental é a Classificação Internacional de Doenças (CID), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A autora trabalha a noção do DSM enquanto um objeto cultural, de forma que o poder de ação desse manual se completa por refletir valores culturais e, ao mesmo tempo, produzir impacto na cultura, visto seu poder de se inserir no vocabulário leigo, nas matérias sobre saúde ou sobre consumo e, de forma geral, no vocabulário comum (ZORZANELLI, 2014). Para Siegel (2018), a criação de um sistema de classificação separado como o DSM foi uma certa dose de arrogância, visto que os americanos e o resto do mundo já estavam aderindo a um sistema estabelecido pela Organização Mundial da Saúde. Muitas são as críticas feitas em relação a esse manual - algumas com grande pertinência, inclusive -, no entanto, em vez de meramente condená-lo, Zorzaneli (2014) sugere que tentemos compreendê-lo dentro do contexto em que se situa e entender a que tipo de respostas sociais ele responde, a fim de inseri-lo em um contexto sociológico mais amplo.

Sua primeira edição, de 1952, foi complementada em 1965 para se alinhar com a CID. Esse primeiro manual oficial da APA refletia as opiniões dos psiquiatras chamados "dinâmicos", especialmente Adolf Meyer, psiquiatra americano mais proeminente da primeira

metade do século XX (MAYES, HORWITZ, 2005). A primeira edição contava com 106 categorias e tinha um enfoque predominantemente psicanalítico. Em 1968 foi lançada a segunda edição do DSM com 182 categorias e segundo Siegel (2018), essa foi a primeira ocasião em que a APA percebeu que havia um mercado para a atualização da nomenclatura diagnóstica. Nesse momento, o diagnóstico de esquizofrenia infantil incluía o autismo como uma de suas manifestações, assim como no DSM-I, e também nessa segunda edição o termo “reação” desaparece da maioria dos diagnósticos, embora tenha persistido naqueles da faixa infantojuvenil. Tanto o DSM-I, quanto o DSM-II concebiam os sintomas como reflexos das condições dinâmicas subjacentes ou como reações a problemas da vida, de forma que as explicações dinâmicas postulavam que os sintomas eram manifestações simbólicas que só se tornavam significativas ao explorar a história pessoal de cada indivíduo (MAYES, HORWITZ, 2005). Dessa forma, ambas as edições refletiam a predominância da psicodinâmica psiquiátrica e não tinham os sintomas ainda especificados (DUNKER, NETO, 2011).

Mayes e Horwitz (2005) apontam que, na época, a confiabilidade do DSM-II era baixa, visto que algumas definições incluíam suposições não testáveis sobre suas causas e também porque nem todos os usuários estavam familiarizados com os transtornos. Com a falta de critérios formais para determinar os limites diagnósticos, os clínicos eram forçados a se basear em descrições globais dos transtornos, que muitas vezes envolviam suposições subjetivas sobre suas causas.

O DSM-III, de 1980, contendo 265 categorias, representou o marco da mudança de paradigma da psiquiatria, que até o momento era regida predominantemente pela psicanálise. Seu processo de desenvolvimento se iniciou em 1974, quando o psiquiatra Robert Spitzer, consultor do desenvolvimento do DSM-II, foi nomeado pela APA para coordenar a revisão do DSM-II (MAYES, HORWITZ, 2005). O único propósito da revisão, inicialmente, era tornar a nomenclatura do manual consistente com a CID. Para Mayes e Horwitz (2005), o aspecto fundamental do DSM-III foi seu uso de diagnósticos categóricos baseados em sintomas para definir doenças mentais, passando também a atender às necessidades das empresas farmacêuticas de ter doenças específicas para remédios específicos. Os diagnósticos padronizados que vieram a partir do DSM-III não apenas resolveram a crise que a psiquiatria enfrentava na década de 1970, mas também estabeleceram um novo modelo de doença mental (*ibidem*).

Nesta terceira edição, a esquizofrenia infantil foi eliminada e sua relação com o autismo já havia sido questionada, como vimos anteriormente. O "autismo infantil", nesse momento, aparecia pela primeira vez no capítulo dos "Transtornos Geralmente Evidentes pela Primeira

Veza na Infância ou na Adolescência", que pertencia aos "Transtornos Globais do Desenvolvimento". No manual, era atribuído ao quadro a incapacidade qualitativa na interação social recíproca, a incapacidade qualitativa na comunicação verbal e não-verbal e na atividade imaginativa, o repertório de atividades e interesses acentuadamente restritos e o início na primeira infância ou infância (APA, 1980). Nesse terceiro manual, portanto, o autismo passa a ter significação e nosografia próprias, arquitetadas com base nas descrições feitas inicialmente por Kanner e expandidas por Rutter.

O DSM-III transformou radicalmente a natureza da doença mental e em um curto período, a psiquiatria adotou um sistema de classificação totalmente novo. Essa terceira edição do manual importou o modelo diagnóstico da medicina, onde o diagnóstico é visto como fundamental e a psiquiatria, então, se reorganiza de uma disciplina onde o diagnóstico desempenhava um papel marginal para uma em que se tornou base da especialidade (MAYES, HORWITZ, 2005). O DSM-III foi declarado uma "vitória" por seus defensores, principalmente pela forma como se tornou rapidamente a abordagem dominante para o diagnóstico de transtornos mentais. A mudança que ele provocou foi rápida, completa e irreversível (*ibidem*). As doenças baseadas em sintomas que o novo manual criou facilitaram enormemente o papel crescente dos tratamentos medicamentosos na psiquiatria. Essa terceira edição, portanto, buscou promover uma revolução na forma como os profissionais de saúde mental pensavam e praticavam o diagnóstico psiquiátrico e, de muitas formas, essa revolução teve um sucesso notável. (*Ibidem*).

Em 1987 foi realizada uma revisão do DSM-III na intenção de torná-lo mais empírico e, conseqüentemente, estatisticamente confiável (MAYES, HORWITZ, 2005). Com os diagnósticos psiquiátricos se tornando mais confiáveis, passa-se a usar os critérios do DSM para avaliar quem tinha ou não autismo, nesse momento chamado de "Transtorno Autista" (*ibidem*). Como muitos outros transtornos psiquiátricos, o autismo tinha uma subclassificação e, se por um lado isso ajudava a melhorar a confiabilidade de muitas classificações, por outro, isso cria um novo problema para o autismo e para outros transtornos: os limites de quem pode ser considerado afetado pelo transtorno diminuem. Mayes e Horwitz (2005) dizem que nesse momento ainda não se tinha um reconhecimento claro de um "espectro do autismo", mas como vimos anteriormente, esse foi um processo que foi se dando para além dos manuais.

A quarta edição do DSM, de 1994, que continha 297 categorias, preserva o autismo como categoria nosográfica, entendendo-o como um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório restrito de interesses e atividades. No que diz respeito às manifestações do transtorno, essas variavam a

dependem do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do indivíduo. O transtorno autista também era chamado, ocasionalmente, de autismo infantil precoce, autismo da infância ou autismo de Kanner (APA, 1994). Serpa Jr. (2003) aponta que a publicação da quarta edição do DSM, assim como a CID-10, de 1993, estimulou uma grande expansão do número de categorias diagnósticas até então registradas, resultando, conseqüentemente, no aumento de processos que podem ser descritos como a patologização do normal.

Já o DSM-5, publicado em 2013 englobou os transtornos definidos anteriormente pelo DSM-IV como Transtornos Globais do Desenvolvimento sob a designação generalizante de "Transtornos do Espectro Autista" (APA, 2013), que dizia de um desarranjo do neurodesenvolvimento descrito com base na presença de dificuldades de comunicação e interação social e de comportamentos restritos e repetitivos. O manual aponta que os sintomas do quadro de autismo precisam estar presentes precocemente no período do desenvolvimento e devem causar prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do sujeito para que o diagnóstico possa ser realizado. Nesse momento, a noção de "espectro" se consolida no manual. A descrição do autismo nesta última edição apresenta o transtorno em espectro com as seguintes características:

(...) déficits persistentes na comunicação social e interação social em diversos contextos, incluindo déficits de reciprocidade social, comportamentos não-verbais de comunicação utilizados para a interação social e habilidades no desenvolvimento, manutenção e compreensão das relações. Além dos déficits de comunicação social, o diagnóstico de transtorno do espectro do autismo requer a presença de padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses ou atividades (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 31, tradução nossa)⁴.

Em 2018, temos o lançamento da CID-11, que descreve o TEA a partir dos déficits persistentes na interação e comunicação social, além de comportamentos repetitivos e interesses restritos que não condizem com a idade ou contexto cultural da pessoa (WHO, 2025). Além disso, no que diz respeito à idade de início, a CID-11 não restringe que o surgimento seja na primeira infância, sugere que “tipicamente” ocorre nesse momento, mas admite a possibilidade

⁴ O texto original em língua estrangeira é: “Autism spectrum disorder is characterized by persistent deficits in social communication and social interaction across multiple contexts, including deficits in social reciprocity, nonverbal communicative behaviors used for social interaction, and skills in developing, maintaining, and understanding relationships. In addition to the social communication deficits, the diagnosis of autism spectrum disorder requires the presence of restricted, repetitive patterns of behavior, interests or activities”

dos sintomas se manifestarem mais tarde (*ibidem*)⁵. O DSM-5-TR - versão revisada de 2022 - também diz algo semelhante acerca da precocidade da presença dos sintomas no período do desenvolvimento e descreve que esses 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 (APA, 2022).

Ao longo desse processo, portanto, a extensão da definição de autismo aumentou e diminuiu, o número de palavras em sua lista de sintomas saltou para mais de seiscentas na quarta edição, reduziu para trezentas na revisão do DSM-IV e retornou a expandir para quase novecentas palavras na quinta edição deste manual (DONVAN, ZUCKER, 2017). O próprio nome nas classificações sofreu mudanças, de “autismo infantil” para “transtorno autista” para “transtorno do espectro autista”.

O caminho percorrido desde a invenção do termo autismo, passando pela descrição de Kanner e Asperger, pela inauguração nosológica no DSM-III e indo até a concepção organicista expressa no DSM-5, fez com que o conceito de autismo se transmutasse de uma categoria inicialmente inserida no escopo dos sintomas da esquizofrenia para uma classificação vinculada aos transtornos do desenvolvimento. O deslocamento da visão "afetivo-relacional" para a concepção "cognitivo-cerebral" do autismo foi resultado, portanto, de todos esses movimentos brevemente descritos anteriormente.

A substituição da linguagem psicanalítica para um cenário onde concepções organicistas ganharam maior destaque pode ser entendida tanto pela influência da revolução cognitivista iniciada nos anos 1950 e 1960, quanto pela ascensão da corrente chamada de "psiquiatria biológica" e podemos ver esse movimento refletido na evolução dos manuais também. Além disso, para Lima (2014) a militância dos familiares também pode ser vista como um dos principais fatores a impulsionar abordagens que não implicassem na culpabilização dos pais na produção do quadro de autismo dos filhos. Não à toa, isso fez com que as associações de familiares elegessem como aliados preferenciais os profissionais mais organicistas, comportamentalistas e cognitivistas (*ibidem*).

Segundo Eyal *et. al* (2010), a ascensão exponencial no número de diagnósticos de autismo ocorreu justamente após essas mudanças nas classificações. É comum que pesquisadores argumentem que o aumento nos diagnósticos de autismo não reflete um aumento real e natural no número de casos, mas diz de um artefato produzido a partir da confluência de

⁵ Vale ressaltar que, no Brasil, a implementação da CID-11 está prevista para janeiro de 2027 (BRASIL, 2025a).

forças de oferta e demanda (*ibidem*). Isto é, como se a maior flexibilização dos critérios diagnósticos, aliada a uma maior conscientização sobre o autismo entre pais, professores e especialistas, justificasse o aumento da detecção do quadro, apontando para o caráter social da epidemia de autismo. Nesse sentido, ao investigarem o caráter social da proliferação do diagnóstico de autismo, Eyal *et. al* (2010) trabalham com um questionamento importante: tais explicações sobre o aumento nas detecções sugeriria, então, que o autismo não é “real”?

Como Ian Hacking (1999) diz, a questão é sem sentido, a menos que especifiquemos um "o quê" real. Uma "entidade de doença" real? Provavelmente não, mas nem mesmo o DSM assume isso. Comportamentos reais e processos cerebrais que, no entanto, dependem de experiências sociais, hábitos e processos institucionais? Por que não? (HACKING, 1999, apud EYAL *et. al*, 2010, p. 20, tradução nossa)⁶

Timimi, Gardner e McCabe (2011) fazem referência ao século XIX para pensar essa questão, sendo esse um momento onde as práticas de classificação dos indivíduos como psicologicamente desordenados estavam menos desenvolvidas e os padrões de normalidade eram mais amplos. Assim, o autismo não poderia ter surgido até que os padrões de normalidade fossem formalizados e estreitados, o que não quer dizer que não tenha tido pessoas ao longo da história que tenham apresentado os sintomas que definimos como autismo, mas chamar de autismo seria apenas um “truque” de classificação, em vez de ser um resultado de um conhecimento biológico novo (TIMIMI, GARDNER, MCCABE, 2011).

Para Camargo Jr. (2019), o autismo é um conceito, socialmente construído, parte de um sistema classificatório, que designa pessoas que partilham um conjunto de características e experiências comuns. Também segundo o autor, podemos observar que o caráter social dessa construção não torna o autismo menos real, visto também as consequências muito concretas que tal categoria produz na vida das pessoas. Assim, chegamos à questão do cuidado propriamente dito. A concepção social acerca dos diagnósticos e a capacidade que esses têm de incitar tensões é bastante significativa e é nesse sentido que o processo de cuidado traz importantes reflexos da operacionalização do diagnóstico (ROHDEN, 2017).

⁶ O texto original em língua estrangeira é: “As Ian Hacking (1999) says, the question is meaningless unless we specify a real “what.” A real “disease entity”? Probably not, but not even the DSM assumes that it is. Real behaviors and brain processes that are nonetheless dependent on social experiences, habits and institutional processes? Why not?”.

1.3 Concepções acerca do cuidado do autismo

O que estamos tratando, afinal? (TIMIMI, GARDNER, MCCABE, 2011, p. 205, tradução nossa)⁷

Dada essa breve história acerca da etiologia do autismo e sua evolução dentro das classificações psiquiátricas, vale nos atentarmos para a história do cuidado do autismo ao longo dos anos, visto que a narrativa acerca do desenvolvimento da categoria do autismo se desdobra na história das práticas de cuidado. Veremos que este percurso reflete os debates em torno desse diagnóstico e, além disso, o próprio cenário atual brasileiro de disputas acerca das orientações para o tratamento do autismo pode ser melhor entendido a partir de uma recapitulação desse campo. Autores como Gil Eyal, Sami Timimi, John Donvan, Caren Zucker e outros falam da história do cuidado do autismo e é a partir de suas contribuições que, nesse momento, iremos traçar os pontos que consideramos mais centrais nessa história.

Deveria o autismo ser tratado como algo a ser enfrentado e curado, ou deveria ele ser valorizado como uma das formas da diversidade humana? Isto é, seria esse quadro uma ameaça, ou seria ele parte do espectro da variação humana, que não conta só com déficits, mas também com benefícios para a humanidade? (LIMA *et. al*, 2019). É interessante pensarmos que forças colocam o autismo no centro de uma disputa entre “curar” ou “aceitar”, e veremos como o movimento da neurodivergência entra nessa equação e, se como vimos anteriormente, a deficiência pode ser entendida enquanto uma construção social, a cura também (ORTEGA, 2009). Nesse sentido, as diferentes visões acerca de como deve ser encarado o autismo, tão presentes hoje em dia, encontram suas raízes no passado e também estão refletidas nas terapêuticas voltadas para pessoas diagnosticadas com o quadro.

Se, como vimos anteriormente, não temos um marcador diagnóstico, ou uma causa específica para o quadro e temos, na verdade, uma grande variedade em sua manifestação, o ‘tratamento’ para o autismo é amplamente voltado para o gerenciamento e suporte das dificuldades associadas tanto ao indivíduo, quanto sua família (TIMIMI, GARDNER, MCCABE, 2011). Podemos pensar também se o encaixe do autismo na concepção biomédica de doença contribuiu para o dilema “tratar ou viver com”, “doença ou forma de vida”. Segundo Eyal *et. al* (2010), as terapias para o autismo não têm uma origem em si mesmas, isto é, elas não advêm de novas descobertas ou conhecimentos sobre o autismo, nem de uma tradição

⁷ O texto original em língua estrangeira é: “What are we treating anyway?”.

anterior de trabalho com crianças autistas. A trajetória destas terapias começa em pontos diversos e obscuros, de forma que não estavam destinadas de antemão a serem terapias *para* o autismo (*ibidem*). Ainda segundo Eyal *et. al* (2010), o que acontece durante o processo terapêutico reflete e modifica a forma como o autismo é diagnosticado, conceitualizado e experienciado, isto é, as práticas terapêuticas não só tratam o autismo, mas elas transformam o próprio entendimento sobre esse quadro. A forma com que o autismo é visto, é reflexo também de suas abordagens terapêuticas, de forma que o próprio tratamento molda o quadro.

É nesse sentido também que esses autores dizem que uma importante condição prévia para a epidemia do autismo dos dias de hoje foi a ascensão e disseminação das terapias no início dos anos 1970. A pesquisa acerca da história dessas terapias não deveria, portanto, privilegiar o momento de seu nascimento, mas de sua hibridação, isto é, o momento em que elas começaram a se misturar e se integrar a partir de diferentes práticas, criando algo novo ou mais complexo (*ibidem*).

Para introduzir essa breve história do tratamento das crianças autistas, olharemos para o caso dos Estados Unidos. Vale ressaltar que a escolha do contexto norte americano diz respeito ao pioneirismo que os Estados Unidos tiveram nesse assunto e, portanto, essa primeira elucidação nos ajudará também na compreensão do contexto brasileiro. Ao longo do século XX nos Estados Unidos, as abordagens para pessoas com deficiências mentais ou doenças psiquiátricas eram fortemente caracterizadas pela exclusão (LIMA *et. al*, 2019). Os sanatórios urbanos ficavam lotados de pessoas que eventualmente causaram algum tipo de problema social e que passavam a ser consideradas loucas e a maioria dessa população era diagnosticada com esquizofrenia.

O que hoje entendemos por autismo, naquela época estava misturado com os quadros de debilidade ou retardamento mental e segundo Lima *et. al* (2019), é possível que essas instituições abrigassem diversas pessoas que hoje se enquadrariam no espectro do autismo. Isso responde, em parte, à pergunta feita com frequência de onde estavam todas as pessoas com autismo antes. Muitas se encontravam, portanto, institucionalizadas e eram obrigadas, diversas vezes, a suportar tratamentos experimentais e severas restrições. As drogas, a terapia eletroconvulsiva (TEC) e a terapia com insulina - usadas para tratar psicoses - também eram usadas em crianças autistas (*ibidem*). Uma das explicações para o aumento desse diagnóstico se dá, então, pelo entendimento da substituição diagnóstica: o que antes era reconhecido e chamado de "retardo mental", passa a ser chamado de autismo em boa parte dos casos (EYAL *et. al*, 2010). Atualmente, embora menos utilizado do que no passado, o termo "retardo mental"

ainda pode ser encontrado na CID-10 e pode, inclusive, ser considerado uma comorbidade associada ao TEA.

As instituições tinham uma função custodial, de forma que era feita a vigia dos internos, dando-lhes o que comer, mas não necessariamente mantendo-os ocupados ou sequer vestidos às vezes (DONVAN, ZUCKER, 2017). Nos anos 1940, enquanto os hospícios americanos registravam o maior número de pacientes da história do país e do mundo, as leis e o financiamento federal buscavam alternativas para essas instituições, assim como para os procedimentos perigosos utilizados nelas. Foi em 1946, a partir da National Mental Health Act (Lei Nacional da Saúde Mental), que o presidente Truman deu uma resposta aos movimentos em defesa dos veteranos militares com necessidades provocadas pela doença mental. Após esse evento, as pesquisas em saúde mental começaram a avançar um pouco mais e, nos anos 1960 e 1970, após o sucesso da clorpromazina, o uso da primeira geração de neurolépticos para tratar psicoses, esquizofrenia e autismo tornou-se comum, de forma que os hospitais passaram a ter pacientes mais calmos e menos internações (*ibidem*).

Já o contexto da desinstitucionalização nos Estados Unidos se deu com a Lei para Construção de Centros Comunitários de Saúde Mental, promulgada pelo então presidente Kennedy, que fez com que os investimentos do governo passassem das construções de hospitais para os cuidados comunitários. No entanto, segundo Lima *et. al* (2019), tal compromisso em libertar as pessoas das instituições não foi acompanhado por um compromisso de fornecer os recursos e apoio necessários para a assistência à comunidade e à família. Enquanto o ataque às instituições ia forçando os distritos escolares a admitirem uma certa obrigação mais ampla de educar as crianças com deficiências, nenhum distrito escolar considerava que essa obrigação abrangia todas aquelas crianças (DONVAN, ZUCKER, 2017). Dessa forma, junto com o desejo da desinstitucionalização, vieram também intensas pressões sobre os pais que se tornaram encarregados da assistência na comunidade.

Eyal *et. al* (2013) destacam que foi a combinação da desinstitucionalização com o envolvimento dos pais que produziu a “epidemia de autismo”. Os pais, na defesa do tratamento comunitário, também passaram a contribuir na produção de conhecimento acerca de seus filhos, de forma que não necessitavam exclusivamente de “experts” e puderam contribuir para o desenvolvimento de novos sistemas de conhecimento, movimento esse que propiciou uma possibilidade maior de aceitação para as pessoas com autismo (*ibidem*). Porém, além de formar parcerias com profissionais para identificar e diagnosticar crianças, os pais também lutaram para identificar apoios e recursos para seus filhos. Foi assim que a criança autista se tornou uma fonte de preocupação nos Estados Unidos. À medida que cada vez mais crianças recebiam o

diagnóstico de autismo, os sistemas de educação especial e de serviços médicos proliferaram e, bruscamente, surgiu uma crise de autismo (LIMA *et. al*, 2019).

Por muito tempo após a desinstitucionalização, pais de crianças autistas reclamavam sobre a falta de instituições residenciais custodiais e faziam lobby para sua criação e financiamento (SULLIVAN, 1981 apud EYAL *et. al*, 2010). Os serviços planejados especificamente para crianças autistas, no entanto, não foram desenvolvidos até a década de 1980 (LIMA *et. al*, 2019). Nesse momento, ainda era comum que crianças autistas fossem diagnosticadas erroneamente como tendo retardo mental, pois esse era visto como um diagnóstico mais esperançoso por contar com mais opções de tratamento. O autismo era um diagnóstico um tanto estigmatizado e esse era justamente um período em que as explicações psicanalíticas para o quadro ainda estavam em voga, de forma que se as mães não se encaixassem no modelo da “mãe geladeira”, era mais provável que a criança fosse diagnosticada com retardo mental.

Dessa forma, as teorias psicodinâmicas também deram origem a modelos de tratamento do autismo e um exemplo disso é a Sonia Shankman Orthogenic School, da Universidade de Chicago, que tinha Bettelheim como diretor. A ideia era tratar as crianças autistas em instituições externas ao lar, onde elas pudessem criar vínculos com adultos dentro de um ambiente mais estruturado (EYAL *et. al*, 2010). No entanto, as repercussões acerca desse modelo não foram positivas, visto que ex-alunos da Orthogenic School acusaram Bettelheim de ser um tirano cruel que abusava dos estudantes (*ibidem*). Bettelheim seguiu, em muitos aspectos, a imagem de Kanner acerca da culpabilização dos pais - principalmente da mãe - tornando-se, nos anos subsequentes, uma figura bastante desprestigiada no campo do autismo.

Além disso, houve exemplos europeus de linha psicanalítica no cuidado do autismo, como a Escola Experimental de Bonneuil, criada em 1969 pelos psicanalistas Maud Mannoni e Robert Lefort e a Antenne 110, em Bruxelas, criada pelo psicanalista Antônio Di Ciaccia. Para não perdermos a simetria de vista, vale ressaltar alguns dos pontos relevantes da psicanálise no cuidado com o autismo. Mannoni, por exemplo, questionou o funcionamento convencional de instituições de tratamento e, em Bonneuil, não havia distinção estrutural das crianças. Mannoni considerava que era preciso se abster do diagnóstico e enxergar o indivíduo com suas potencialidades, e não mais cristalizar o sujeito em etiquetas psiquiátricas que excluem (MANNONI, 1973 apud MESQUITA, MARTINS, 2018). Há, portanto, uma influência da psicanálise que defende a possibilidade de oferecer à criança com sofrimento psíquico uma experiência de subjetividade. Além disso, para a psicanálise o psíquico e o mental/cognitivo/intelectual não podem ser dissociados e sua prática, portanto, parte de uma

perspectiva de intervenção que não se volta a um saber pronto, mas um saber que considera a história e o meio em que a família se insere, por exemplo (ROSI, LUGON, 2020).

Entretanto, como vimos anteriormente, a teoria psicanalítica acerca da etiologia do autismo foi bastante rechaçada pelos pais que, por sua vez, procuraram explicações alternativas que privilegiavam as causas biológicas. O discurso de vários grupos de ativismo formados por pais relacionava, cada vez mais, os desafios enfrentados pelos autistas e suas famílias como uma doença biomédica que, portanto, seria melhor tratada por meio da prática médica, ao invés do meio educacional, por exemplo. Assim, intervir biologicamente ou até mesmo curar o autismo virou um dos focos principais, tanto na iniciativa pública quanto privada (LIMA *et. al*, 2019). O interessante, como veremos a seguir, é que na ausência de intervenções biológicas, esses grupos acabaram patrocinando intervenções comportamentais ou mesmo as que incorporam uma dimensão educacional. A controvérsia sobre as causas do autismo e as soluções para ele surgem, então, desse conjunto de circunstâncias históricas. É nesse momento que abordagens behavioristas, focadas no comportamento das crianças, vão ganhando espaço.

Com a desculpa de que ainda não teriam encontrado nada que fosse realmente benéfico para as crianças autistas, muitos experimentos foram feitos usando, por exemplo, LSD, assim como experimentos com eletricidade (DONVAN, ZUCKER, 2017). Ole Ivar Lovaas, psicólogo norueguês, conhecido principalmente pelo uso do método da Análise Comportamental Aplicada (Applied Behavioral Analysis ou ABA) após se desiludir com as teorias freudianas, passa a trabalhar com experimentos a partir da aplicação de choques em crianças deficientes (*ibidem*). A partir do reforço e punição, Lovaas utilizou métodos comportamentais para fazer com que crianças com autismo se comportassem de maneiras que as faziam parecer menos autistas (*ibidem*) e, segundo Eyal *et. al*, talvez essa seja a terapia mais bem sucedida e amplamente difundida para o autismo, particularmente nos Estados Unidos. Tal técnica foi apresentada, em parte, como um meio de mudar o comportamento de garotos “afeminados” e se encontra hoje em dia como parte integral dos protocolos de tratamento defendidos por muitas organizações, particularmente aquelas que tem como objetivo curar ou eliminar o autismo (LIMA *et. al*, 2019).

Um dos fatores que torna a ABA este sucesso de terapia nos Estados Unidos está relacionado à ideia de “recuperação” para a “normalidade” (“*recovery [to normalcy]*”) (BRODERICK, 2022). A aproximação das crianças a um dito “funcionamento normal” como resultado direto da intervenção terapêutica foi o que, segundo Broderick (2022), fundamentou o profundo impacto que essa abordagem teve sobre o discurso contemporâneo com a reformulação da esperança e, conseqüentemente, o sucesso da expansão da indústria de

intervenções para o autismo. Observa-se, portanto, que a abordagem da neurodiversidade, que rejeita as tentativas de "normalização", conflita com esse olhar da correção. Vamos, primeiramente, trazer um pouco sobre a história dessa conhecida abordagem para podermos adentrar em debates atuais acerca dessa temática.

Atribui-se equivocadamente a invenção da ABA à Lovaas, no entanto, tal método foi em grande parte o trabalho de um grupo de psicólogos da Universidade de Washington no final da década de 1950 e começo de 1960 (DONVAN, ZUCKER, 2017). Lovaas não estudava ou tratava especificamente o autismo, em vez disso, estudava e tratava os comportamentos concretos das crianças autistas (EYAL *et. al*, 2010), isto é, não estudava sobre o transtorno e suas causas, mas focava em modificar aspectos observáveis do comportamento de pessoas autistas, mesmo sem a compreensão de um porquê desses comportamentos. Após uma década e meia de aprimoramento desse método, foi publicado em 1981 um livro que representou o resultado dessa obra, intitulado *Teaching Developmentally Disabled Children* (Ensino de crianças com deficiência de desenvolvimento), que ficou conhecido pelo subtítulo: *The ME book* (O livro do EU) (DONVAN, ZUCKER, 2017). Este era um manual do tipo “faça você mesmo” para aqueles pais que quisessem praticar a ABA sozinhos. Isso foi de certa forma antecipado por Lorna Wing que, como vimos anteriormente, se destacou por ser pesquisadora do autismo e familiar de autista. Em 1964, Wing dedicou-se a elaborar um livro destinado a pais, educadores e profissionais, como uma certa educação terapêutica (LIMA, 2010).

Dessa forma, segundo Eyal *et. al* (2010), para praticar essa terapia não era necessário tecnologia sofisticada, nem um profundo entendimento psicodinâmico, mas apenas alguns brinquedos, paciência e determinação para envolver uma interação firme com a criança. O terapeuta, mais frequentemente o pai ou a mãe, se tornam então um tipo de extensão do corpo da criança, no intuito de facilitar a comunicação e interação desta com o mundo social. Observa-se, portanto, uma certa tentativa de pluralizar as relações de especialização, borrando a linha entre especialista e leigo (*ibidem*). Uma das grandes diferenças das terapias praticadas nos anos 1950 e 1960 para as atuais diz respeito ao ritmo temporal das terapias. O que se observa nas terapias contemporâneas para o autismo (como a ABA e derivações da ABA) é um ritmo acelerado, intensivo e que exige toda a concentração e atenção do indivíduo (*ibidem*).

A ABA tem como objetivo treinar as crianças autistas a exibir formas de comunicação e comportamentos "socialmente aceitáveis" e tem suas evidências de sucesso frequentemente baseadas na redução da sintomatologia autista. Tendo como objetivo o reforço de comportamentos desejáveis e redução dos ditos indesejáveis, essa técnica se baseia na identificação precoce do autismo e na instrução individualizada do método, com o foco no

ensino de habilidades de comunicação e interação social precoces (TIMIMI, GARDNER, MCCABE, 2011). Tal método, conforme desenvolvido por Lovaas, exige que o terapeuta “indique” cada nova sequência de aprendizagem e a ideia é que as indicações devem ser “diminuídas” gradualmente (EYAL *et. al*, 2010). Lovaas descreve a utilidade de “aversivos contingentes⁸” como uma grande inovação no desenvolvimento da ABA e fornece instruções detalhadas sobre como administrá-las corretamente (*ibidem*). Segundo a descrição de Lovaas no “The Me Book”, a punição pode ser usada para interromper um comportamento indesejado e, conforme diz em seu texto, “um método de punição é fazer algo à criança que ‘dói’, por exemplo, um tapa no traseiro, ou um alto e agudo 'não!’” (LOVAAS, 1981, p.16, tradução nossa).⁹

Para ilustrar, vale trazer um exemplo de como era aplicada a técnica, em uma descrição feita por Timimi, Gardner e McCabe (2011). No ensino de ‘correspondência com o modelo’, por exemplo, a criança teria que combinar um objeto com um outro idêntico. Assim, o terapeuta coloca um copo na mesa em frente à criança, entrega um segundo copo idêntico e a instrui a colocar junto com o igual. Caso a criança responda corretamente, colocando o copo com seu par, ela é reforçada positivamente com comida, elogios ou mesmo um abraço. Se a criança não responder ao comando, no entanto, ela é fisicamente auxiliada para fazer a resposta e, em seguida, é reforçada. O treinamento de correspondência segue até que a criança consiga discriminar entre as diversas características dos objetos, como cor, tamanho e forma.

Uma questão que se observa com esse método é que há muitas variações na forma como é implementado na prática e, além disso, o que é chamado de ABA em um lugar e época pode ser diferente do que é chamado ABA em um contexto distinto (DONVAN, ZUCKER, 2017). Hoje em dia, por exemplo, a ABA ainda é muito utilizada para o tratamento do autismo, no entanto, a rigidez e as punições antes utilizadas por Lovaas já não se fazem presentes como antes, mas o nome da abordagem permanece. A ABA acaba sendo usada para a referência às abordagens comportamentais de forma geral, mas dentro desse guarda-chuva, pode-se observar aplicações ora mais rígidas, ora mais flexíveis. Versões rivais da análise comportamental aplicada entravam e se estabeleciam sordateiramente nas escolas norteamericanas, embora todas assegurassem de maneira legítima se basear na análise comportamental aplicada (*ibidem*).

⁸ Os “aversivos contingentes” fazem parte da técnica utilizada por Lovaas e dizem respeito à aplicação de punições imediatas e específicas em resposta a comportamentos considerados indesejados, a fim de consertá-los e eliminá-los. Dentre os aversivos contingentes, pode-se citar as palmadas, os gritos e outros tipos de castigo.

⁹ O texto original em língua estrangeira é: “one method of punishment is to do something to the child that "hurts", for example, a swat on the behind, or a loud, sharp "No!"

Para os defensores da técnica, essa seria importante na capacidade que tem de melhorar a comunicação e alterar comportamentos vistos como problemáticos, assim como ensinar habilidades necessárias para o autocuidado e a vida autônoma. Os críticos, por sua vez, argumentam que essa técnica é invasiva e não natural, aproximando-se até mesmo dos maus tratos para a criança. Com a ABA, as crianças são treinadas a serem obedientes e são recompensadas por isso, ou então punidas. Tais punições envolvem, por exemplo, a negação de coisas que lhes são prazerosas ou, em alguns casos, a aplicação de procedimentos ou substâncias aversivas (LIMA *et. al*, 2019). Há relatos de autistas ativistas que foram submetidos à ABA durante algum período da infância que consideram, em certos casos, ter sido traumatizante.

Para exemplificar, vale trazer um estudo qualitativo que investigou sete pessoas autistas que receberam intervenções baseadas na ABA durante a infância com objetivo de compreender como adultos autistas percebem os custos e benefícios dessas intervenções, como se sentem em relação às intervenções que receberam e quais recomendações têm para o futuro da ABA (ANDERSON, 2023). Dos sete entrevistados, seis descreveram explicitamente suas experiências como tendo sido traumáticas ou abusivas e apenas uma afirmou que sua experiência não foi abusiva nem traumática, mas inútil. Dentre as falas, pode-se destacar relatos em primeira pessoa como: “Eu sentia que não tinha direito ao meu próprio corpo — e ainda sinto isso.”; “Pelo que me lembro, foi simplesmente horrível. Acho que, olhando para trás, foi abuso. Eu vejo como abuso.”, dentre outros (ANDERSON, 2023, p. 743).

Lovaas apostava na ideia de que os pais seriam bons aliados na terapia dos filhos. Defendia que, para progredir, as crianças precisavam ficar em um ambiente de ensino por tempo integral e que elas precisariam de instrução de ABA no intervalo de vinte a sessenta horas por semana, o que veio a ficar conhecido como “Modelo Lovaas” de análise comportamental aplicada (DONVAN, ZUCKER, 2017). Inicialmente popularizada por Lovaas, a ABA se tornou disseminada como uma forma de intervenção comportamental para autistas (LIMA *et. al* 2019). Na década de 1980, o preço de um programa ABA completo em casa podia chegar a 50 mil dólares por ano (DONVAN, ZUCKER, 2017). Nesse sentido, parece que o autismo sempre esteve envolvido, de diferentes maneiras, em um certo complexo “médico industrial” de “economia política da esperança”, conceito esse que aprofundaremos no segundo capítulo, mas que diz respeito à noção de que há intervenção - urgente, precoce, intensiva e especializada - com vista à normalização (FERNANDES *et. al*, 2025).

Isso não significou apenas o empoderamento dos pais como terapeutas, mas transformou a terapia em algo modular, algo que os pais podiam praticar em casa (EYAL *et. al*, 2010). A possibilidade dos pais como terapeutas foi para Lovaas uma forma também de manter o regime

intensivo de tratamento que ele acreditava ser necessário, o que reorganizou as relações entre os membros da família em casa. Além disso, segundo Eyal. *et. al*, talvez a razão mais importante para o recrutamento de pais feito por Lovaas tenha sido a hostilidade e falta de cooperação que ele encontrou com seus colegas profissionais, tanto psiquiatras, quanto psicólogos.

Seu método sofreu duras críticas, como era de se esperar. Deixando para trás a discussão da “mãe geladeira”, o centro das controvérsias se concentrava na disposição da ABA a usar a punição como forma de abordar um comportamento considerado inadequado. Na década de 1980, grupos favoráveis aos direitos da deficiência, assim como organizações de pais e especialistas em educação estavam em um movimento contra a terapia aversiva (DONVAN, ZUCKER, 2017). Bettelheim foi um dos críticos ao método, dizia que esse era prejudicial às crianças, como uma lobotomia (EYAL *et. al*, 2010). Outra controvérsia relacionada ao método de Lovaas dizia respeito ao treinamento intensivo das crianças, com cerca de 30 a 40 horas semanais de terapia, muitas vezes iniciando-se antes da criança atingir 3 anos e meio de idade (TIMIMI, GARDNER, MCCABE, 2011).

Além disso, permanecem questões acerca da metodologia da ABA e a falta de replicação dos achados de Lovaas. Junto a essas questões, soma-se a indagação acerca da especificidade desse método para o caso do autismo em vez de, por exemplo, para outros tipos de dificuldades de aprendizagem em geral (TIMIMI, GARDNER, MCCABE, 2011) As controvérsias sobre a ABA, como veremos a seguir, são um ponto importante na história do cuidado do autismo e nos levam a pensar em outras formas de cuidado para o quadro, visto que a ABA não é a única abordagem comportamental que temos.

Outro método conhecido foi o TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* - Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Deficiência de Comunicação Similar) da Universidade da Carolina do Norte e, para entender a história dessa abordagem, temos que mencionar o psicólogo Eric Schopler, que tinha como pilar do seu trabalho o compromisso de envolver os pais no cuidado dos filhos, destacando o lugar deles enquanto solução dos problemas e não como quem os causou (DONVAN, ZUCKER, 2017).

O programa TEACCH, da mesma forma que o ABA, envolvia os pais como “co-terapeutas” (EYAL *et. al*, 2010), o que fez com que Schopler ganhasse um grau importante de confiança e afeição dos pais. O TEACCH combinou métodos de educação especial com condicionamento operante, terapia perceptual-motora, fisioterapia e terapia ocupacional, isto é, o que funcionasse (EYAL *et. al*, 2010), e o programa dizia respeito a um conjunto de atividades

de aprendizagem estruturadas dentro do ambiente escolar com o treinamento concomitante dos pais (TIMIMI, GARDNER, MCCABE, 2011).

Em 1966, Schopler e Robert Reichler - psiquiatra e colega de trabalho do psicólogo - passaram a trabalhar em um programa estadual que seria implementado a partir de três grandes centros regionais instalados em escolas públicas. A criança seria considerada aluna, não paciente, e os pais continuariam sendo vitais para o programa que ficou conhecido pela sigla TEACCH (DONVAN, ZUCKER, 2017). Schopler foi uma figura importante na oposição ao método de Lovaas e ele não era o único. Michael Rutter e outros especialistas do campo também expressavam dúvidas acerca da ABA (DONVAN, ZUCKER, 2017). O uso controverso da punição, o dinheiro que custava e o tempo que era gasto eram apenas alguns dos obstáculos que o método encontrava, de forma que era visto como puramente experimental (*ibidem*). Enquanto a ABA ficou estacionada em sua aceitação, o TEACCH decolou e teve uma importância considerável nos Estados Unidos e Europa.

No entanto, com o passar dos anos, a ABA foi ganhando maior respeitabilidade a partir de relatos positivos de familiares e, em 1987, Lovaas retorna para a história com um depoimento sobre sua descoberta para uma efetiva melhora no quadro de crianças autistas. Tratava-se de um programa que aplicava a ABA em crianças em doses bastante elevadas. Com cerca de quarenta horas semanais de terapia, as crianças eram submetidas a centenas de exercícios por muitas e muitas vezes. A lógica da recompensa permanecia, assim como a punição. Nos anos 1990, o financiamento da ABA se tornou um tema juridicamente presente, de forma que começa um certo embate entre as escolas e os pais, e se inicia a era dos litígios por causa da ABA (DONVAN, ZUCKER, 2017).

Enquanto os pais entram na justiça para conseguir que o governo e companhias de seguros de saúde paguem por essa terapia, os argumentos do movimento da neurodiversidade acerca do autismo não ser uma doença e, portanto, não necessitar de cura, passam a fornecer razões para que seja recusado o financiamento da ABA. Ortega (2009) diz que situações como essas fazem com que o debate se dê de forma bastante conflitante. De um lado, as famílias de autistas e suas lutas pelo acesso aos tratamentos e terapias comportamentais - que implicam o reconhecimento do autismo como uma doença e que consideram a retórica anti cura e pró neurodiversidade um afrontamento às suas reivindicações. Por outro lado, os ativistas da neurodiversidade, que consideram as terapias pró cura um passo em direção à implementação de políticas eugênicas (*ibidem*).

Ainda se faziam presentes contra-argumentos importantes sobre as terapias aversivas e, em muitos círculos profissionais, o trabalho de Lovaas parecia extremo e com pouca base

científica, de modo que as escolas questionavam-o. A maior difusão da ABA pode ser entendida dentro do contexto de surgimento da internet no início dos anos 1990. A partir daí, foram criados novos grupos de defesa dos direitos dos autistas - sejam aqueles favoráveis a ABA, como a Autism and Developmental Disabilities List (AUTISM List), ou aqueles críticos a essa terapia, como a Autism Network International (ANI). É nesse cenário que, como vimos anteriormente, aparece o movimento da neurodiversidade, reivindicando a presença de autistas na tomada de decisões (ORTEGA, 2009).

Em 1999, a ABA aparece como um elemento com forte relevância nos programas de intervenção para crianças pequenas com autismo nos Estados Unidos e mais escolas foram concordando em oferecer o método (DONVAN, ZUCKER, 2017). Às vezes a ABA era oferecida em pequenas doses - uma ou duas horas semanais - e combinada com outros serviços, como terapia ocupacional, fonoaudiologia, musicoterapia ou até mesmo o TEACCH. O método, antes marginal, passa a ter um lugar privilegiado para o cuidado do autismo. No entanto, enquanto para muitos essa era a única terapia que permitia às crianças algum progresso em certas tarefas cognitivas, para os autistas ativistas a ABA era vista como uma forma de reprimir a expressão natural dessas pessoas (ORTEGA, 2009).

Segundo Maleval (2017), para uma criança autista no início do século XXI, é alta a probabilidade de imporem o método ABA ou o método TEACCH e, em contrapartida, é raro proporem uma psicoterapia ou um trabalho em uma instituição orientada pela psicanálise. A atribuição de eficácia desses métodos comportamentais e de aprendizagem passam pelo crivo metodológico imposto pelo discurso da ciência. No entanto, os métodos de aprendizagem não parecem ter uma confiança prévia no sujeito autista, isto é, “consideram que se trata, antes de mais nada, de lhe transmitir um saber do qual ele é desprovido” (MALEVAL, 2017, p. 363) e, portanto, algumas dessas técnicas facilmente podem se tornar violentas.

Para Maleval (2017), a abordagem psicanalítica é bastante desconsiderada na literatura científica internacional em nome de postulados epistemológicos não interrogados, onde os únicos trabalhos dignos de atenção seriam aqueles que podem ser avaliados pela colocação de gráficos ou ensaios randomizados. Diferentemente da marca deixada por diferentes psicanalistas ao longo da história do autismo, Lacan (LACAN, 1950 apud MALEVAL, 2017) atribuía ao autista um mundo interno próprio, portanto, ninguém melhor do que o próprio sujeito para saber a seu respeito. Dessa forma, é importante que ressaltemos as particularidades da orientação psicanalítica, onde o trabalho com o sujeito procura não aplicar a todos uma técnica determinada, mas inventar para cada um uma maneira de fazer, o que implica atribuir ao sujeito um saber e dar confiança para suas intervenções (MALEVAL, 2017).

Nesse ponto, podemos avançar na discussão acerca do Complexo Industrial do Autismo, trabalhado por Broderick (2022). A montagem desse complexo depende, entre outras coisas, da difusão da ideia, junto aos familiares, de que uma dada intervenção é a principal para lidar com o problema do autismo, devendo ser aplicada precoce e intensivamente (BRODERICK, ROSCIGNO, 2021), como podemos observar com a ABA nos Estados Unidos. Métodos como a ABA e o TEACCH tiraram proveito das campanhas de comunicação em massa - análogas às promoções de produtos farmacêuticos (MALEVAL, 2017). É importante, então, que problematizemos a centralidade da análise comportamental. A ideia não é simplesmente jogar fora o método, mas compreender seu protagonismo nos dias de hoje dentro de um contexto maior.

Broderick (2022) mostra que uma característica central da ABA tem sido o conceito de “recuperação” do quadro. Em uma pesquisa qualitativa realizada em 2004, a autora questiona uma família acerca da utilização de intervenções baseadas na ABA com o filho e destaca a resposta da mãe: “É a única coisa cientificamente comprovada que funciona para recuperar crianças com autismo - por que faríamos outra coisa?”¹⁰ (BRODERICK, 2022, p. 75). A retórica da recuperação do autismo dentro do discurso da ABA, portanto, serviu para reinscrever a legitimidade e a aparente neutralidade da categoria “normalidade”, apoiando-se em uma valorização ideológica e conservadora do que seria normalidade (*ibidem*). Nesse sentido, a noção de recuperação no discurso da ABA carregava implicitamente a ideia de recuperação para a “normalidade”. Após algumas críticas ao uso do termo “recuperação”, Lovaas deixou de usar esse termo em publicações revisadas por pares. No entanto, continuou usando-o em publicações não revisadas por pares, destinadas a um público de pais.

Outras abordagens foram sendo pensadas para o tratamento do autismo, uma delas, também bastante conhecida, é o “Floortime”, desenvolvido pelo psicólogo Stanley Greenspan. Greenspan também foi um dos críticos da ABA, afirmando que o método ignora as necessidades das crianças e, na verdade, torna o comportamento ainda mais estereotipado (EYAL *et. al*, 2010). O Floortime, como o nome sugere, recomendava aos pais sentarem no chão com seus filhos e se deixarem guiar por eles em uma interação mais receptiva e lúdica (DONVAN, ZUCKER, 2017).

¹⁰ No original: “It’s the only thing that’s been scientifically proven to work in recovering kids with autism—why would we do anything else?”

Nos dias de hoje, observa-se ainda uma forte presença do método desenvolvido por Lovaas nas orientações para o cuidado do autismo. A Intervenção Comportamental Intensiva Precoce (*Early Intensive Behavioral Intervention* ou EIBI), tem suas bases na ABA e trata-se de uma aplicação intensiva dos princípios que vimos anteriormente. Costuma ser aplicada em crianças pequenas e envolve uma programação de alta intensidade. Tais intervenções são fornecidas por cerca de 20 ou até 40 horas semanais e, em um estudo publicado em 2024, Sandbank *et. al* mencionam as frágeis evidências acerca dessas recomendações de intervenções intensivas.

Em um artigo intitulado “Determining Associations Between Intervention Amount and Outcomes for Young Autistic Children”, de 2024, Sandbank *et. al*, por meio de uma meta-análise, procuraram examinar até que ponto a quantidade de intervenção estava associada com os efeitos da intervenção. As diretrizes frequentemente recomendam que as intervenções de alta intensidade sejam fornecidas a essa população, entretanto, algumas diretrizes mais recentes apontam que as evidências que sustentam essas recomendações geralmente são fracas (SANDBANK *et. al*, 2024). Os autores, portanto, dizem da importância de considerar os possíveis danos provenientes de intervenções muito intensivas, salientando que elas poderiam reduzir o número de oportunidades para interação social e inclusão.

Vale ressaltar, portanto, a pergunta colocada por Timimi, Gardner e McCabe (2011): o que estamos tratando, afinal? Isto é, o que queremos mudar na pessoa diagnosticada com autismo? Esses autores trazem um estudo de Scott e Baldwin, de 2005, onde foram identificados alguns comportamentos-alvo para o tratamento de crianças com autismo e, dentre esses, encontram-se: o cumprimento das solicitações de adultos, sentar-se quieto durante as atividades, caminhar em fila, guardar o brinquedo após o uso, retribuir cumprimentos, comunicação de necessidades/desejos, entre outros. É possível observar que tais comportamentos refletem o sistema de valores de uma cultura específica, no caso, da sociedade ocidental branca e de classe média (TIMIMI, GARDNER, MCCABE, 2011) e, portanto, trazem uma importante reflexão acerca do que esperamos sobre o cuidado do autismo.

As terapias contemporâneas para o autismo não começaram especificamente como terapias para o autismo, isto é, começaram nas margens da doença mental ou do retardamento e se expandiram, borrando as fronteiras entre os dois e criando um espaço híbrido onde poderiam operar mais livremente, fora das jurisdições da psiquiatria e da educação especial (EYAL *et. al*, 2010). Além disso, a disseminação de intervenções psicofarmacológicas nas últimas décadas e os discursos das disciplinas reagrupadas sobre o rótulo “neurociências”

reforçaram o poder de convencimento das correntes que equiparam o cérebro à vida psíquica (LIMA, 2007) e isso se refletiu também nas práticas de cuidado.

Para Eyal *et. al* (2010), a nova matriz institucional que substituiu as instituições de custódia - como o tratamento comunitário, a educação especial, os programas de intervenção precoce, entre outros - explica também a origem da epidemia de autismo. Na época da institucionalização, como vimos, não se tinha grandes distinções entre os quadros psiquiátricos dos indivíduos, mas o fim era o mesmo: a custódia, isto é, todos os diagnósticos seriam recebidos com o mesmo gesto de institucionalização, predominando o de retardamento mental. A partir do momento que essas pessoas passam a permanecer na comunidade, há uma maior demanda para formas de cuidado especializadas, e passamos a ter a adaptação de um cuidado para um perfil específico de deficiência de cada criança, de forma a diferenciar o autismo - ou outro quadro - ainda mais. Nos capítulos que se seguem, iremos discutir o caso brasileiro para investigar até que ponto essa hipótese sobre a demanda por serviços especializados também nos serve. Como colocam Eyal *et. al* (2010):

Aqui também, a finalidade da terapia intensiva – idealmente com uma proporção de ensino um a um, quarenta horas de terapias de fala, ocupacional, ABA por semana, auxiliares ou "sombras" individuais na sala de aula – passa a determinar a carreira moral da criança autista, de modo que estar em terapia intensiva confirma que a pessoa está “no espectro” (EYAL *et. al*, 2010, p. 22, tradução nossa)¹¹

É nesse mesmo sentido que podemos compreender o que Fernandes *et. al* (2024) analisam sobre o contexto brasileiro no que diz respeito à associação entre a oferta de tecnologias específicas para o tratamento do autismo e a expansão desse diagnóstico - de forma que podemos, então, seguir para o nosso segundo capítulo. Veremos os desdobramentos desse percurso do cuidado do autismo no caso brasileiro, onde muitos dissensos ainda se fazem presentes.

¹¹ O texto original em língua estrangeira é: “Here too the finality of intensive therapy – ideally with a one-on-one teaching ratio, forty hours of speech, occupational, ABA therapies a week, individual aides or “shadows” in the classroom – comes to determine the moral career of the autistic child, so that being in intensive therapy confirms that one is “on the spectrum.””.

2. A HISTÓRIA DO AUTISMO NO BRASIL

2.1 Até a Reforma Psiquiátrica

No Brasil, o debate sobre autismo e a formação de serviços para essa população se desenvolveu por vias históricas distintas da norte-americana, que analisamos anteriormente. Enquanto Leo Kanner e Hans Asperger formulavam suas teorias nos Estados Unidos e na Áustria, no Brasil ainda estavam sendo desenvolvidas as primeiras iniciativas para fornecer assistência de saúde às crianças “deficientes” ou “excepcionais”. Foi a Associação Pestalozzi, constituída em 1932, que deu início a esse movimento, combinando estratégias educacionais e terapêuticas das áreas da saúde e da educação, enfatizando a formação especializada de profissionais e pais. (LIMA *et. al*, 2019). Assim como vimos no caso dos Estados Unidos, nestas associações também havia crianças que, nos dias de hoje, seriam diagnosticadas como autistas, mesmo que não tenham sido descritas dessa forma na época.

Iremos trazer um breve histórico do cenário brasileiro para compreender como se deu a trajetória das crianças e dos adolescentes na agenda política de saúde mental, a fim de chegarmos às especificidades do campo do autismo. As crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental ficaram por muito tempo desassistidas ou submetidas a processos de institucionalização externos ao sistema psiquiátrico asilar. As iniciativas governamentais propriamente direcionadas ao acolhimento das pessoas com diagnóstico de autismo se desenvolveram de maneira tardia no Brasil e, até o surgimento de uma política pública voltada para a saúde mental de crianças e adolescentes, esta população era atendida apenas em instituições filantrópicas ou outras modalidades de instituições não governamentais (OLIVEIRA *et al*, 2017). A carência de recursos destinados ao amparo dos autistas e seus familiares fez alguns pais se engajarem no empreendimento de iniciativas próprias, como veremos adiante.

Nos anos 1950, muitos pais de crianças com deficiências intelectuais passaram a formar grupos de apoio mútuo, o que pode ser compreendido pela falta de apoio estatal fornecido para essa população (LIMA *et. al*, 2019). A escassez de apoio vindo de instâncias superiores, portanto, acarretou na mobilização de grupos de ativismo formados por pais e resultou, assim, na proliferação de associações privadas que tinham como objetivo fornecer educação, assistência social e tratamento para crianças com deficiências (*ibidem*). No que diz respeito

especificamente ao diagnóstico do autismo no Brasil, esse ganhou visibilidade quando a primeira Associação de Amigos do Autista (AMA) surgiu no início dos anos 1980, em São Paulo. Tal Associação era composta por um grupo de pais que tinha como objetivo ajudar os indivíduos autistas com o oferecimento de assistência e o desenvolvimento de expertise. A AMA também influenciou o surgimento de outras associações e, em 1988, a Associação Brasileira de Autismo (ABRA) foi criada a partir de cinco AMAs brasileiras. Pioneira em apoiar a causa do autismo e a desenvolver conhecimento adaptado às demandas vividas por diversas famílias, a AMA combinou ações políticas e práticas que contribuíram para abrir novos caminhos para o autismo no Brasil (LIMA *et. al*, 2019).

Com o objetivo de fomentar a busca por conhecimento e a troca de experiências sobre o autismo em um período anterior à criação do SUS - momento esse em que o Estado brasileiro não dispunha de nenhuma estratégia para o acolhimento de crianças e adolescentes com sofrimento mental (OLIVEIRA *et. al*, 2017) - a AMA se expandiu por diversos estados brasileiros e é reconhecida como um espaço de produção técnica e formação profissional. Além da criação da ABRA, também influenciou o surgimento de outras associações familiares, como a Associação Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas com Autismo (ABRAÇA), entre outras (*ibidem*). Como veremos adiante, essas associações, por meio de mobilizações políticas, têm manifestado sua luta por direitos, apontando as lacunas assistenciais vivenciadas por autistas e impactando diretamente na formulação de políticas públicas para essa população.

A AMA aparece, então, como resposta frente à escassez de serviços especializados e à ausência de políticas públicas referentes à assistência aos autistas na época e é, até hoje, um importante agente social para o campo (LUGON, COSTA ANDRADA, 2019). A AMA serviu como porta de entrada de intervenções ditas “especializadas” com o uso dos métodos comportamentais - com destaque para o TEACCH e a ABA (*ibidem*). Esse, portanto, foi um primeiro grande marco histórico e epistêmico no que diz respeito à configuração atual do campo político do autismo no país.

Desde a formação da AMA, coletivos semelhantes vêm se consolidando no país, não só como fonte de apoio emocional a outras famílias, mas como meio de obter recursos públicos. No fim da década de 1990, por exemplo, foi inaugurada a primeira associação do estado do Rio de Janeiro organizada por familiares de autistas: o Grupo Azul Claro, localizado em Volta Redonda (NUNES, ORTEGA, 2016). Uma particularidade desse grupo diz respeito à contemplar, principalmente, os autistas adultos em suas demandas, sob a noção de que as crianças recentemente diagnosticadas não tenham um destino de invisibilidade (*ibidem*). Outro grupo famoso é o Azul Celeste, caracterizado pelo desenvolvimento de políticas que

privilegiam a infância e a adolescência, e que tinha como intenção a consolidação de estratégias de visibilidade e reconhecimento do autismo no país (NUNES, ORTEGA, 2016).

Segundo Lugon e Costa Andrada (2019), esses grupos são relativamente heterogêneos entre si e não possuem um antecedente de um movimento politizado de profissionais/experts. A força desses grupos se encontra, justamente, na valorização da experiência compartilhada alçada ao status de uma expertise em torno de decisões políticas, decisões essas que buscam a ampliação e garantia de direitos dos quais os autistas estiveram historicamente escanteados (LUGON, COSTA ANDRADA, 2019). No entanto, esse cenário é diferente hoje em dia: é possível observar que, atualmente, esses grupos estão articulados, especializados e atuam também como experts e influenciadores.

Ao mesmo tempo em que as associações de autismo vinham ganhando força política no Brasil, o Movimento da Reforma Psiquiátrica começava a ganhar corpo e exigia mudanças na assistência psiquiátrica em nível regional e federal. Segundo Lima *et. al* (2019), por muitos anos esses dois movimentos se desenvolveram paralelamente, com pouca ou até nenhuma interlocução entre si, de forma que uma interseção dos seus objetivos só veio a se dar no começo do século XXI.

Pode-se dizer, portanto, que o autismo foi herdeiro de um longo histórico de omissão de proposições e ações para o cuidado de crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico pelo campo da saúde pública. O cenário do autismo no Brasil é bastante complexo e o envolvimento das associações de ativismo por direitos de pessoas com autismo vai produzindo também certas disputas narrativas nas proposições legislativas de políticas públicas, como veremos adiante. No que diz respeito ao movimento da neurodiversidade no Brasil, temos o movimento Orgulho Autista Brasil, de 2005, que integra uma rede de países que comemora a neurodiversidade (ORTEGA, 2008). A expansão dos movimentos da neurodiversidade e o aumento de sua exposição na mídia intensificou o embate político entre os ativistas do movimento autista e as organizações de pais e profissionais dos grupos pró-cura (*ibidem*).

2.2 Autismo no contexto da Reforma Psiquiátrica

Na década de 1970, profissionais da área da saúde mental, junto com familiares de pacientes com transtornos mentais, inspirados pelo movimento democrático-psiquiátrico italiano liderado por Franco Basaglia, se uniram pela defesa dos direitos no campo da saúde

mental. O Movimento da Reforma Psiquiátrica, como ficou conhecido, visava a revisão das premissas teóricas e assistenciais destinadas às pessoas com algum transtorno mental. O intuito era o de superar o modelo vigente centrado em práticas de institucionalização, a fim de promover o resgate da cidadania a essa população a partir de uma rede comunitária para o cuidado em liberdade (AMARANTE, 1994).

É realizada uma crítica profunda ao paradigma psiquiátrico e, no lugar dos manicômios, passa-se a privilegiar formas inovadoras de inclusão social dos sujeitos em sofrimento mental (AMARANTE, TORRE, 2018). A Reforma no Brasil contou com a forte presença de psicanalistas no movimento, que levou a dimensão psicodinâmica da clínica a ter importância considerável nos experimentos brasileiros (BEZERRA JR, 2014). Este movimento se desenvolveu a partir da mobilização sociopolítica dentro do contexto de redemocratização que vinha se dando no Brasil desde o final do período ditatorial. O maior inimigo era a violência da ditadura militar e a resposta possível frente à opressão era a luta pela humanização dos manicômios e pela despsiquiatrização das vidas (FREIRE COSTA, 2014, apud BEZERRA JR, 2014).

A partir da Constituição de 1988, a saúde passa a ser um direito social e o Estado tem o dever de fornecer os serviços de saúde para a população e, desde a criação do SUS em 1990, começa o trabalho em direção à cobertura e cuidado universais da saúde. A saúde passa a ser organizada regionalmente, com uma rede descentralizada de serviços a partir de prestadores públicos, privados e filantrópicos e sob gestão coordenada em cada nível de governo, contando com forte participação comunitária.

Apesar da existência de diversos movimentos reformistas por mais de vinte anos, o reconhecimento oficial do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira só se deu, do ponto de vista legal, por meio da Lei número 10.216 de 2001. Essa emblemática lei prevê a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e passa a reorientar a assistência em saúde mental, de forma a priorizar o tratamento realizado em serviços baseados na comunidade (LIMA *et. al*, 2019).

A Reforma propiciou mudanças fundamentais com o fechamento gradual de hospitais psiquiátricos e a formação de serviços para substituí-los. Tal movimento, junto com a promulgação da Lei número 10.216/01, levou à consolidação da saúde mental como política de Estado, sob o marco da Atenção Psicossocial. Uma parte de extrema importância desse processo foi a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (LIMA *et. al*, 2019). Os CAPS são serviços abertos, de atenção diária e de participação voluntária. Localizam-se nas comunidades em que os usuários vivem e fornecem assistência a pessoas com transtornos mentais persistentes

e graves (LIMA *et. al*, 2019). Inicialmente, os CAPS priorizavam os usuários adultos, com ênfase naqueles que vinham de longos períodos de internação psiquiátrica, ou que apresentavam suas primeiras crises - visando evitar a internação deles em hospitais psiquiátricos (*ibidem*). O autismo, portanto, que era quase sempre diagnosticado na infância e frequentemente confundido com esquizofrenia ou retardo mental em adultos, não se encaixava nos critérios iniciais dos CAPS nesse momento.

A inclusão da saúde mental infantojuvenil na agenda das políticas públicas nacionais se deu um pouco depois da Lei 10.216 - o que contribuiu para a compreensão dos dilemas enfrentados em relação aos cuidados ofertados pelo SUS para autistas (OLIVEIRA *et al*, 2017). Antes do século XXI, portanto, as propostas de caminhos para o desenvolvimento da saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil eram praticamente nulas, de forma que as ações assistenciais públicas, quando existentes, ficavam circunscritas à agenda dos setores da assistência social e educação, com propostas mais disciplinares do que propriamente clínicas ou psicossociais (COUTO, DELGADO, 2015).

Segundo Couto e Delgado (2015), a afirmação de que até o final do século XX não havia ações organizadas para a saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil não deve confundir o fato de que a ausência dessas políticas não foi um impedimento para que uma série de intervenções de viés assistencial, sob a chancela do poder público, incidisse sobre crianças e adolescentes com problemas mentais. Tais intervenções, no entanto, eram fruto de uma agenda política que respondia aos problemas da pobreza e do abandono, que eram considerados produtores de efeitos incapacitantes, não servindo para o cuidado do padecimento mental na infância e adolescência. Ainda segundo esses autores (2015), a noção de incapacitação pela pobreza constituiu a montagem de políticas de assistência reparadoras e o desenvolvimento de práticas disciplinares e corretivas que supunham poder recuperar as mazelas da infância e da adolescência pobres e redirecionar os rumos para o desenvolvimento de cidadãos produtivos e civilizados.

Em relação à criança e ao adolescente, o Estado brasileiro teve, historicamente, dois aspectos distintos: um mais tutelar e disciplinar, amparado na institucionalização, que orientou as primeiras oito décadas da República brasileira, e outro completamente diverso, baseado no princípio da proteção, através da premissa da criança e do adolescente como sujeitos de direitos e amparado na proposta do cuidado em liberdade (COUTO, DELGADO, 2015). O momento histórico que possibilitou a mudança entre essas duas conformações, portanto, foi o movimento de redemocratização, com a Constituição de 1988 e as conquistas sociais dos anos 1980 e 1990. Com a efervescência democrática no país durante os anos 80, apareceram possibilidades para

que os problemas de saúde mental de crianças e adolescentes passassem a integrar a agenda da saúde mental pública no início do novo século. A concepção do Estado como um ente com função de proteção e bem estar social, então, visaria a proteção total, o cuidado em liberdade e a orientação psicossocial (*ibidem*).

Dessa forma, os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes estiveram presentes enquanto pautas periféricas na agenda pública por um longo tempo, tendo sido frequentemente considerados efeitos extremos da pobreza ou do abandono. Mesmo que o problema da criança ou do adolescente fosse atribuído como produto do contexto pobre e precário, a solução era baseada na natureza individual do problema, priorizando a internação da criança como resposta (COUTO, DELGADO, 2015). A institucionalização de crianças no Brasil se deu através do campo da assistência social e da filantropia, isto é, fora do sistema tradicional psiquiátrico. Enquanto a Reforma Psiquiátrica aparece como um caminho para superar o modelo hospitalar psiquiátrico, no campo da infância e da adolescência, em contrapartida, esse movimento se dá a partir da superação da desassistência e da ausência de modelos ou projetos de cuidados que amparassem ações cidadãs e não segregadoras. Assim, configura-se um percurso distinto do processo vivido pelos adultos, mesmo que equivalente no que diz respeito à inscrição de princípios e diretrizes para orientar a montagem de redes de atenção baseadas no cuidado em liberdade.

Os efeitos desses novos tempos na agenda de saúde mental só se fizeram presentes no início do século XXI, período esse em que efetivamente pode-se afirmar o início de um conjunto de ações e proposições ligadas à formulação da política de saúde mental dirigidas às crianças e adolescentes de acordo com os princípios éticos da Reforma Psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Além da promulgação da Lei 10.216 que reorientou o modelo assistencial em saúde mental, foi também em 2001 a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que inaugurou um novo momento para a saúde mental de crianças e adolescentes pela possibilidade de serem construídas bases éticas, políticas e clínicas para seu desenvolvimento como política pública (COUTO, DELGADO, 2015). Foi a partir dessa conferência, portanto, que se propõe a construção de uma rede de atenção integrada à saúde mental no SUS para crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2002). A partir da implantação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), essa população poderia ser assistida territorialmente, através de uma nova lógica assistencial pautada por diretrizes de acessibilidade e cuidado comunitário. Simultaneamente aos CAPSi, algumas associações foram conquistando maior protagonismo no campo político e assistencial, em uma

época que ainda apresentava uma importante escassez de recursos públicos para o cuidado de autistas (OLIVEIRA *et al*, 2017).

Segundo Lugon e Costa Andrada (2019), esse é um segundo momento histórico e epistêmico acerca da configuração atual do campo político do autismo no país. Nesse momento, a psicanálise se fazia fortemente presente no campo da saúde mental pública. O capital epistêmico das iniciativas psicanalíticas também se encontra nas produções de políticas e dispositivos de saúde mental para crianças e adolescentes, incluindo os próprios CAPS voltados para a infância: os CAPSi (*ibidem*). O autismo, portanto, é incorporado à agenda da saúde mental por meio dos primeiros serviços comunitários infantojuvenis destinados a casos mais complexos, no registro da Reforma Psiquiátrica, como foi o caso do CAPSi Pequeno Hans, de 1998, e o Capsi Eliza Santa Roza, de 2001.

Os CAPSi trabalham em conjunto com outros setores, como educação, assistência social, justiça e defesa de direitos e foram criados como ponto central por meio do qual devem ser coordenados os serviços para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (LIMA *et. al*, 2019). São centros que costumam estar localizados em cidades de médio e grande porte e, pelo menos em certas regiões do país, é fornecido atendimento para um número significativo de pessoas diagnosticadas com autismo (*ibidem*). Entretanto, apesar de os CAPSi se proporem a oferecer atenção psicossocial integral, eles enfrentam algumas limitações importantes. Em uma pesquisa realizada a partir de grupos focais, Lima *et. al* (2014) observaram olhares distintos dos familiares para o cuidado do autismo nesses serviços. A rapidez do acesso ao cuidado foi elogiada, assim como a valorização do CAPSi como um espaço de socialização. No entanto, críticas foram feitas acerca da falta de "foco" do cuidado clínico e foram feitas reivindicações por tratamentos mais específicos para o autismo (LIMA *et. al*, 2014).

Nesse sentido, muitas das controvérsias sobre a assistência ao autismo no Brasil desdobram-se das dificuldades em implementar uma assistência psicossocial integral e integrada sob condições de limitações econômicas importantes (LIMA *et. al*, 2019). Muitas das tensões envolvendo o tratamento do autismo vêm dos hiatos entre direitos humanos presumidos e os recursos necessários para garanti-los, e de uma dificuldade de combinar uma assistência comunitária a diferentes tipos de necessidade. Enquanto os ideais da Reforma Psiquiátrica destacam a colaboração intersetorial e o acesso pleno aos serviços adequados para uma cobertura universal de saúde, esses ideais encontram dificuldade de serem alcançados integralmente (*ibidem*).

2.3 Marcos legais do cuidado do autismo no Brasil

Simultaneamente à construção dos primeiros CAPSi, determinadas associações - como a AMA - foram conquistando maior protagonismo no campo. Segundo Nunes (2014), as associações manifestavam sua luta por direitos e apontavam para as lacunas vivenciadas na luta por tratamento e diagnóstico de seus filhos e foi a mobilização dos familiares que levou à aprovação de uma lei federal específica para o autismo. Em 27 de dezembro de 2012 foi sancionada a Lei número 12.764 que instituiu a Política Nacional de Proteção aos Direitos das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista, reconhecendo o autista como pessoa com deficiência (NUNES, ORTEGA, 2016). Tal lei, também conhecida como "Lei do Autismo" ou "Lei Berenice Piana" - em homenagem à mãe que foi coautora da norma - reconhece oficialmente a pessoa com TEA como pessoa com deficiência para todos os fins legais, o que viabiliza politicamente o acesso a direitos previstos na legislação já existente para pessoas com deficiência no país (OLIVEIRA *et al*, 2017) e, além disso, representa a condição de acesso a atendimentos em serviços de saúde especializados.

Embora esta lei não se refira à modalidades específicas de tratamento, há uma série de disputas e tensões em torno dos possíveis caminhos de inserção do autismo no SUS. O reconhecimento do autismo como uma deficiência traz um novo debate acerca das formas como essa população é contemplada no SUS para além da assistência que vinha sido provida pelos CAPSi, no campo da saúde mental, pelas entidades filantrópicas conveniadas ou pelas associações de familiares (OLIVEIRA *et al*, 2017). As diretrizes da nova lei incluem a ênfase na colaboração entre serviços de saúde, o que inclui o diagnóstico precoce, serviços multiprofissionais, a participação da comunidade, o acesso ao emprego, dentre outros (LIMA *et. al*, 2019).

A aprovação desta lei representou uma vitória do ativismo político de familiares de autistas por todo o Brasil, mas trouxe um desafio: se o diagnóstico é o que garante direitos, isso também alimenta a produção de diagnósticos e de especialismo e, além disso, essa lei deu visibilidade a um grande antagonismo entre pais de autistas e a rede de saúde mental (RIOS, CAMARGO Jr, 2019). No centro das reivindicações dos familiares está a demanda por tratamento especializado para as pessoas com TEA e, conseqüentemente, a recusa dos CAPS como possíveis dispositivos de cuidados para autistas (*ibidem*). Os profissionais da rede de saúde mental, por sua vez, tendem a criticar o excessivo especialismo implícito nas reivindicações dos familiares, visto que essa tendência fere o princípio da integralidade em

saúde no SUS ao ignorar a totalidade da experiência do sujeito no mundo e os componentes sociais e econômicos de seu sofrimento (*ibidem*). Um exemplo disso seria a procura por terapias intensivas, como a ABA. Essa crítica, portanto, diz respeito a uma reivindicação para que a saúde mental leve em conta o contexto e os determinantes sociais do sujeito, e que não seja reduzida a terapias.

Um outro ponto que vale ser destacado nesse enredo, cronologicamente anterior à lei de 2012, foi a instituição do “Grupo de Trabalho sobre Atenção ao Autismo no SUS” que, por mais que não tenhamos registros sobre o processo de trabalho nem sobre os desdobramentos, diz de um marco importante de comentarmos. A partir de uma demanda feita pela ABRA ao Ministério da Saúde, foi criado um grupo para regulamentar a assistência a pessoas com autismo no Brasil. O grupo foi convocado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, e era composto por representantes do Ministério da Saúde, da ABRA, da Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, da Federação Nacional das APAES e da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência (ABENEPI) (OLIVEIRA *et. al*, 2017). A ideia do grupo era conhecer a situação atual da atenção às pessoas com autismo no SUS e propor medidas para a ampliação do acesso e qualificação da atenção.

Após algumas reuniões e algumas discordâncias entre os participantes, houve a divisão em dois grupos distintos, um liderado pela Coordenação de Saúde Mental e outro pela Coordenação da Saúde da Pessoa com Deficiência (*ibidem*). A partir disso, foram lançados dois documentos pelo Ministério da Saúde que tinham como objetivo fornecer orientações para o tratamento de pessoas com TEA no SUS. Um deles foi as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (BRASIL, 2014), liderado pela Coordenação da Saúde da Pessoa com Deficiência, e o outro foi a Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015), liderado pela Coordenação de Saúde Mental.

O primeiro documento remete o autismo ao campo das deficiências e direciona a terapêutica pela via da reabilitação, de forma a se orientar por uma abordagem especializada de serviços para o autismo no âmbito do setor público (LIMA *et. al*, 2019). Esse documento prioriza indicadores e instrumentos de triagem para a identificação de atrasos no desenvolvimento e sugere estratégias de reabilitação na rede de saúde para pessoas com deficiências (*ibidem*). O segundo documento, por sua vez, entende o TEA como um transtorno mental cujas ações de cuidado estão atreladas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com destaque para os CAPSi. Apesar de também apresentar critérios para a identificação precoce

dos riscos de se desenvolver TEA, destaca a organização da RAPS para a assistência às pessoas com autismo (OLIVEIRA, *et. al*, 2017).

Assim, essas duas orientações oficiais ficaram estabelecidas a partir de 2013, uma afirmando a saúde mental, e outra definindo as instituições da área de reabilitação, os CER, como eixos da rede de cuidados a pessoas autistas. Dessa forma, os conflitos e a dualidade da orientação oficial não foram superados até hoje e permanece ativa a demanda por locais “apropriados” de tratamento para autistas (FERNANDES, *et. al*, 2024). Enquanto as Diretrizes apontam para um cuidado que visa o desenvolvimento de habilidades funcionais, a Linha de cuidados enfatiza a ampliação dos laços sociais possíveis a cada usuário e a apresentação de diversas técnicas e métodos clínicos (*ibidem*).

No entanto, é possível também observar convergências no que diz respeito a certos princípios básicos, tais como a promoção de autonomia, do aprimoramento do desempenho em atividades sociais, a inserção no mercado de trabalho, a valorização do papel dos familiares, a defesa de direitos e a detecção precoce e diagnóstico diferencial. Nesse sentido, por mais que os documentos possuam divergências epistemológicas e certas discordâncias clínicas, pode-se notar pontos de aproximação que possibilitariam a mediação dessas diferenças. Desse modo, Oliveira et al (2017) entendem que os elementos centrais para o conflito derivam eminentemente do campo político envolvido: "O dissenso parece se concentrar em torno de uma reivindicação, por parte dos grupos envolvidos, sobre qual deles seria o maior detentor de expertise e maior legitimidade em relação ao autismo" (OLIVEIRA *et al*, 2017, p. 722).

Um outro ponto relevante desta cronologia diz respeito à Lei 13.438 de 2017, que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e trata especificamente da inclusão de instrumentos para identificação precoce de riscos ao desenvolvimento psíquico de crianças na atenção básica do SUS (BRASIL, 2017). Com isso, é determinado o uso de instrumentos validados de triagem para identificar precocemente os riscos ao desenvolvimento psíquico em todas as crianças atendidas pelo SUS, nos seus primeiros 18 meses de vida. Embora essa lei não mencione ferramentas específicas, o instrumento *Modified Checklist for Autism in Toddlers Revisado* (M-CHAT-R) passou a ser amplamente utilizado nas consultas pediátricas com crianças de 16 a 30 meses, visando a detecção precoce de sinais de TEA.

O M-CHAT consiste em um instrumento de rastreamento precoce e seu intuito é diagnosticar o autismo até os dois anos e meio de idade. O teste se trata de um questionário com uma escala composta por perguntas de “sim” ou “não” que são respondidas pelos responsáveis, conjuntamente com um profissional de saúde. Muitas são as críticas feitas a esse modelo de rastreamento, visto que a aplicação irrestrita de protocolos de detecção poderiam produzir

efeitos iatrogênicos de antecipação diagnóstica, modulando, assim, o que se destacará no desenrolar do percurso clínico do sujeito (ROSI, LUGON, 2020).

Além disso, vale ressaltar que entre 2013 e 2016, um Comitê de Assessoramento composto por representantes do Ministério da Saúde e por autores dos dois documentos, além de participantes convidados que tinham ligações com associações e movimentos sociais se reuniu na tentativa de superar as diferenças de concepções e estratégias entre os campos da deficiência e da atenção psicossocial. No entanto, é possível perceber como esses dissensos marcam até hoje o cenário do cuidado do autismo.

2.4 Atualizações do cenário brasileiro

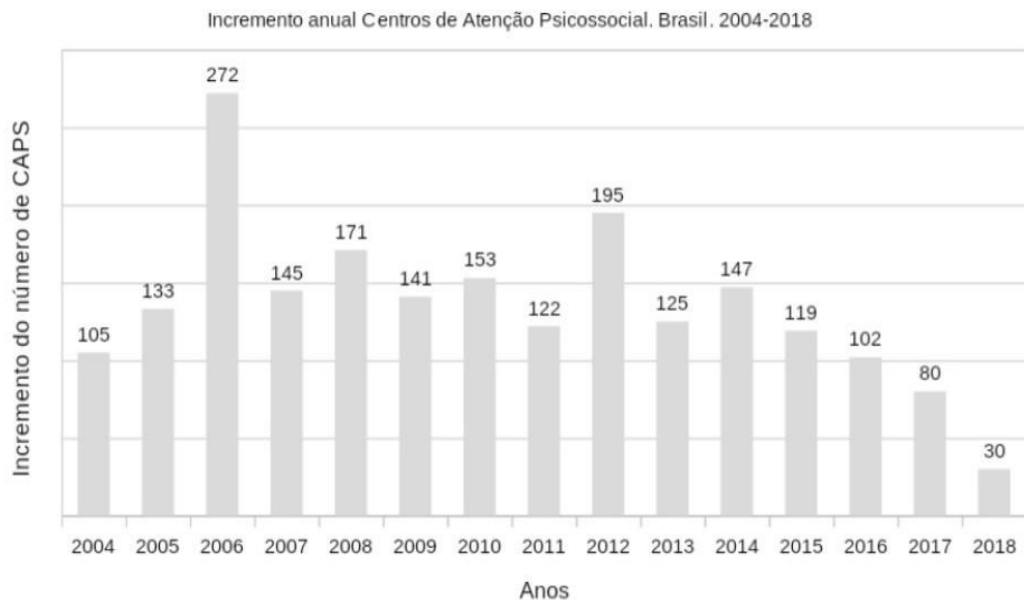
Para compreender o cenário atual que está sendo investigado e manter nosso foco nas estratégias especializadas para o cuidado do autismo, temos que nos atentar ao caminho que seguiu a atenção psicossocial no Brasil. A partir do ano de 2016 passamos a observar um processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela Reforma Psiquiátrica (DELGADO, 2019) e o período que vai de dezembro de 2016 a maio de 2019 foi marcado pela edição de cerca de quinze documentos normativos que formam o que foi chamado de “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, 2020).

Com o golpe e a deposição da presidenta Dilma Rousseff em maio de 2016, temos a interrupção do processo democrático do país que acarretou, entre outras coisas, uma reorientação radical das políticas sociais. No mesmo ano, com o novo governo de Michel Temer, inicia-se um período de redução dramática do financiamento - já insuficiente - do sistema público de saúde, que só veio a se agravar nos anos seguintes (CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, 2020). A tal “nova política” se caracterizou pelo incentivo à internação psiquiátrica e pela separação da política sobre álcool e outras drogas, adotando uma abordagem proibicionista e punitivista nesse âmbito.

Entre 2016 e 2019, dentre os retrocessos ocorridos, temos a ampliação do financiamento dos hospitais psiquiátricos com a concessão de um reajuste acima de 60% no valor das diárias, além da redução no cadastramento dos CAPS (DELGADO, 2019). No que diz respeito aos CAPS, por exemplo, Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) mostram que o incremento desses serviços situava-se em média em torno de 130 novos serviços anuais entre 2004 e 2015. Já no

ano de 2016, observa-se que o incremento se equipara ao de 2004, apresentando um declínio expressivo. Além disso, os anos de 2017 e 2018 apresentaram uma queda grave do ritmo de implantação, que praticamente se estagnou em 2018 com a implantação de apenas 30 serviços (*ibidem*). O gráfico abaixo foi retirado do artigo de Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) intitulado “Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019” e nos ajuda a ver esses dados de forma mais clara:

Figura 1- Gráfico presente no artigo “Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019”, de Cruz, Gonçalves e Delgado (2020).



Fonte: Cruz, Gonçalves e Delgado, 2020.

Nesse gráfico podemos observar um pico do incremento em 2006, durante o primeiro governo Lula, mas nosso foco na análise desses dados está na queda expressiva no incremento do número de CAPS a partir de 2016. Podemos observar, portanto, que as políticas públicas direcionadas à saúde mental no Brasil sofreram com o projeto neoliberal instituído após o golpe à presidenta Dilma e o ajuste fiscal atingiu a saúde mental por meio da política de subfinanciamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (OLIVEIRA, 2023).

Desse modo, em 2017, durante o governo de Michel Temer, uma nova política para a saúde mental se desenhava por meio de normativas que iam contra os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica. As mudanças ministeriais da época ocorriam de forma autoritária, isto é, sem o estabelecimento de um debate amplo e público com distintos segmentos, como os

movimentos sociais, os trabalhadores da RAPS, os familiares e usuários dos serviços de saúde mental do SUS (OLIVEIRA, 2023). Segundo Delgado (2019), “o neoliberalismo autoritário que tomou o poder do Estado sustentava-se nas forças armadas, nas corporações de mídia, em parte em opinião pública, em parte das organizações religiosas, no judiciário, no governo dos Estados Unidos, na inflexão conservadora que domina parte do planeta neste momento” (DELGADO, 2019, p. 3). Mesmo que já tenhamos um afastamento de seis anos desde a publicação desse artigo de Delgado, ainda podemos ver os efeitos do conservadorismo que o autor menciona.

Em 2019, a política de saúde mental do Brasil se deteriorou ainda mais drasticamente com a posse do presidente de extrema direita Jair Bolsonaro e a crise só se acentua com o advento da pandemia de Covid-19. Em novembro de 2018, o Ministério da Saúde suspendeu o repasse de recursos financeiros aos serviços integrantes da RAPS por meio da portaria número 3.659 (BRASIL, 2018). Além disso, o governo Bolsonaro realizou cortes nas verbas para pesquisa em institutos e universidades públicas, tanto na área da saúde de modo geral, como particularmente na saúde mental (OLIVEIRA, 2023).

As medidas tomadas pelo governo federal a partir de 2016 e aprofundadas no governo Bolsonaro em 2019 marcam um grave retrocesso no campo da saúde mental no Brasil - assim como em outras esferas, que não serão objeto de análise neste trabalho. Há, portanto, uma evidente continuidade na área da saúde e de outras políticas sociais entre esses dois governos e os resultados da agenda neoliberal impactaram imediatamente a saúde pública, de forma que podemos então tentar compreender o aumento dos serviços especializados dentro do contexto maior em que se insere. A partir do golpe de 2016, portanto, observamos um ideário privatista e reacionário na agenda pública brasileira, que se estende principalmente durante o governo Bolsonaro. É nesse cenário que a concepção do cuidado especializado encontra um solo fértil para prosperar, de forma que pautas mais conservadoras no campo da saúde pública podem ter sido um motor dessa mudança. É possível observar, portanto, que desde 2016 o projeto de desmonte dos serviços públicos da RAPS vem se consolidando no Brasil, dando lugar às instituições privadas que adotam modelo asilar obsoleto e que visam a obtenção dos recursos públicos (OLIVEIRA, 2023) e, como veremos adiante, aos serviços públicos no modelo especializado das instituições privadas. É nesse sentido que Delgado (2019) diz que a trincheira da resistência está nos serviços territoriais (DELGADO, 2019).

Voltemos ao caso específico do autismo. No campo público, as estratégias criadas especificamente para autistas são variadas e suas nomeações também são distintas - ora chamadas de Casa do Autista, ora como uma ramificação do CER, e por aí vai, como veremos

- assim como diferem nas formas de gestão e financiamento. É importante destacar, no entanto, que os CER e as clínicas especializadas não se encontram em um mesmo pacote dentro dessa lógica. Isto é, o CER, assim como os CAPSi, é um serviço instituído na política pública e, por mais que possamos trazer o questionamento acerca do incremento de 20% para o atendimento de diagnósticos de TEA, é importante salientar seu papel na organização do cuidado. Segundo Fernandes *et. al* (2024), a partir de 2019 e 2020 temos um ponto de virada com novos elementos somando ao debate: a indefinição normativa acerca do cuidado às pessoas autistas pode constituir um dos elementos no processo de apropriação desse tema por uma perspectiva mercadológica (*ibidem*). Além da expansão desse diagnóstico, estamos observando uma maior incidência do autismo nas políticas públicas, como observado por Fernandes *et. al* (2024) em uma nota técnica intitulada: “A ‘indústria’ do autismo no contexto brasileiro atual: contribuição ao debate”. Os autores em questão trazem um gráfico, feito a partir das informações que organizaram no documento, que ilustra essas novas facetas do autismo no âmbito brasileiro, mostrando as proposições legislativas na Câmara dos Deputados, por ano.

Figura 2 - Gráfico retirado do artigo “A ‘indústria’ do autismo no contexto brasileiro atual: contribuição ao debate”, de Fernandes *et. al*, 2024.

Gráfico 1: Proposições legislativas na Câmara dos Deputados, por ano.



Fonte: Fernandes *et. al*, 2024.

É possível observar, portanto, um aumento bastante significativo de proposições legislativas com a temática do autismo no Brasil, principalmente a partir de 2019, atingindo o ápice de 118 proposições em 2023, de forma que a popularização desse tema se tornou palco

eleitoral. Fernandes *et. al* apontam que a amostra final era de 315 projetos de lei em tramitação no legislativo federal nesse momento (março de 2024). Podemos pensar, então, em uma relação do contexto mercadológico e industrial do autismo com a maior presença dessa temática nas políticas públicas. O direcionamento financeiro e político para a criação de clínicas exclusivas para pessoas com TEA precisa ser analisado, portanto, dentro de um contexto amplo.

Em um artigo de opinião da Folha de São Paulo de junho de 2024, especialistas e ativistas da causa, no entanto, rebatem a crítica feita aos centros especializados para o cuidado de autistas e apontam que afirmar que o desejo das mães por centros de referência é parte da tal indústria do autismo é uma forma de envelopar o ativismo político de mães e autistas (NOGUEIRA, BORGES, 2024). Neste mesmo artigo, duas psicólogas apontam que os centros especializados são demandas de autistas, familiares e especialistas e seriam os locais onde seria possível a realização do diagnóstico e terapias de forma eficaz e segura.

Por outro lado, argumenta-se que os serviços exclusivos não são condizentes com a arquitetura do SUS e que do ponto de vista do orçamento público, são bastante problemáticos (COLUCCI, 2024). Assim, critica-se a concentração dos recursos de saúde mental, já escassos, em políticas voltadas exclusivamente para o autismo, muitas vezes centralizadas em uma única instituição. Argumenta-se, portanto, que isso retiraria a possibilidade de se implementar políticas públicas que envolvam outros atores, como por exemplo as escolas, sendo que o cuidado precisaria ser feito de forma intersetorial, e não se limitar ao campo da saúde (*ibidem*).

O discurso do especialismo está fortemente atrelado à lógica mercadológica e, quando pensamos no funcionamento do SUS, isso vira um problema de orçamento público. Apesar dos CAPSi buscarem oferecer um cuidado integral, estudos recentes indicaram limitações importantes desses serviços, como a pouca ênfase dada a parcerias intersetoriais (LIMA *et. al*, 2019). A maior parte desses serviços da Região Metropolitana do Rio de Janeiro não se relaciona com as associações de familiares de autistas, associações essas que têm sido peças fundamentais no cuidado do autismo no Brasil.

Além disso, algumas das controvérsias no contexto brasileiro que estamos apresentando dizem respeito à aplicação da ABA. A associação Autistas Brasil denunciou certas violações no cuidado de pessoas autistas para o Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. Em uma nota de esclarecimento publicada na rede social Instagram, no dia 13 de setembro de 2024, a associação, em nome da defesa das pessoas autistas, disse ter enviado uma carta-denúncia para o ministério apresentando indícios de que crianças e adolescentes autistas eram vítimas de violações de Direitos Humanos (AUTISTAS BRASIL, 2024). Dentre as violações, a associação citava o excesso de terapias invasivas, a negação ao direito à identidade, a exploração emocional

e financeira das famílias, entre outras. Em resposta a essas denúncias, o ministério dos Direitos Humanos e Cidadania instaurou uma Câmara Técnica sobre Políticas Públicas e Deficiências Psicossociais para apurar a regulamentação de terapias a pessoas com TEA (*ibidem*). O presidente da Associação Nacional para Inclusão das Pessoas Autistas (Autistas Brasil), Guilherme Almeida, diz que as horas excessivas de terapia exercem um controle desproporcional sobre a vida dos indivíduos, que perdem a oportunidade de socialização, por exemplo (CNN, 2024). O alvo principal da denúncia é o método da ABA, que como vimos é amplamente disseminada como o tratamento mais eficaz para crianças autistas.

Em junho de 2025, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou uma Nota Técnica que diz respeito à orientação para psicólogos e psicólogas no uso de intervenções comportamentais baseadas na ABA no contexto do TEA. A fim de superar os ruídos acerca do uso da ABA, a Nota Técnica destaca a necessidade do profissional que atua com base na ABA de se manter atualizado a partir de literatura científica pertinente no intuito de fortalecer a qualidade da intervenção e contribuir para a consolidação de práticas efetivas e respeitadas (CFP, 2025). Segundo a Nota Técnica, a decisão acerca da intensidade das intervenções deve considerar a individualidade de cada caso, não devendo ser orientada por parâmetros fixos ou generalistas.

No que se refere à formação de profissionais da psicologia, a Nota especifica os papéis de supervisão, coordenação e aplicação da ABA para o TEA. Para os supervisores, além da inscrição ativa no Conselho Regional de Psicologia e Certidão de nada consta ético atualizada, seria necessário ter concluído uma formação Lato Sensu ou Stricto Sensu em Análise do Comportamento Aplicada ao TEA. Para o cargo de coordenador, além da inscrição ativa e da Certidão, deve-se concluir uma formação total de 120 horas com conteúdo específicos ligados à intervenção baseada em ABA para TEA em Pós Graduação Lato Sensu, Cursos de Extensão ou Cursos de Aprimoramento e/ou Cursos livres. Por fim, para ser um aplicador, seria necessário, minimamente, ser um estudante com matrícula ativa em cursos superiores das áreas de saúde e educação, estagiando com contrato devidamente firmado e com treinamento específico mínimo de 40 horas em Cursos Livres ou Cursos de Formação continuada para intervenção com base em ABA para TEA (*ibidem*).

A associação Autistas Brasil, já mencionada anteriormente, publicou uma nota em sua rede social (Instagram) também em junho de 2025 dizendo que a nota técnica publicada pelo CFP representa um dos maiores retrocessos éticos e institucionais da Psicologia brasileira nos últimos anos. Segundo a publicação, a associação diz que o documento ignora os riscos já comprovados da ABA intensiva, omite os danos psicológicos que afetam diversas crianças e

destacam que a nota foi construída de forma parcial e excludente. “A redação foi liderada por uma pesquisadora conhecida por ministrar cursos nos quais ensina familiares e profissionais a aplicar práticas de adestramento humano em crianças autistas” (AUTISTAS BRASIL, 2025, via insta). A publicação segue com diversas críticas à Nota e termina com frases como: “autistas não são lucro”, “são sujeitos políticos” e “não serão silenciados” (*ibidem*). Observa-se, portanto, a atualidade dessas questões no contexto brasileiro e como a centralidade da ABA vem sendo questionada por algumas frentes.

Segundo Lugon e Costa Andrada (2019), o debate acerca do autismo no Brasil se deslocou de “qual é a técnica terapêutica para o manejo do autismo no SUS” para uma discussão sobre quem pode ou não “jogar o jogo” no campo político, isto é, quem pode ou não decidir sobre os caminhos das políticas públicas para o autismo no Brasil. Nesse sentido, a dimensão política na proposição de políticas públicas para o autismo é central. “Ou seja, há aspectos locais no desenho das políticas públicas para o autismo no país para os quais as querelas importam mais que noções teórico-clínicas” (LUGON, COSTA ANDRADA, 2019, p. 102).

Neste ponto podemos pensar também sobre a economia política da esperança, que traz a reflexão sobre a esperança enquanto um componente essencial na tomada de decisões políticas e econômicas. Esse é um conceito que surgiu no campo da antropologia nos Estados Unidos e, naquele contexto, estava relacionado aos atores sociais em torno do tratamento do câncer no país (LUGON, COSTA ANDRADA, 2019). A economia política da esperança diz sobre a mobilização e engendramento das redes de cuidado, produção de saberes e um complexo médico industrial em torno da pesquisa e tratamento de uma doença e, nesse caso, especificamente o câncer. No entanto, podemos transpor esse conceito para pensar nas particularidades do autismo no contexto brasileiro também.

Broderick (2022), por exemplo, trata da questão do complexo industrial do autismo e mostra como o capitalismo neoliberal tem sido constitutivo do autismo, praticamente desde a sua concepção. A autora mostra como o TEA se tornou parte de um sistema financeiro que passou a depender desse diagnóstico para se sustentar e crescer. No chamado Complexo Industrial do Autismo, diversos são os setores da economia implicados na produção simultânea não só de tecnologias - como produtos e serviços -, mas de ideologias - conceitos, crenças, valores e narrativas culturais - que são comercializadas, produzidas e distribuídas tendo como objetivo central o lucro (*ibidem*). Nesse contexto, as retóricas da esperança e do medo têm sido sistematicamente empregadas em ideais que consideram o autismo como algo perigoso, ameaçador e geralmente ruim - mas que pode ser superado por meio de estratégias de recuperação (recovery). A lógica cultural que produz tanto a necessidade quanto o

consentimento para intervenções no autismo é, portanto, fabricada por meio da manipulação de medos e de esperança e na construção de narrativas hegemônicas que afirmam que o autismo exige intervenção (BRODERICK, 2022).

A “esperança”, portanto, aparece enquanto influenciadora das decisões políticas e econômicas. Lugon e Costa Andrada citam a antropóloga Rosana Castro para falar sobre esse ponto. A autora situa a perspectiva da economia política da esperança no Brasil apontando que os coletivos e famílias envolvidos na militância dedicam pouca energia para atividades relativas ao desenvolvimento de pesquisas científicas (CASTRO, 2018 apud LUGON, COSTA ANDRADA, 2019). Nesse sentido, as forças estariam mais voltadas para interpelar órgãos públicos tendo em vista a elaboração, implementação e aperfeiçoamento de políticas de saúde. Observa-se, no Brasil, a importação de discursos, tecnologias e práticas de cuidado produzidos sobretudo nos Estados Unidos, de forma que são completamente descolados do contexto sociocultural e dos processos que permitiram seu surgimento (LUGON, COSTA ANDRADA, 2019). A economia política da esperança, portanto, é bastante relevante para pensarmos nos domínios da saúde e das ofertas de tecnologias no campo do autismo.

Segundo Broderick (2022), “a esperança sempre tem um mercado”¹² (BRODERICK, 2022, p. 28, tradução nossa). Dessa forma, para compreender o desenvolvimento do Complexo Industrial do Autismo, seria preciso reconhecer o papel significativo desempenhado pela necessidade cultural de esperança e o sucesso com que o behaviorismo apareceu em cena para atender a essa necessidade (*ibidem*). Foi, portanto, a percepção do behaviorismo acerca da necessidade cultural de esperança que precipitou a mercantilização inicial do autismo e que embalou, convenientemente, a lógica cultural da intervenção junto, segundo Broderick, “como um pacote promocional ‘leve 2, pague 1’” (BRODERICK, 2022, p. 28).

Uma outra importante atualização no cenário brasileiro foi o lançamento da chamada “Linha de Cuidado para pessoas com Transtorno do Espectro Autista - TEA” pelo Ministério da Saúde em setembro de 2025. Esse documento “tem como finalidade orientar gestores e profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS na qualificação e na estruturação de um modelo assistencial integrado” (BRASIL, 2025b, p. 4). Não será feita uma análise detalhada do documento, mas alguns pontos são importantes de serem destacados. Ainda em 2024, o Ministério da Saúde divulgou a criação do Grupo de Trabalho Ministerial sobre o TEA (GT-TEA) com o intuito de estruturar ações coordenadas entre as secretarias para tratar sobre os assuntos relacionados a esse campo (GOV, 2024b). De acordo com Arthur Medeiros,

¹² O texto original em língua estrangeira é: “Hope always have a market”.

coordenador-geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, a proposta era de: “tratar os direitos das pessoas com TEA não apenas no âmbito assistencial, mas também incluir novos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, tecnologias, qualificação de profissionais, recursos adicionais para os Centros Especializados em Reabilitação e todas as medidas necessárias com transversalidade entre as secretarias” (*ibidem*).

A ideia é que essa linha de cuidado, portanto, atualize, complemente e substitua informações dos documentos previamente elaborados pelo Ministério da Saúde, já citados anteriormente. A partir da leitura desse novo documento, observa-se que o ponto central dessa linha de cuidado parece ser o destaque à Atenção Primária à Saúde (APS) no fluxo de cuidado da pessoa com TEA (BRASIL, 2025b). Nesse sentido, é frisado o papel da APS como porta de entrada prioritária, responsável por coordenar o cuidado, identificar os sinais do TEA, realizar intervenções precoces e encaminhar o usuário para os serviços especializados, se necessário. No que diz respeito ao tratamento e às modalidades de intervenção, essa Linha de Cuidado destaca que será lançado um “Guia de Cuidado Integral às Pessoas com TEA”, também elaborado pelo Ministério da Saúde, onde esses pontos serão, enfim, abordados.

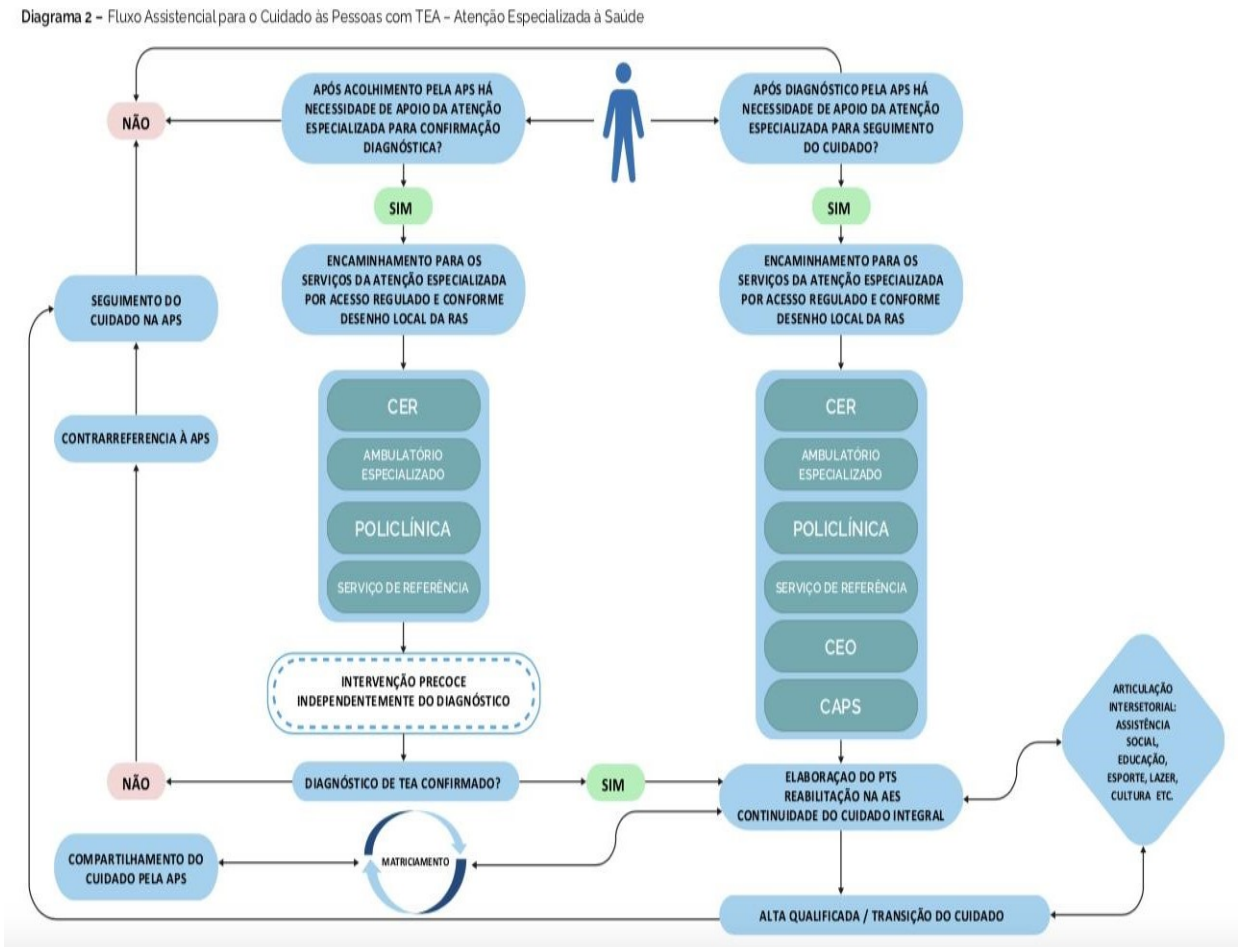
Além disso, outro ponto que chama a atenção e dialoga diretamente com as investigações da presente pesquisa diz respeito à recomendação de identificação e intervenção precoces (BRASIL, 2025b). Dessa forma, para aumentar as chances de detecção precoce, o documento fala da opção por incluir na Caderneta da Criança a realização da triagem utilizando o M-CHAT-R/F (*ibidem*). Como visto anteriormente, o principal objetivo desse instrumento é aumentar a possibilidade de rastreamento precoce a partir da identificação de alguns riscos no desenvolvimento da criança. Sobre esse ponto vale recorrermos a Rosi e Lugon (2020), que falam da importância de se interrogar os discursos que fundamentam práticas de avaliação e intervenção com bebês. É comum que os serviços responsáveis pelo acompanhamento de bebês baseiem suas ações em critérios psicométricos e nos marcos do desenvolvimento, visando metas a serem alcançadas e deixando de lado o contexto de vida mais amplo em que a criança está inserida (ROSI, LUGON, 2020). “Qual cidadão seria contra a detecção em tempo hábil de problemas que afetam as pequenas crianças brasileiras? Certamente nenhum” (MASCARENHAS *et. al*, 2017). Mascarenhas *et. al* (2017) dizem ser consenso entre profissionais e pesquisadores da saúde pública a necessidade do desenvolvimento de ações de promoção de saúde mental para o real avanço no campo do cuidado integral à crianças e adolescentes, mas frisam a importância de convocar estratégias a partir de ações territoriais, que considerem as peculiaridades culturais e os determinantes sociais de saúde. Nesse sentido, a detecção precoce poderia levar a processos iatrogênicos. Em um país marcado por extrema

desigualdade de oportunidades, a noção de risco como indicador de cuidado pode implicar em uma patologização da infância (*ibidem*).

O documento segue tratando sobre o fluxograma da pessoa com TEA e entende que os casos de menor gravidade devem ser mantidos em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS), com apoio matricial da atenção especializada - equipes multiprofissionais, CER e CAPSi/CAPS) (BRASIL, 2025b). Já os casos de maior gravidade, devem ser acompanhados pela equipe especializada dos CER, CAPSi/CAPS e demais componentes especializados (*ibidem*). Um ponto que fica evidente com a leitura do documento é que, por mais que os CAPS sejam citados, pode-se observar uma presença bem mais marcante do autismo como sendo pertencente ao campo da deficiência, em detrimento da saúde mental. Não à toa o CER é o primeiro serviço citado quando se trata de listar os pontos de atenção especializada na Rede de Atenção à Saúde (RAS) que podem receber pessoas com suspeita do TEA, para além da APS, seguido então pelo CAPS (*ibidem*).

Vale ressaltar que quando o CAPS é citado como possível local de cuidado para o autismo, o documento salienta que esse encaminhamento seja justificado pela presença de sofrimento psíquico no sujeito. Desse modo, pode-se ver um deslocamento do autismo enquanto um quadro que, desde o advento da Reforma Psiquiátrica, foi associado com o campo da saúde mental, para um quadro que se ancora no campo da deficiência. É possível associar esse deslocamento à consagração de que, para fins legais, o autismo é visto como uma deficiência, de forma que o CER, portanto, passa a ser o local indicado para o cuidado. Após o primeiro fluxo assistencial que passa pela APS, o documento apresenta um fluxograma acerca do cuidado especializado, onde esse tal deslocamento fica evidente. No fluxograma, é possível observar que o CER é o primeiro a aparecer, tanto como caminho após a confirmação diagnóstica, quanto para na parte de seguimento do cuidado. Enquanto isso, o CAPS aparece apenas na segunda parte, a de seguimento do cuidado.

Figura 3 - Fluxograma presente na “Linha de Cuidado para pessoas com Transtorno do Espectro Autista - TEA”, Ministério da Saúde, 2025.



Fonte: Ministério da Saúde, 2025.

No terceiro e último capítulo, analisaremos, a partir de uma abordagem qualitativa, um caso relativamente atual no contexto do estado do Rio de Janeiro: a Superintendência de Cuidado das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Ressaltamos o caráter qualitativo da pesquisa visto que nossa intenção é a de abrir para certas reflexões, ao invés de fornecer respostas definitivas. Tendo em vista nosso objetivo de investigar a demanda por estratégias especializadas para o cuidado do autismo, acreditamos que essa superintendência aparece como um importante exemplo desse especialismo nas estratégias de cuidado. Para essa análise, foram coletados dados presentes em sites e plataformas de comunicação (como Podcasts e canais do Youtube), que estarão especificados ao longo do texto. Nossa aposta é que essa análise nos permita atingir nossos objetivos de pesquisa, visto que é um exemplo bastante relevante que contempla diferentes processos sobre os quais trabalhamos na presente pesquisa.

3. A SUPERINTENDÊNCIA DE CUIDADO DAS PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (SUPCPTEA) E SEUS DESDOBRAMENTOS PARA A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO

3.1 I Seminário Estadual de Cuidado das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista

A SES-RJ, por meio da Superintendência do Cuidado das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista, organizou o primeiro seminário no dia 25 de setembro de 2023, 89 dias depois da criação da superintendência. O objetivo do seminário era de realizar a criação da Linha de Cuidado através da construção de políticas públicas, além de potencializar o diálogo com os municípios. O seminário se deu em um auditório, onde na platéia estavam profissionais e representantes dos municípios do estado do Rio de Janeiro. Dentre os participantes que compuseram a mesa do seminário, encontram-se a superintendente Michelle Gitahy, o ex-secretário estadual de saúde e atual deputado federal Dr. Luizinho, a subsecretária de atenção à saúde Fernanda Daniel Fialho Rodrigues, a assessora técnica da SUPCPTEA Bruna Fonseca e a secretária de Estado de saúde Cláudia Maria Braga de Mello. A *live* referente ao seminário tem mais de sete horas de duração - contando com pausa para almoço e um café na parte da tarde. Destacaremos aqui os pontos que consideramos mais relevantes para nossa análise.

Logo no início do seminário, o deputado federal Dr. Luizinho traz pontos importantes para destacarmos. Após agradecer ao Governador Cláudio Castro e à primeira dama estadual Analine Castro, o deputado fala sobre o aumento dos casos de autismo no Brasil, faz um apelo para que todos os municípios criem uma superintendência para cuidar do TEA e destaca, justamente, que a ideia do seminário é ser uma motivação para que os outros municípios tenham superintendências voltadas para esse quadro. No que diz respeito ao cuidado do autismo, Dr. Luizinho menciona que: “isso precisa ser tratado de uma forma diferente, não no bojo da saúde mental, não no bojo de um sistema dos CAPSi, precisa ser tratado de outra forma”. Além disso, ele comenta sobre o sonho de criar um centro diagnóstico do TEA - que nesse momento ainda não existia, mas que se consolida com o CedTEA no Rio de Janeiro posteriormente. De acordo com o deputado, o objetivo é que o diagnóstico seja feito nesse centro, enquanto cada município tenha estrutura própria para garantir a continuidade do cuidado às pessoas diagnosticadas. Ele destacou ainda que os representantes municipais presentes ali no seminário poderiam apresentar propostas de financiamento para viabilizar essa continuidade no cuidado, explicitando de forma

superficial como seria o fluxo município-CedTEA-município. Além disso, Dr. Luizinho fala sobre a ideia de criar uma política nacional que financie os estados e municípios para instaurar essa linha de cuidado e termina dizendo que “a gente quer ser o primeiro estado do Brasil (...) a fazer uma política pública com cuidado diferenciado para as pessoas com Transtorno de Espectro Autista”.

Para abrir oficialmente as apresentações do seminário, Bruna Fonseca fez uma exposição acerca da situação da linha de cuidado da pessoa com TEA no estado do Rio de Janeiro. Ela inicia falando o que levou à criação da SUPCPTEA: a urgência da progressão da prevalência de TEA. A partir da exposição dos dados da CDC dos Estados Unidos, Bruna Fonseca destaca que esse foi o pontapé para a criação da superintendência e diz da importância do estudo contínuo do que é “cientificamente comprovado”. Além disso, destaca que o cuidado da pessoa com TEA deve ser individualizado, visto que cada sujeito é singular e reforça o caráter transversal do campo do autismo. Bruna Fonseca também revela alguns dados acerca dos municípios do Rio de Janeiro. A partir de um Google Forms, os 92 municípios do estado do Rio de Janeiro foram questionados acerca do cuidado com o TEA. Ela diz que apenas 9 municípios não responderam e que dos 83 municípios que responderam, 50% já oferecem um serviço de rastreio do TEA. Além disso, mais da metade oferta serviço de tratamento para o TEA, dado esse que faz a Bruna Fonseca acreditar que “estamos no caminho certo”. Por fim, diz que aproximadamente 10 municípios já estão com equipamentos para atender especificamente o TEA.

Sobre esse ponto, é importante destacar um dado mais atualizado: em um estudo apresentado em Brasília, na oficina “A Rede de Atenção Psicossocial no cuidado à pessoa com TEA: novos desafios”, organizada pelo Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD) em agosto de 2025, as autoras Maria Cristina Ventura, Bárbara Costa Andrada e Amanda Dourado Fernandes fizeram um levantamento acerca da quantidade de serviços públicos voltados para autistas e encontraram, até julho de 2025, 57 clínicas públicas para autistas no Estado do Rio de Janeiro (VENTURA, ANDRADA, FERNANDES, 2025), de forma que nota-se a tendência de crescimento desses serviços. Na fala da assessora técnica da SUPCPTEA, portanto, podemos observar o incentivo que é feito ao cuidado em serviços especializados, isto é, em serviços que atendam apenas a população com TEA. Além disso, muito do que parece fundamentar a demanda por esses serviços diz respeito ao aumento dos casos de autismo, que é sempre tomado como uma verdade absoluta, ao invés de ser olhado de forma crítica. Após a fala de Bruna Fonseca, Michelle Gitahy destaca a presença de Berenice

Piana no auditório, anúncio esse que é seguido por aplausos da platéia e a superintendente diz que “vamos beber da fonte, verdadeiramente, né?”.

A próxima apresentação é de Fernanda Guedes, pediatra com pós-graduação em neurologia infantil, que começa sua fala destacando o aumento dos casos do autismo e afirmando que “esse aumento é assustador, assustador porque não sabemos ainda a causa exata, existem inúmeras pesquisas em andamento, mas nenhuma ainda que esclareça exatamente o que está acontecendo. E assustador porque independente de ser na rede pública ou na rede privada, essas famílias não têm, ainda, toda a assistência que merecem, mesmo na rede privada. Então muitas vezes é... eu atendo pacientes o dia inteiro, de manhã até a noite, ou crianças com autismo ou com suspeita de autismo (...) e quando eu soube dessa superintendência o meu coração transbordou de alegria”. Vemos, novamente, a referência ao aumento dos casos de autismo embasando as decisões políticas e de cuidado.

Uma outra fala que queremos destacar é a da professora Marta Relvas, formada em ciências biológicas e atuante da área de pedagogia, que faz uma apresentação intitulada “a neurobiologia do autismo”. A professora salienta que para estudar autismo tem que se estudar muita biologia, neurobiologia, fisiologia, citologia e que, mesmo assim, esse campo requer muita experiência. Ela detém sua explicação às questões específicas da biologia, como podas neurais e plasticidade cerebral e diz que um sujeito com TEA é capaz de aprender, da sua própria maneira, desde que receba um programa individualizado de intervenções intensivas na escola, no lar e na sociedade. Segundo a professora: “não adianta ele fazer na escola atividade, não adianta ele ir pra clínica e ficar 3 horas fazendo terapia ocupacional e chegar em casa e não fazer absolutamente nada. Então é intenso, plasticidade cerebral é intensa”. Aqui podemos observar o que vimos anteriormente sobre os programas de horas intensivas de tratamento. Por fim, Marta Relvas faz a indicação de alguns livros sobre a temática do autismo, entre eles o livro “O cérebro autista”, de Temple Grandin, e outros livros de sua autoria. Optamos por colocar um *print* por considerar que fica explícita a aparição da temática da neurociência em suas indicações, com grande parte das capas contando com imagens de cérebro.

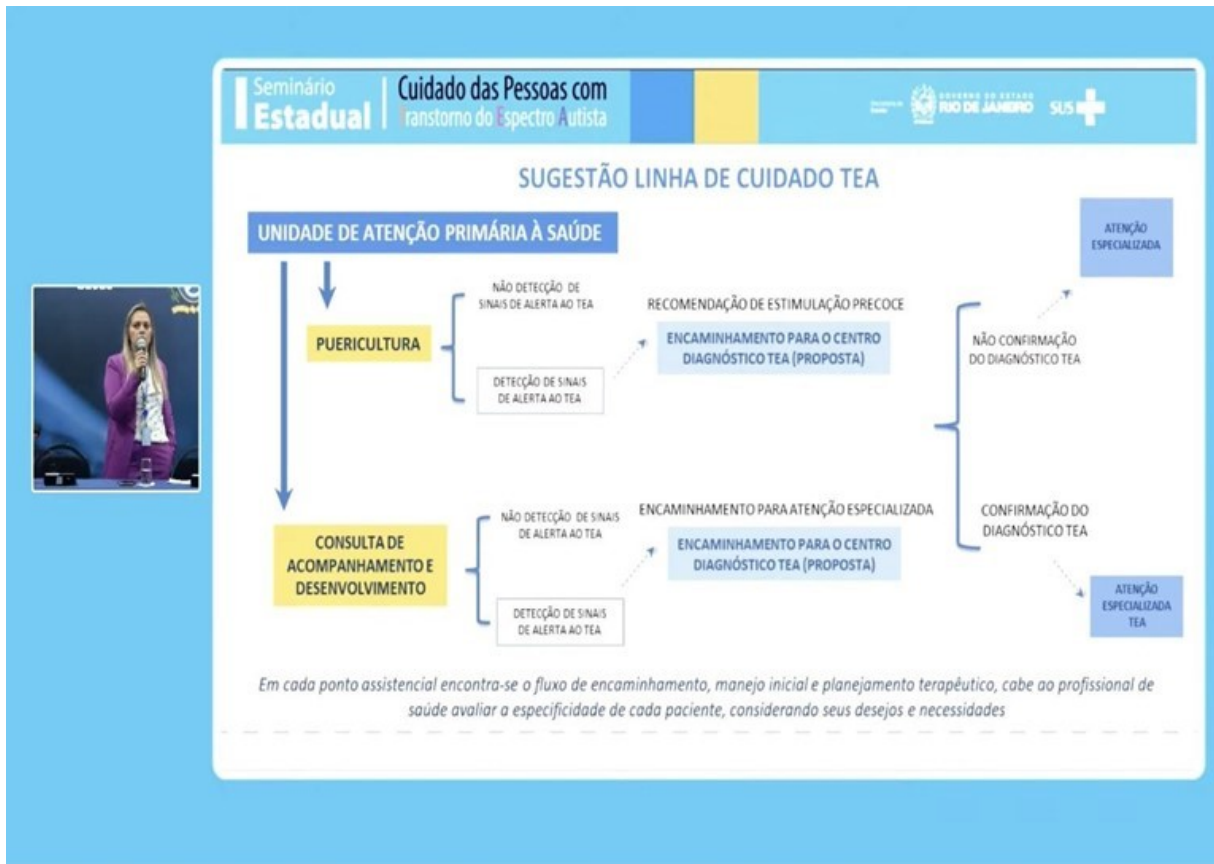
Figura 4 - *Print* da apresentação da Professora Marta Relvas durante o seminário.



Fonte: Couto, 2025

Em dado momento do seminário, a superintendente Michelle Gitahy apresenta o que seria uma sugestão de linha de cuidado para o TEA e ratifica repetidas vezes que, nesse momento, trata-se apenas de uma sugestão, e não de realidade, e que o intuito é justamente que seja feita uma troca de ideias com os municípios acerca desse tema. Tentaremos esmiuçar o que a superintendente explica acerca desse plano de linha de cuidado, mas segue o *print* para que fique mais fácil a compreensão.

Figura 5 - *Print* da apresentação de Michelle Gitahy durante o seminário.



Fonte: Couto, 2025.

A sugestão diz respeito a um fluxo que se dá da seguinte forma: a entrada do sujeito ocorre pela atenção primária a partir da puericultura - onde caberia aos profissionais a tarefa de identificação de sinais de atraso do desenvolvimento durante as consultas de puericultura através do instrumento M-CHAT-R - ou pela consulta de acompanhamento e desenvolvimento. Nesse momento da apresentação, a superintendente diz da pretensão de fazer um encontro no mês de outubro de 2023 para a capacitação de profissionais para a utilização do M-CHAT. Tendo em vista que o M-CHAT contempla crianças de até 30 meses, este serve para as consultas de puericultura, mas a ideia é que outra escala possa ser usada nas consultas de acompanhamento e desenvolvimento também.

Se não forem identificados sinais de alerta do TEA nesses casos, a criança não precisará seguir o fluxo dessa linha de cuidado. No entanto, caso seja identificado algum sinal de alerta, será realizado o encaminhamento para o rastreio do diagnóstico, e é nesse momento que a superintendente fala da proposta do centro diagnóstico - que hoje em dia já existe no bairro da Gávea no município do Rio de Janeiro, como mencionamos. Antes de ser realidade, a ideia era que o centro diagnóstico do TEA contasse com triagem familiar, avaliação multidisciplinar,

avaliação e devolutiva médica, sugestão de Projeto Terapêutico Singular (PTS), encaminhamentos médicos especializados e exames específicos, psicoeducação familiar e orientação de manejo e documental. Além disso, contaria com a capacitação de equipe médica e terapêutica para rastreio e realização do PTS, teria seminários e workshops, além de teleatendimento profissional. Um dos objetivos do centro é possibilitar a coleta de dados e estatística da população TEA. Mais adiante traremos mais informações sobre esse centro.

Voltamos então à sugestão da linha de cuidado. Após a puericultura, portanto, ao ser identificado algum sinal de alerta, a recomendação é que essa criança seja estimulada precocemente para não ficar em uma “lacuna de cuidado”. Uma vez no centro de diagnóstico, se o diagnóstico de TEA não for confirmado, a criança segue para a atenção especializada onde terá um PTS, psicoeducação familiar e uma consulta médica semestral. No entanto, tendo sido confirmado o diagnóstico de TEA, a criança segue para a atenção especializada específica para o TEA. Nessa atenção especializada, temos também o PTS, a psicoeducação familiar e a consulta médica semestral.

No que diz respeito a essa atenção especializada, a superintendente evidencia que, naquele momento, isso ainda não estava pronto, que ainda seria preciso ser feita uma capacitação de profissionais e que isso dependerá de estudos e da articulação que será feita com os municípios. Ela afirma, portanto, que só vai poder mencionar as técnicas específicas dessa atenção especializada mais à frente, visto que não é a pretensão naquele momento definir exatamente como se dará esse cuidado. A superintendente, então, diz que não tem como citar quais vão ser as intervenções usadas, mas diz que “tecnicamente nós sabemos, claro, quais são as propostas né que são evidências, é óbvio. Queremos chegar lá? Queremos. Mas nesse momento é realidade de todos os equipamentos? Então eu tenho muita coisa pra trabalhar”.

Um outro momento que vale ser destacado do primeiro seminário diz respeito à pergunta de uma pessoa da platéia, que indaga a superintendente acerca do lugar dos CAPSi frente ao cuidado na atenção especializada. A superintendente Michelle respondeu dizendo novamente que, naquele momento, não havia pretensão de responder sobre a atenção especializada porque esse desenho ainda está sendo feito e ratificou que a superintendência não determinará qual o papel do CAPS, por exemplo. É nesse momento que a Michelle chama uma outra pessoa para integrar a mesa do seminário, Marcelo, que não é identificado com sobrenome, portanto, não sabemos especificar o cargo dele, no entanto, ele parece estar associado com a parte que diz respeito às finanças.

Acerca do financiamento, Marcelo fala como se encontrava o panorama do cuidado do autismo até esse momento do primeiro seminário: contava-se com os recursos da saúde mental,

representados pelos CAPS, e com os recursos da área da deficiência, com os CER's, especificamente o CER para deficiência intelectual. Segundo Marcelo, essa proposta de financiamento dificulta a clareza porque “a gente não sabe de quem era o filho” (nesse caso, o “filho” sendo o autismo). Marcelo cita também uma Nota Técnica número 14 de 2024 que trata, entre outras coisas, dos critérios para a adesão ao incentivo de 20% destinado aos CER habilitados na modalidade de reabilitação intelectual, que realizam o atendimento voltado especificamente às pessoas com TEA e comenta que ainda está tudo muito recente e diz que “se eu falar que eu vou tirar recurso da saúde mental, a saúde mental nunca mais fala comigo, sabe como é que é.”, comentário que é seguido de risos da plateia. Por fim, sugere que o tema do dinheiro fique para depois, visto que a prioridade seria compreender onde está precisando de dinheiro e quais ações precisam ser tomadas, e termina dizendo que “não vai ter recurso saindo da saúde mental, por enquanto... por enquanto”, comentário esse que faz em certo tom de piada e é seguido por mais risada da plateia e, no entanto, é desmentido por Michelle que diz que isso não vai acontecer, na tentativa de não gerar ruídos com o campo da saúde mental.

Sobre essa Nota Técnica, vale ressaltar que a Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPD), no bojo da reformulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), propôs a inclusão desse custeio adicional de 20% visando apoiar os gestores na manutenção e funcionamento desse serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024). Além disso, a nota fala da inclusão de incentivo financeiro de custeio para os Núcleos de Atenção à Saúde da Criança com Transtorno do Espectro Autista no valor de cem mil reais por mês, podendo ser instituições de natureza pública ou filantrópica já em exercício no país. Esses núcleos dizem respeito a pontos de atenção ambulatorial especializados em reabilitação/habilitação que realizam avaliação, diagnóstico e acompanhamento multiprofissional de crianças e adolescentes com TEA (*ibidem*). Ainda não temos os resultados deste edital, mas não deixa de ser um ponto relevante para pensarmos no campo do autismo.

Segundo Fernandes *et. al* (2025), podemos observar no cenário executivo um aumento na criação dos serviços específicos para autistas com a utilização de recursos públicos, sem que tenha havido um investimento correspondente para a ampliação das redes de CAPSij e de CER no país. Esse é um ponto relevante para pensarmos na atual organização do cuidado para o quadro de TEA. Nesse sentido, para além dos CER's com destinação específica para a população com TEA, há também outros serviços destinados a esse público que contam com recursos públicos dos executivos federal, estaduais ou municipais e de emendas parlamentares (*ibidem*), mostrando a complexidade do estado da arte que temos atualmente. Estes pontos destacados permitem uma boa ideia do que foi o primeiro seminário da SUPCPTEA e foram

também os pontos que consideramos mais relevantes para analisarmos ao fim da apresentação dos três seminários.

3.2 II Seminário Estadual de Cuidado das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista

O segundo seminário foi realizado no dia 24 de setembro de 2024, um ano após o primeiro. O intuito deste era de dar seguimento ao processo de construção da linha de cuidado estadual para pessoas com TEA através da construção de políticas públicas, assim como potencializar o diálogo com os municípios. Vale lembrar que, nesse momento, o CedTEA já havia sido implementado. Estavam presentes a superintendente Michelle Gitahy, a secretária de Estado de saúde Claudia Maria Braga de Mello, o subsecretário de atenção à saúde da SES-RJ Caio Antonio Mello Souza, a assessora técnica da SUPCPTEA Bruna Fonseca e a primeira-dama estadual Analine Castro.

A superintendente Michelle Gitahy começa sua fala introduzindo o objetivo da SUPCPTEA, que tem como meta a construção e operacionalização da linha de cuidado da pessoa com TEA no estado. Além disso, ressalta o objetivo de fortalecer a rede de cuidado, fortalecendo os fluxos de cuidado da pessoa com TEA. A superintendente de Atenção Primária à Saúde, Halene Armada, apresentou a ideia da linha de cuidado da forma que se encontrava naquele momento e destacou que essa ainda não está totalmente construída, visto que isso precisa ser feito coletivamente. Halene ratifica o papel fundamental da atenção primária que, além de ser porta de entrada para o sistema de saúde, é responsável por acompanhar o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida.

A superintendente Halene Armada segue falando sobre a linha de cuidado e a ideia, até aquele momento, era parecida com a que observamos no primeiro seminário: a partir da consulta de puericultura, não sendo observados sinais de TEA, a criança continua sendo acompanhada longitudinalmente. No caso de ter sido detectado algum sinal, a criança vai ser encaminhada para o centro de diagnóstico e, além disso, para uma equipe multiprofissional (eMulti) para que se tenha a estimulação precoce. “A gente não pode ficar perdendo tempo (...) se eu já identifiquei que ele tem qualquer fragilidade em algum marco do desenvolvimento, eu já vou iniciar uma estimulação precoce” (*sic*). Segundo a Halene, o Estado estará capacitando as equipes eMulti para essa realização da estimulação precoce. Após a passagem pelo CedTEA

e confirmação do diagnóstico, a criança vai para atenção especializada. No que diz respeito à atenção especializada, Halene ratifica que são esses pontos que a SUPCPTEA está, junto com os municípios, organizando para que haja profissionais nos territórios para fazer os atendimentos nos ambulatórios especializados. Por fim, ela relembra que a linha de cuidado não está concluída e que depende também da especificidade de cada município.

Uma outra fala que vale ser destacada é a de Karen Santo Athié, superintendente de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade, que faz uma apresentação voltada para o campo da atenção psicossocial. Karen fala sobre o papel da RAPS no diálogo com a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Rede da Pessoa com Deficiência e aponta certos desafios desse diálogo, salientando a existência de uma fragmentação no cuidado. Outro ponto que ela ressalta é a importância da ampliação da participação dos autistas na construção das agendas relativas ao cuidado em saúde mental de pessoas com deficiência psicossocial.

Após a apresentação de Karen, é feita, enfim, a apresentação do CedTEA, implementado em abril de 2024. Quem fez a apresentação foi Débora Lúcia Teixeira Medina de Figueiredo (irmã do Dr. Luizinho), que trabalha como Diretora de Planejamento na Fundação Saúde. Ela começa contando sobre a idealização do CedTEA, que teria começado com a solicitação da primeira-dama Analine Castro de que tivesse, em um tempo recorde, um espaço para essas crianças serem diagnosticadas e as famílias acolhidas. Ela conta que o objetivo do CedTEA é de estabelecer um protocolo para o diagnóstico de TEA e que o centro conta com dois neuropediatras, um neurologista, um psiquiatra, dois nutricionistas, dois psicólogos, dois fonoaudiólogos, dois fisioterapeutas, dois terapeutas ocupacionais, dois neuropsicólogos, uma enfermeira e dois assistentes sociais. Nesse momento, o centro de diagnóstico contava com cem vagas por mês para consulta. Os encontros terapêuticos, portanto, se dão por meio dessa equipe multiprofissional visando a avaliação e o laudo, segundo Débora.

Além disso, Débora apresenta os critérios de inclusão no CedTEA: encaminhamento médico para avaliação de TEA de pacientes sem laudo, ser menor de 18 anos, comprometimento na interação social, tendência ao isolamento, estereotípias motoras, comportamentos ritualísticos, repetitivos, inflexibilidade cognitiva, interesses restritivos, recusa ou preferência exclusiva alimentar, hiperfoco em objetos e/ou ações de forma disfuncional e alteração sensorial. É possível observar que dentre os critérios para ser avaliado no CedTEA já estão incluídos o preenchimento dos critérios diagnósticos do DSM-5, o que parece implicar uma triagem prévia a ser realizada em nível municipal. Abaixo, segue o *print* feito desse momento da apresentação de Débora no seminário.

Figura 6 - *Print* critérios de inclusão CedTEA.

ABERTURA DE AGENDA
SER e SISREG Total > 100 VAGAS MÊS

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Menores de 18 anos
- Encaminhamento médico para avaliação de TEA de pacientes SEM laudo
- Comprometimento na interação social, tendência ao isolamento
- Estereotipias motoras, comportamentos ritualísticos, repetitivos
- Inflexibilidade cognitiva, interesses restritivos
- Recusa ou preferência exclusiva alimentar
- Hiperfoco em objetos e/ou ações de forma disfuncional
- Alteração sensorial (sons, texturas, hipersensibilidade tátil)

FUNDACÃO SAÚDE
 Secretaria de Saúde
 GOVERNO DO ESTADO RIO DE JANEIRO
 SUS

Fonte: Couto, 2025.

A fala de Débora é seguida pela apresentação da neuropediatra Thainara Garcia do CedTEA. Thainara conta um pouco da avaliação que é feita no centro que é baseada no DSM-5, ratificando que o mais importante é a história clínica do sujeito. A apresentação da equipe multiprofissional do CedTEA segue durante o seminário.

Após o intervalo do almoço, o seminário retorna. Outro ponto que gostaríamos de destacar é a apresentação de alguns exemplos de ações voltadas para o cuidado do autismo que os municípios estavam desenvolvendo. O primeiro a ser apresentado é um serviço do município de Porciúncula: o Centro de Atendimento aos Autistas de Porciúncula (CEAAP), criado em 2017 devido a alta demanda por atendimentos para casos de autismo no município. O CEAAP está dentro de uma instituição maior, denominada Centro Integrado de Atendimento ao Menor Excepcional (CIAME). O CEAAP, portanto, é uma ramificação, especializada para o autismo, do CIAME, também de Porciúncula. Além disso, é feita uma apresentação sobre o município de Cachoeiras de Macacu que, segundo a neuropediatra Gislaine Cristina Abe, não conta com CAPSi, apenas com CAPS. Foi criada uma linha de cuidado chamada “Rede Casa do Autismo” em junho de 2023, financiada pela Secretaria de Saúde do próprio município, que pretende ser

intersetorial. Esse programa começou inicialmente com 50 crianças diagnosticadas com autismo e, no momento desse seminário, contava com 227 crianças de 2 a 12 anos de idade - com cerca de um ano de atendimento.

Outra apresentação foi a do município de Miguel Pereira, com o projeto “Espaço Azul TEAcolhe”, que foi criado dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A secretária municipal de saúde Camila Miranda conta que fizeram a lei municipal número 3.879 de abril de 2022 para garantir que esse projeto não terminaria com uma troca de governo. Segundo Camila: “Esse equipamento não existe em lugar nenhum, né? Ele é da onde? É da saúde mental? Agora a gente graças a deus tem a superintendência voltada para Transtorno do Espectro Autista... mas esse equipamento ele não existe porque ou a gente tem CAPS, ou a gente tem CAPSi, ou a gente tem, né, mas ele dentro da estrutura do Ministério da Saúde, não existe esse equipamento”. A lei municipal, portanto, garantiria a continuidade do projeto. Após agradecer o governador Cláudio Castro (PL-RJ) e o deputado Dr. Luizinho (PP-RJ) pela existência desse serviço, Camila diz que eles ganharam força a partir da criação da SUPCPTEA, que teria sido responsável por evidenciar a demanda por esse cuidado especializado para o autismo.

Também gostaríamos de destacar o Centro de Atenção ao Transtorno do Espectro Autismo (CATEA), serviço que funciona dentro Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ) - que mencionamos anteriormente - apresentado pela terapeuta ocupacional Eni Nascimento e que foi o último serviço a ser apresentado no seminário. Segundo Eni, a pretensão inicial não era ter um lugar especializado para o atendimento dessa população e que o trabalho do CPRJ se dá no campo da saúde mental de forma geral; no entanto, ela relata o desconforto que foi a chegada de pacientes com o diagnóstico de TEA. O CPRJ tem como público alvo pessoas acima dos 18 anos e, segundo Eni, se questiona como será feito o atendimento dessa clientela e diz que eles precisariam “pensar no mínimo em um espaço diferenciado”. Essa ideia foi acolhida e o CATEA conta com uma equipe multidisciplinar e tem funcionado com o objetivo de treinamento e suporte de adultos que já foram diagnosticados com TEA. Eni menciona que ela e o outro terapeuta ocupacional do serviço possuem uma formação em ABA, mas não adentra na questão das terapias.

3.3 III Seminário Estadual de Cuidado das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista

O terceiro seminário estadual se deu no mês de abril de 2025 e é, até o momento, o último seminário realizado. Estavam presentes a secretária de Estado de saúde Claudia Maria Braga de Mello, o subsecretário de atenção à saúde da SES-RJ Caio Souza, a superintendente Michelle Gitahy e a assessora técnica da SUPCPTEA Bruna Fonseca. O intuito permanece o mesmo: o seminário é uma das ações do processo de elaboração da linha de cuidado estadual para pessoas com TEA através da construção de políticas públicas visando potencializar o diálogo com os municípios.

A superintendente Michelle Gitahy destaca a necessidade de entendermos “os ruídos de comunicação (...) da compreensão do que é TEA, a sua etiologia, a sua incidência, o porquê, e às vezes a desinformação tá sendo maior do que a informação” e, assim, convoca o geneticista Isaías Paiva para fazer uma apresentação. Isaías se apresenta dizendo que é pediatra e geneticista, com mestrado e doutorado em genética pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). “Eu falo que se atendo 10 crianças, 11 tinham TEA. Então eu acho assustador (...) e eu to muito feliz de saber que tem a superintendência”. Sua fala gira em torno do diagnóstico genético.

Isaías ratifica o caráter clínico do diagnóstico do TEA, descartando a necessidade de exames para a confirmação do quadro. “Tem déficit de comunicação e socialização e comportamento estereotipado e repetitivo limitante, fechou!” E destaca que o diagnóstico de TEA é sindrômico e a questão central é: “o que está causando o TEA?”. A partir desse questionamento, Isaías fala sobre as definições de três tipos de síndromes: as cromossômicas, as gênicas e as multifatoriais. As duas primeiras seriam totalmente genéticas, enquanto a terceira diria respeito a interação gene e ambiente. Segundo Isaías, o TEA pode ser desses três tipos. “O TEA genético, puro, a criança tem uma alteração que causa o TEA, é 30% dos casos. Então esse é chamado de TEA genético complexo sindrômico (...), o primeiro objetivo da minha avaliação, da minha consulta, é dizer se é genético ou ambiental” e lembra que no ambiental também tem componente genético, mas que esse é de identificação mais complexa. “O TEA ambiental, multifatorial seria 80 [por cento] de genética e 20 [por cento] de ambiente, então a genética é pesada no TEA”. Ele se refere também ao que seria o fluxo de cuidado da criança com TEA. Para Isaías, a criança tem que passar pela avaliação por pediatra e depois pelo neuropediatra para, enfim, seguir para a genética, onde a criança passaria por um exame físico

e morfológico. A difusão desse tipo de discurso faz com que a procura por causas genéticas cresçam e, muitas vezes, os exames necessários para essa investigação são caros, o que pode trazer dificuldades para a vida financeira de diversas famílias.

A médica Fernanda Tovar-Moll, que trabalha com “pesquisa clínica translacional”, também faz uma fala nesse terceiro seminário. Sua apresentação segue pela explanação de um conteúdo voltado para a genética do autismo e ela diz que a fusão entre genética, clínica, ambiente e exames complementares guiam as pesquisas hoje em dia, apontando para a correlação genética do quadro também. Segundo Fernanda, a pesquisa genética tem proporcionado avanços significativos na compreensão dos fatores hereditários envolvidos no TEA e isso pode levar a melhorias no diagnóstico precoce e no desenvolvimento de tratamentos personalizados.

O seminário segue com a breve fala de Geraldo Nogueira, superintendente de ações para pessoa com deficiência da Subsecretaria de Políticas Inclusivas da Casa Civil, onde agradece o governador Cláudio Castro (PL-RJ) pela coleta de dados para o Censo voltado para pessoas com deficiência e destaca a importância de termos essa estatística. Após a pausa feita para um lanche, gostaríamos de destacar alguns últimos pontos finais do seminário. A superintendente Michelle Gitahy agradeceu a presença de mais de 50 municípios ali presentes e ratificou que os seminários estarão disponíveis online. Para a superintendente, é de extrema importância o conhecimento do CedTEA por parte dos municípios, assim como do fluxo de cuidado em geral. Sendo o CedTEA estadual, ele pode receber todos os municípios do Rio de Janeiro, reduzindo, portanto, a fila de diagnóstico nos municípios. “A gente ainda encontra municípios que não conhecem o CedTEA então por isso não encaminha e por isso está com fila para o diagnóstico” e destaca a importância da comunicação entre municípios.

Além disso, no final do seminário é retomada a questão da capacitação dos profissionais, mencionada no segundo seminário. Esse terceiro e, por ora, último seminário teve uma duração mais curta, se comparado aos dois anteriores. Podemos observar, portanto, que esses três seminários refletem, de certa forma, o cenário atual do autismo no Brasil e levantam importantes pontos para serem analisados.

3.4 TEA: Política, cérebro e cuidado especializado

A partir da exposição dos três seminários realizados pela SUPCPTEA, iremos destrinchar alguns pontos que consideramos relevantes para a presente pesquisa. Primeiramente, vale problematizar, novamente, a própria existência de uma superintendência específica para o TEA. A partir da análise do percurso histórico do diagnóstico de autismo no Brasil, foi possível observar a tendência de aumento das estratégias de cuidado voltadas especificamente para esse quadro. A superintendência, portanto, pode ser entendida como um dos efeitos desse movimento e ela própria constitui esse processo de forma a incentivar a criação de serviços e estratégias específicas para o cuidado com o TEA, como vimos a partir do apelo dos participantes dos seminários de que essa superintendência sirva de multiplicadora para outras estratégias.

Rose (2018), ao pensar sobre a especialização das estratégias voltadas à saúde mental, diz que embora os governos precisem enfrentar os desafios impostos pela crescente prevalência do sofrimento psíquico, os recursos não devem ser direcionados exclusivamente - ou prioritariamente - a serviços médicos ou psiquiátricos especializados. Isso porque tal enfoque tende a reforçar a ideia de que o sofrimento mental decorre unicamente de causas neurobiológicas. Em vez disso, Rose (2018) propõe que os investimentos se concentrem em serviços baseados na comunidade, capazes de facilitar o acesso a redes de cuidado e apoio mais amplas. Considerando a realidade brasileira, ainda que o autor se refira a outro contexto, é possível aproximar sua proposta do funcionamento dos CAPS, que têm justamente o papel de oferecer cuidado territorializado e psicossocial, para além de uma lógica puramente biomédica. A partir das investigações feitas nesta pesquisa, observa-se que a criação de uma superintendência específica pode ser vista como um movimento político, além de simbólico. Vimos que há uma institucionalização da política para o autismo no Brasil (por exemplo, com a Linha de Cuidado lançada em 2025, dentre outras incorporações do autismo em pautas políticas) e a SUPCPTEA, portanto, reflete elementos políticos em sua conformação.

Nessa mesma direção, um outro ponto que pode ser analisado do conteúdo destacado desses seminários é o contínuo deslocamento do autismo da alçada da saúde mental e a aproximação cada vez maior com o campo da deficiência e o discurso da reabilitação. Ao longo do trabalho, vimos que os dissensos entre o campo da saúde mental e da deficiência são complexos e que até nos serviços de saúde mental não podemos encontrar consenso sobre onde

deve ser o cuidado do autismo. No entanto, quando levamos em conta as disparidades no investimento para o campo da saúde mental, podemos ver que esse processo extrapola os serviços e é também político. A RAPS ficou bastante escanteada na discussão dos seminários e, em uma das poucas vezes mencionada, apareceu como uma questão incitadora de dissensos orçamentários - de forma até irônica, como vimos na fala de um dos participantes. Além disso, é apenas na fala da superintendente de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade, Karen Santo Athié, que vemos ser destacado o papel da atenção psicossocial no cuidado da pessoa com TEA, e é reconhecida a existência de uma fragmentação no cuidado desse quadro.

Ademais, foi possível observar que nesses três seminários a atenção especializada é bastante mencionada como parte final da linha de cuidado para o TEA, no entanto, pouco foi falado sobre no que de fato consiste essa atenção especializada. Isto é, não vimos ser mencionado a ABA ou outros tipos de metodologia e, portanto, não fica claro qual a abordagem utilizada no cuidado dessa população. Ao nos atentarmos para as estratégias específicas de cuidado com o TEA, as terapias envolvidas no cuidado desse quadro apareceram como parte importante da história do autismo, como vimos com o percurso da ABA e o aumento dessa intervenção no cuidado de pessoas com TEA, por exemplo. No entanto, no que diz respeito ao material dos seminários, a parte referente às terapias não chega a ser abordada. Por mais que esteja sendo discutida a construção de uma linha de cuidado para o TEA, não foi possível encontrar as indicações do que seria de fato essa linha de cuidado que a SUPCPTEA pretende instaurar ou quais seriam as intervenções terapêuticas utilizadas nos serviços. Isto é, observa-se um rascunho do que viria a ser o fluxograma da linha de cuidado, que conta com o encaminhamento para a atenção especializada, mas não fica claro o que seria essa tal atenção especializada e quais intervenções terapêuticas serão utilizadas. Na Linha de Cuidado de 2025 mencionada no segundo capítulo, por exemplo, o Ministério da Saúde aponta o que quer dizer quando se refere à atenção especializada (CER, CAPSi, dentre outros serviços), no entanto, nessa construção que é feita da linha de cuidado durante os três seminários, não fica explicado o que seriam esses serviços, tampouco quais intervenções terapêuticas serão utilizadas.

De certa forma, a ideia de analisar essa superintendência como parte do universo empírico desta pesquisa contou com uma certa aposta de que encontraríamos notícias acerca dessas intervenções terapêuticas, por exemplo. No entanto, isso não teve o protagonismo esperado, o que pode também ser um achado importante para a presente pesquisa. As referências feitas a intervenções “baseadas em evidências” e a realidade das clínicas especializadas - tanto privadas, quanto públicas - que utilizam a ABA, nos indicam sim a

relevância desse tema no TEA, porém, no que diz respeito à superintendência, esse assunto ficou mais periférico na discussão.

Há um momento no seminário I, no entanto, em que vimos que a superintendente Michelle Gitahy faz uma referência implícita à questão das terapias, quando diz que: “tecnicamente nós sabemos, claro, quais são as propostas né que são evidências, é óbvio. Queremos chegar lá? Queremos. Mas nesse momento é realidade de todos os equipamentos? Então eu tenho muita coisa pra trabalhar”. Por mais que ela não nomeie nenhuma terapia, é comum a associação da ABA como sendo a terapia com mais evidências científicas, então podemos intuir qual a perspectiva que está em jogo nesse contexto.

Outro ponto que fica evidente com os três seminários é como o caráter biológico do autismo é priorizado nas explicações etiológicas e de cuidado. Todas as apresentações feitas contaram com a exposição de causas neurológicas para o quadro, um processo que no capítulo 1 nos referimos como “cerebralização do autismo” (LIMA, 2007). Não vemos presente falas com um olhar da psicodinâmica, por exemplo, por mais que com alguma frequência tenha se tentado frisar a singularidade do sujeito com TEA nas falas. Isso, no entanto, está em sintonia com a visão hegemônica do Norte Global, onde a visão psicanalítica sobre o autismo só é citada - quando é - na parte histórica do quadro. Assim, para além das apresentações e das falas em si, a própria escolha do elenco que participou desses seminários aponta para os olhares adotados nos seminários.

No que diz respeito à centralidade do discurso cerebral nas falas destacadas, vale trazer alguns apontamentos de Juliana Belo Diniz (2025). A autora reconhece o avanço das neurociências mas destaca que essa ainda está longe de responder sobre o sofrimento humano. Nesse sentido, focalizar o cérebro como causa do sofrimento corresponderia muito mais a um desejo de encontrar todas as causas do sofrimento nesse órgão do que a uma conclusão baseada em resultados científicos (DINIZ, 2025). Diniz (2025) diz da necessidade de refutar uma psiquiatria que olha para os humanos como se esses fossem cérebros desprovidos de história e mostra que colocar a culpa no cérebro não é um detalhe desimportante: esse discurso tem sido usado para reivindicar legitimidade à psiquiatria enquanto especialidade médica, visto que, ao recusar o discurso do cérebro, pareceria que os psiquiatras estão defendendo uma realidade condenada a discussões filosóficas e não científicas (*ibidem*, 2025). Além disso, esse é um discurso que afeta a percepção geral acerca dos transtornos mentais e alimenta crenças relativas ao alívio de qualquer conjunto de sintomas.

Thomas Insel, psiquiatra estadunidense e ex-diretor do Instituto Nacional de Saúde Mental americano (NIMH), percebeu que não adianta estudar o cérebro se não conseguimos

ajudar os seres humanos. Isto é, o entendimento do cérebro é, sem dúvidas, muito complexo, mas navegar pelo sistema social e de saúde (que, no caso dele, é o sistema americano, considerado um dos mais precários entre os países desenvolvidos) é igualmente desafiador (INSEL, 2022 apud DINIZ, 2025). Na visão de Insel, sem tratar temas como acessibilidade, acolhimento, desigualdade, moradia digna, entre outros, não seria possível reverter a trajetória dos transtornos mentais (*ibidem*). Assim, por mais que Insel seja um autor que valoriza o discurso cerebral para a explicação de transtornos mentais, ele faz uma autocrítica e avança em relação a sua própria visão biologizante mais radical. Por mais que Diniz e Insel não estejam falando especificamente do autismo, esse debate também permeia o campo do TEA e traz pontos importantes para serem considerados.

A partir desse discurso biológico, observa-se na fala dos participantes uma tentativa incessante de buscar o que “causa” o autismo: pesquisas genéticas, morfológicas e ambientais são frequentemente mencionadas e sempre em uma intenção de chegar a uma resposta, a um exame, a uma notícia do que causaria esse quadro. Ao invés de tomar isso como um movimento natural, é preciso questionar o que isso quer dizer. Por trás desse raciocínio parece haver uma lógica de que se chegarmos a essa tal resposta, poderíamos evitar ou até mesmo eliminar o autismo. Esse, no entanto, é um discurso que carrega um caráter fortemente hegemônico e parece subentender um valor de mundo a ser seguido, além de ocultar o real problema: ao focar na procura pelo que causaria esse quadro, deixa-se de lado questões como a falta de suporte, as desigualdades nos direitos e nos acessos ao cuidado, sem contar que reaviva questões capacitistas. Segundo Broderick (2022), a visão da esperança de recuperação possui uma essência eugenista que tem como objetivo último a erosão e a erradicação futura da própria categoria do autismo - e conseqüentemente, das pessoas autistas -, sem contar que se apoia em uma valorização ideológica conservadora da normalidade (BRODERICK, 2022). Além disso, as noções sobre o autismo como “inimigo” são empregadas a serviço de uma narrativa cultural que alimenta a “intervenção” como única resposta sensata às pessoas autistas (*ibidem*).

Segundo Rosi e Lugon (2020), um dos grandes motes do tema do autismo tem sido a incorporação de ferramentas e metodologias disponíveis para que se chegue “em tempo” e se possa reconhecer os casos precocemente, ou mesmo de modo a viabilizar intervenções que “previnam” o autismo. Sabemos que esse é um cenário bastante complexo no Brasil - e no mundo afora - que contempla diferentes visões sobre como deve ser encarado o autismo. Entre grupos que defendem a pauta da neurodiversidade, grupos que defendem uma abordagem mais biológica e curativa, e toda a zona híbrida entre esses dois grupos que se desdobram em distintas formas de conceber o autismo, esse cenário contempla muitos desafios e particularidades. No

entanto, o que queremos demonstrar é que o autismo está fortemente inserido em um projeto político que, muitas vezes, é acionado de forma perigosa. A expectativa de que possamos “ver” a mente e o cérebro e descobrir as questões por trás do autismo tem sido elemento-chave para franquear às neurociências lugares de destaque no campo da saúde mental dos bebês, por exemplo (ROSI, LUGON, 2020). No entanto, a ideia de risco está relacionada a uma forma de prevenção cuja incidência se faz sobre o indivíduo, e desconsidera-se a dimensão coletiva das intervenções sobre os processos de saúde e adoecimento (MASCARENHAS *et. al*, 2017).

Ao se perguntar se os transtornos mentais são transtornos do cérebro, Rose (2018) diz que a questão central é se os transtornos do “cérebro” são de fato “causas” (no sentido de condições prévias necessárias), ou se estabelecem “susceptibilidades” que podem ser provocadas ou ativadas por algum evento externo - como uma agressão ambiental ou alguma experiência biográfica, por exemplo (ROSE, 2018). O autor diz que quando os pesquisadores buscam uma base genética para os transtornos mentais, é por acreditarem que uma anomalia do genoma gera consequências através de seus efeitos sobre as “causas” e “susceptibilidades” e que, no entanto, devemos aprender a pensar de uma nova maneira, isto é, uma maneira que extrapole a ideia de que os problemas de saúde mental são doenças específicas com causas neurobiológicas (*ibidem*). Assim, ratifica a complexidade da experiência do sujeito que envolve contextos sociais e culturais específicos.

Outro ponto importante e que dialoga com essa questão é a centralidade que o diagnóstico adquire nas falas dos integrantes. Como vimos anteriormente, o diagnóstico de TEA garante o acesso a certos direitos que, sem dúvida, são caros a muitos indivíduos. No entanto, sem colocar em questão a importância de tais direitos, é relevante também que voltemos uns passos e nos questionemos acerca da centralidade do diagnóstico. Segundo Rosenberg (2002), o papel do diagnóstico foi se tornando ainda mais central na medida em que a medicina - e a sociedade ocidental, de forma geral - se tornou cada vez mais técnica, especializada e burocratizada. Nesse sentido, o autor diz que o diagnóstico, além de um ritual, é um modo de comunicação e, portanto, é necessariamente um mecanismo que estrutura interações burocráticas (*ibidem*). Nos seminários, podemos ver como o diagnóstico passa a ser um organizador da rede de cuidado. Nessa mesma direção, Rosi e Lugon (2020) dizem que para evitar a entrada tardia de crianças com dificuldades nos serviços, é preciso que seja feita uma dissociação entre essas duas necessidades para que o cuidado não dependa do diagnóstico. À medida que o laudo diagnóstico de TEA se torna uma forma de acesso a um conjunto de direitos sociais, cria-se uma lógica um pouco complicada: benefícios que deveriam ser universais passam a depender de uma comprovação médica, transformando diferenças neurológicas em

condições médicas que, como observado ao longo do trabalho, vem demandando intervenção especializada. Vale ressaltar, novamente, que ao trazer esse olhar crítico para essa questão, não estamos colocando em xeque a importância que o diagnóstico tem para muitos indivíduos, mas estamos apontando que isso também está inserido em um contexto maior em que acaba-se individualizando questões que, na verdade, merecem soluções estruturais e comunitárias.

Além disso, vale destacar mais um ponto acerca das apresentações do seminário: não foi possível observar a fala de nenhum autista ou usuário dos serviços no decorrer dos seminários. Há apenas dois breves momentos em que podemos observar uma menção a essa participação: uma delas, quanto a superintendente Karen Santo Athié pergunta se há no auditório algum autista presente e uma pessoa se manifesta e, em um segundo momento, durante a apresentação do município de Miguel Pereira, é transmitido um vídeo sobre o serviço TEAcolhe, em que há um depoimento de uma mãe de uma criança autista e de um usuário do serviço. A participação desses, entretanto, ficou restrita a esses dois breves momentos, de forma que temos apenas a participação de profissionais na explanação acerca do fluxo de cuidado estadual para o autismo no Rio de Janeiro.

Rose (2018) menciona o consenso crescente de que quaisquer reformas nas políticas e nos serviços de saúde mental devem conceder um papel de liderança àqueles que já passaram pelo sistema de saúde mental. Segundo o autor, as avaliações feitas pelos pacientes sobre os serviços que supostamente existem para seu benefício devem orientar as reformas e impulsionar as mudanças. O reequilíbrio de poder em direção aos usuários dos serviços é fundamental, principalmente quando a atenção em saúde mental visa adotar uma abordagem que reconheça os determinantes da saúde (*ibidem*).

Ademais, foi possível observar com uma grande frequência a referência feita ao aumento dos casos do autismo como justificativa da necessidade de serviços voltados para esse cuidado. Como forma de embasar esse aumento dos casos, os dados norte americanos são frequentemente usados, mostrando a tendência que mencionamos anteriormente de extrapolação desses números para outros contextos sem maiores questionamentos. Assim, muito do que parece fundamentar a demanda por esses serviços diz respeito ao aumento dos casos de autismo, que é sempre tomado como uma verdade absoluta, ao invés de ser olhado de forma crítica.

Foi possível observar, portanto, que a superintendência aparece com um reflexo do movimento de estratégias especializadas para o cuidado do autismo e ela é tanto um efeito desse processo, quanto geradora de novas estratégias específicas, visto que fica claro nos seminários a preferência por estratégias especificamente para o cuidado do TEA. Dessa forma, mesmo que

não fique tão evidente nos seminários quais são os elementos políticos específicos presentes na criação da SUPCPTEA - isto é, se essa é fruto da pressão das associações de familiares, ou prefeitos etc -, fica claro como essa superintendência responde a esse movimento de tomada do autismo pela pauta política.

Esses foram alguns dos pontos principais que optamos por destacar dos três seminários. A partir de uma busca na internet pela tão referida linha de cuidado da SUPCPTEA, não foi possível encontrar novas informações sobre essa e também não foi possível encontrar, até o momento, alguma menção da SUPCPTEA sobre a Linha de Cuidado lançada em setembro de 2025 pelo Ministério da Saúde. No entanto, tendo em vista a atualidade dessas questões, o esperado é que em breve novas informações sobre esse assunto surjam e, devido ao tempo limitado do mestrado, as atualizações desse cenário ficarão para próximas pesquisas.

Buscamos responder à pergunta de como se deu a crescente demanda por estratégias especializadas para o cuidado do autismo no Brasil à partir de uma investigação do panorama brasileiro no que diz respeito a esse diagnóstico, no entanto, é importante ressaltar que o desenvolvimento dessas estratégias específicas para o cuidado de pessoas com autismo é um tema em movimento e que conta com muitos desafios ainda. A SUPCPTEA aparece como um exemplo dentro desse grande mosaico que viemos traçando ao longo do trabalho, isto é, esse caso do estado do Rio de Janeiro eleito para a análise permite uma investigação mais precisa de algo maior e mais complexo. Dessa forma, essa análise não pretende generalizar o contexto brasileiro, mas apenas esmiuçar algumas questões a partir de um caso particular. Por fim, vale ressaltar, também, que o movimento de criação de estratégias especializadas para o cuidado do autismo, cujo estado da arte investigamos ao longo dessa pesquisa, diz respeito a um campo dinâmico, e não a um panorama congelado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gostaríamos de retomar o percurso feito até aqui. Neste trabalho, buscamos examinar como se deu a crescente demanda por estratégias especializadas para o cuidado do autismo no Brasil, buscando compreender como chegamos a esse cenário atual. A partir de um olhar voltado para a rede pública de saúde, procuramos investigar o que está atrelado à proliferação das estratégias de cuidado especializadas para autistas e à diferenciação cada vez maior para o cuidado desse quadro. Nossa tentativa, portanto, foi de compreender esse processo dentro do contexto maior em que se insere.

No primeiro capítulo foi possível observar a evolução e as mudanças no conceito de autismo ao longo dos anos e, principalmente, como as práticas terapêuticas são parte importante desse histórico. O cuidado com o autismo no decorrer da história desse diagnóstico pode ser entendido como um reflexo de questões mais amplas. Isto é, vimos como as diferentes concepções sobre o autismo influenciaram as intervenções terapêuticas para esse quadro, de forma que esse tema está inserido em um contexto maior. Tais mudanças, tanto na concepção do quadro, quanto nas intervenções terapêuticas, apontam para as discussões bastante atuais sobre o autismo. Vimos como se fazem presentes as tensões entre os campos da saúde mental e da deficiência e buscamos mostrar como as escolhas das intervenções de cuidado estão atravessadas por um contexto maior. A popularização de práticas centradas na normatização do corpo, por exemplo, pode ser entendida dentro de um cenário político mais amplo.

No segundo capítulo, foi possível observar essa história no contexto brasileiro e compreender um pouco o percurso das políticas públicas para esse diagnóstico no Brasil. Com a investigação chegando aos dias mais atuais, foi possível constatar como foram se dando as mudanças no autismo e como esse quadro foi sendo incorporado, cada vez mais, à pauta política, de forma que fica evidente o movimento de proliferação de estratégias especializadas para o cuidado do autismo e pudemos, então, ter algumas pistas de como chegamos a esse cenário.

Tendo em vista a crescente presença do autismo nas políticas públicas e a diferenciação cada vez maior para esse quadro, a Superintendência voltada para o cuidado de pessoas com TEA nos serviu como um exemplo importante para pensarmos as estratégias específicas para o campo do autismo. Além de ser um exemplo bem claro do movimento que buscamos investigar acerca da diferenciação do cuidado para o autismo, essa superintendência também evidencia esse movimento mais amplo de especialização do cuidado quando incentiva os municípios a

criarem suas superintendências para o TEA. Além disso, vimos como o processo de cerebralização do autismo vem se proliferando e tomando conta da concepção acerca desse quadro, assim como a centralidade do diagnóstico, que aparece como peça fundamental na operacionalização do cuidado para essa população.

Desse modo, foi possível observar as direções que estão sendo tomadas para o cuidado dessa população e como isso coloca novos desafios para serem levados em conta. No que se baseia a atenção especializada para autistas? De quais evidências científicas estamos falando? Quando deixa de ser cuidado e passa a ser negócio? Como fica a questão da especialização do cuidado frente à lógica do trabalho em rede do SUS? Tendo em vista a atualidade de certas questões que estamos trabalhando, é possível que tenhamos novas informações sobre a superintendência em breve e, portanto, pesquisas futuras poderão dar conta de responder mais a fundo a essas questões levantadas. Vale ressaltar que as conclusões encontradas nesta pesquisa estão circunscritas aos limites deste trabalho. Permaneceu fora da análise a investigação de algum serviço específico, assim como a análise da situação dessa questão para além do estado do Rio de Janeiro. Dessa forma, não pretendemos apontar para uma verdade absoluta sobre o cenário brasileiro, este trabalho consiste apenas em um rastreamento limitado e localizado.

REFERÊNCIAS

1. AMARANTE, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.
2. AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G.: “De volta à cidade, sr. cidadão!” — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial; In: REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA | Rio de Janeiro 52(6):1090-1107, nov. - dez, 2018.
3. AMA - American Medical Association House of Delegates. Resolução 706. Annual Meeting Hyatt Regency Chicago, 2023. Disponível em: ama-assn.org/hod-business Acesso em 3/02/2025,
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Washington D. C. American Psychiatric Association, 1952,
5. _____, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 2 ed. Washington D. C. American Psychiatric Association, 1968
6. _____, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3 ed. Washington D. C. American Psychiatric Association, 1980
7. _____, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5 ed. Washington D. C. American Psychiatric Association, 2013.
8. _____, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5 TR Washington D. C. American Psychiatric Association, 2022.
9. ANDERSON, L. K.: *Autistic experiences of applied behavior analysis*; In: Autism, v. 27(3), p. 737-750, 2023.
10. ANDRADA, B. C.: *Sentidos e desafios do autismo para o território: um estudo estudo etnográfico*; Tese; Doutorado em Saúde coletiva - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro, 2017.
11. ANGELL, M.: *A epidemia de doença mental*; Piauí [periódico da internet], 2011, Acesso em 30/07/2023; Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/a-epidemia-de-doenca-mental/> Acesso em 3/02/2025
12. ASPERGER, H. *Autistic Psychopathy in childhood*; In: FRITH, U. (Ed.), Autism and Asperger Syndrome. Cambridge University Press, 1991 [1944], p. 37-92.
13. AUTISTAS BRASIL: *Nota de esclarecimento*; In: Instagram; Disponível em: https://www.instagram.com/p/C_3t7ZAPHjn/; Acesso em 16/09/2025.
14. AUTISTAS BRASIL: *Por que a nota técnica do Conselho Federal de Psicologia sobre ABA é um grave retrocesso?* In: Instagram; Disponível em: https://www.instagram.com/p/DLQzJLCv2yx/?img_index=1; Acesso em 16/09/2025.

15. BETTELHEIM, B. *A fortaleza vazia*, São Paulo: Martins Fontes, 1987 [1967].
16. BEZERRA JR.: *A psiquiatria contemporânea e seus desafios*; In: A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea, Garamond, Rio de Janeiro, 2014,
17. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
18. BRASIL. Ministério da Saúde: *Portaria número 3.659, de 14 de novembro de 2018*; Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3659_16_11_2018.html; Acesso em 16/09/2025.
19. BRASIL. Ministério da Saúde: *Saúde cria Grupo de Trabalho para estruturar ações no cuidado a pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA)*; 2024, Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/julho/saude-cria-grupo-de-trabalho-para-estruturar-acoes-no-cuidado-a-pessoas-com-transtorno-do-espectro-autista-tea>; Acesso em: 16/09/2025.
20. BRASIL. Lei nº 9.395, de 9 de setembro de 2021, Estabelece a Política Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1281594523/lei-9395-21-rio-de-janeiro-rj> Acesso em: 16/09/2025.
21. BRASIL. Câmara dos Deputados. REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO Nº 973, DE 2024. Solicita informações à Ministra da Saúde sobre a retirada do protocolo M-CHAT-R/F da 6ª Edição da Caderneta da Criança. Brasília, 2024. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2407784&filena me=RIC%20973/2024#:~:text=A%20Lei%2013.438%20de%202017,para%20o%20seu%20desenvolvimento%20ps%C3%ADquico Acesso em: 16/09/2025.
22. BRASIL, Ministério da Saúde: *11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças será implementada no Brasil até 2027*; 2025a; Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/janeiro/11a-revisao-da-classificacao-internacional-de-doencas-sera-implementada-no-brasil-ate-2027>; Acesso em: 24/09/2025.
23. BRASIL, Ministério da Saúde: *Linha de cuidado para pessoas com Transtorno do Espectro Autista - TEA*; Brasília, 2025b.
24. BRASIL. Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 27 abr. 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113438.htm; Acesso em 16/09/2025.
25. BRODERICK, A. A. *The Autism Industrial Complex: How Branding, Marketing, and Capital Investment Turned Autism into Big Business* Paperback. Ed: Myers Education Press, 2022.

26. CAMARGO Jr., K.: *Prefácio à edição brasileira*; In: In: Autismo em Tradução (RIOS, FEIN), 2019.
27. CAPONI, S.: *O DSM-V como dispositivo de segurança*; Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [3]: 741-763, 2014.
28. BRODERICK, A. A.; ROSCIGNO, R. Autism, Inc. The Autism Industrial Complex. **Journal of Disability Studies in Education**, v. 2, n. 1, p. 77-101, 2021.
29. CAVALCANTI, A. E., ROCHA, P. S.: *Autismo: construções e desconstruções*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2015.
30. Center for Disease Control and Prevention (CDC): *Prevalence and early identification of Autism Spectrum Disorder among children aged 4 and 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 16 sites, United States, 2022*, 2025, disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/74/ss/ss7402a1.htm>. Acesso em 16/09/2025.
31. CNN: *Associações de autistas pedem ação do governo contra terapia “similar a regime manicomial”*; 2024, disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/economia/macroeconomia/associacoes-de-autistas-pedem-acao-do-governo-contra-terapia-similar-a-regime-manicomial/>; Acesso em: 16/09/2025.
32. Conselho Federal de Psicologia. *Nota Técnica nº 23/2025 TEA: orientações às psicólogas e psicólogos acerca das intervenções comportamentais baseadas na Análise do Comportamento Aplicada no contexto do Transtorno do Espectro Autista*; Brasília, 2025. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2025/06/nota_tecnica_TEA_A5.pdf; Acesso em: 16/09/2025.
33. COLUCCI, C.: *‘Indústria do autismo’ influencia políticas públicas, pressiona planos e se expande no mercado privado, diz relatório*. In: Folha de São Paulo, São Paulo, 31 maio 2024. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2024/05/industria-do-autismo-influencia-politicas-publicas-pressiona-planos-e-se-expande-no-mercado-privado-diz-relatorio.shtml>; Acesso em 16/09/2025.
34. CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: *CBMERJ inaugura Centro Terapêutico para TEA e outras Neuroatipias*; 2024. Disponível em: <https://www.cbmerj.rj.gov.br/cbmerj-inaugura-centro-terapeutico-para-tea-e-outras-neuroatipias/>, Acesso em 16/09/2025
35. COSTA, J. F.; BEZERRA JR., B.: *Entrevista*; In: Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [4]: 1023-1033, 2014.
36. COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. *Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais*, Psic. Clin., Rio de Janeiro, Vol. 27, n. 1, p. 17-40, 2015.
37. CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G.: *Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019*; In: Trabalho, Educação e Saúde; v. 18; n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

38. DAVIS, L.: *The disabilities studies reader*; Routledge, 2 ed, 2006.
39. DINIZ, J. B.: *O que os psiquiatras não te contam*; Editora Fósforo, 2025.
40. DONVAN, ZUCKER: *Outra sintonia: A história do autismo*; Companhia das Letras, 2017.
41. EHRENBERG, A.: *O sujeito cerebral*; PSIC. CLIN., RIO DE JANEIRO, VOL.21, N.1, P.187 – 213, 2009.
42. EYAL, G.; HART, B.; ONCULER, E.; OREN, N.; ROSSI, N.: *The autism matrix: the social origins of the autism epidemic*; Polity Press, UK, 2010.
43. FERNANDES, A. RICCI, T; TAÑO, B.: *A "indústria" do autismo e a urgência de um debate epistemológico e assistencial geopoliticamente localizado*; In: Revista Proteção Integral IBDCRIA, 2024a.
44. FERNANDES, A. D. S. A.; COUTO, M. C. V.; ANDRADA, B. C.; DELGADO, P. G. G.: *A "indústria" do autismo no contexto brasileiro atual: contribuição ao debate. Material Técnico*, ISBN: 978-65-00-99824-5, 2024b.
45. FOMBONNE, E.: *Editorial: The rising prevalence of autism*; Jul;59(7):717-720. doi: 10.1111/jcpp.12941, 2018.
46. FRANCES, A.: *Voltando ao normal*; Versal Editores, 2016.
47. GAUDENZI, P., ORTEGA, F.: *Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade*; In: Ciência & Saúde Coletiva, 21(10):3061-3070, 2016.
48. GOVERNO DO BRASIL: *Investimentos para centros de referência em autismo estão garantidos por lei*, 2024, disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/fatos/brasil-contrafake/noticias/2024/investimentos-para-centros-de-referencia-em-autismo-estao-garantidos-por-lei> Acesso em: 16/09/2025.
49. GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: *Você sabia que o RJ tem um centro de diagnóstico para o Transtorno do Espectro Autista? Vem conhecer*; Instagram, 2025, Disponível em: <https://www.instagram.com/reel/DH8giD4uzhX/>; Acesso em: 18/09/2025.
50. GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: *CEDTEA*; 2024, Disponível em <http://www.fs.rj.gov.br/unidades-hospitalares/cedtea/>; Acesso em: 18/09/2025.
51. GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: *Secretaria de Estado de Saúde cria superintendência dedicada ao Transtorno do Espectro Autista*; 2023; Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2023/09/secretaria-de-estado-de-saude-cria-superintendencia-dedicada-ao-transtorno-do-espectro-autista>; Acesso em: 18/09/2025.
52. O GLOBO, *Sob Trump, EUA vão investigar ligação entre vacinas e autismo, já desmentida em diversos estudos*, In: Jornal O Globo, 2025, <https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2025/03/09/sob-trump-eua-vaoinvestigar-ligacao-entre-vacinas-e-autismo-ja-desmentida-em-diversos-estudos.ghtml> acesso em: 14/03/2025.
53. HACKING, I.: *The social construct of what?*; In: Cambridge, Londo, 1999.

54. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: *Censo 2022 identifica 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo no Brasil*; Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43464-censo-2022-identifica-2-4-milhoes-de-pessoas-diagnosticadas-com-autismo-no-brasil>; Acesso em: 16/09/2025.
55. KANNER, L. *Autistic disturbances of affective contact*, *Nervous Child*, v. 2, p. 217-250, 1943.
56. ____, *Early infantile autism*, *Journal of Pediatrics*, v. 25, p. 211-217, 1944.
57. LEEUW, A., HAPPÉ, F., HOEKSTRA, R.: *A Conceptual Framework for Understanding the Cultural and Contextual Factors on Autism Across the Globe*; Jul;13(7):1029-1050. doi: 10.1002/aur.2276. Epub 2020 Feb 21, 2020.
58. LIMA, R. C.: *A cerebralização do autismo: notas preliminares*; In: *Saúde Mental e Saúde Pública: Questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica*; IPUB, 2007.
59. ____. *Autismo como transtorno da memória pragmática: teses cognitivistas e fenomenológicas à luz da filosofia de Henri Bergson*; Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, IMS/UERJ, 2010.
60. ____. *A Construção histórica do autismo (1943-1983)*; *Ci. Huma e Soc. em Rev. RJ, EDUR*, vol 36, 1, jul/dez, 2014.
61. ____. *Psiquiatria infantil, medicalização e a Síndrome da Criança Normal*; In: *Conversações em psicologia e educação*, Conselho Nacional de Psicologia, 2016.
62. LIMA, et. al: *Defesa de direitos e políticas para o autismo no Brasil e EUA*; In: *Autismo em Tradução (RIOS, FEIN)*, 2019.
63. MAHLER, M. *On child psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychoses*. *Psychoanalytic Study of the Child*, New York, v. 7, p. 286-305. 1952.
64. MALEVAL, J. C.: *O autista e sua voz*; Blucher, 2017.
65. MARTINHAGO, F., CAPONI, S.: *Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais*; *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29(2), e290213, 2019.
66. MASCARENHAS, Cláudia; KATZ, Ilana; SURJUS, Luciana T. L.; COUTO, Maria Cristina Ventura; LUGON, Ricardo. *Sobre a Lei 13.438, de 26/4/17: Riscos e desafios. Psicanalistas pela Democracia*, 15 ago. 2017. Disponível em: <https://psicanalisedemocracia.com.br/2017/08/sobre-a-lei-13-438-de-26417-riscos-e-desafios/>. Acesso em: 20/10/2025.
67. MAYES, R., HORWITZ, A. V. *DSM-III and the revolution in the classification of mental illness*, *Journal of the history of the behavioral science*, vol. 41(3), 249-267, Summer, 2005.

68. MESQUITA, M.; MARTINS, K. P. H.: *Escola de Bonneuil: Estudo sobre o tratamento “estourado” do autismo*; In: *Ágora* (Rio de Janeiro) v. XXI n. 1 jan/abr, 61-70, 2018.
69. NOGUEIRA, M. L.; BORGES, A.: *Autismo custa caro*; In: *Folha de São Paulo*, 2024, disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2024/06/autismo-custa-caroshtml>; Acesso em 16/09/2025.
70. NUNES, F.; ORTEGA, F.: *Ativismo político de pais de autistas no Rio de Janeiro: reflexões sobre o “direito ao tratamento”*, *Saúde Soc. São Paulo*, v.25, n.4, p.964-975, 2016
71. O Dia. *O Rio é o terceiro estado com mais autistas no país*. Informe do Dia. Rio de Janeiro, 30 jun. 2025. Disponível em: <https://odia.ig.com.br/colunas/informe-do-dia/2025/06/7081917-o-rio-e-o-terceiro-estado-com-mais-autistas-no-pais.html>; Acesso em: 18/09/2025.
72. OLIVEIRA, et. al. *Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação*, *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 27 [3]: 707-726, 2017.
73. ORTEGA, F.: *Comentário: “Por que não ambos?”. Negociando ideias sobre autismo na Itália, no Brasil e nos EUA*; In: *Autismo em Tradução* (RIOS, FEIN), 2019.
74. ORTEGA, F.: *O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade*; In: *MANA* 14(2): 477-509, 2008.
75. ORTEGA, F., ZORZANELLI, F., RIOS, C.: *The biopolitics of autism in Brazil*; In: *Rethinking autism*; Jessica Kingsley Publishers, 2016.
76. PIMENTA, J. S.: *A expansão das classificações psiquiátricas nos últimos 30 anos e suas repercussões na psiquiatria infantil: o caso do Transtorno Bipolar em crianças e adolescentes*; Tese; Doutorado em Saúde coletiva - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro, 2015.
77. RIMLAND, B. *Infantile autism: the syndrome and its implication for a neural theory of behavior*, New York: Meredith Publishing Company, 1964.
78. RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde: *Secretaria de Estado de Saúde cria superintendência dedicada ao Transtorno do Espectro Autista*; 2023. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2023/09/secretaria-de-estado-de-saude-cria-superintendencia-dedicada-ao-transtorno-do-espectro-autista>; Acesso em 16/09/2025.
79. RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde: *Dia mundial do Autismo: SES-RJ amplia políticas públicas voltadas para indivíduos com TEA*; 2024 Disponível em: <https://www.rj.gov.br/saude/node/1417>; Acesso em: 18/09/2025.
80. RIOS, et. al: *Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira*; *Interface, Comunicação Saúde Educação*; 19(53):325-35, 2015.
81. ROHDEN, F.: *Vida saudável versus vida aprimorada: tecnologias biomédicas, processos de subjetivação e aprimoramento*; *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 23, n. 47, p. 29-60, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832017000100002>.

82. ROSE, N.: *Our psychiatric future*; Polity Press, 2018.
83. ROSENBERG, C. E.: *The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience*; In: 80(2):237-60. doi: 10.1111/1468-0009.t01-1-00003, 2002.
84. ROSI, F. S; LUGON, R.: *Clínica com bebês: desnaturalizando conceitos*; In: Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 12, n. 31, p. 120-143, 2020.
85. RUTTER, M.: *The development of infantile autism. Psychological Medicine*, Cambridge, v. 4, p. 147- 163. 1974.
86. SANDBANK et. al: *Determining Associations Between Intervention Amount and Outcomes for Young Autistic Children*; JAMA Pediatric: 178(8):763-773, 2024.
87. SECRETARIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: *Como o CedTEA está revolucionando o cuidado com crianças autistas no Rio de Janeiro*; In: Pod+Saúde 68, Youtube, Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=91g9JB2D5Qw&list=PLH4pQlrP_JRecF1CL1x3G-0TyJQMolL8Ki&index=31; Acesso em: 16/09/2025.
88. SECRETARIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: *I seminário estadual de cuidado das pessoas com Transtorno do Espectro Autista*; In: Youtube; Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=gZZbjzK5JgY>; Acesso em 16/09/2025.
89. SECRETARIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: *II seminário estadual de cuidado das pessoas com Transtorno do Espectro Autista*; In: Youtube; Disponível em: <https://www.youtube.com/live/SPjyuRsvFKA>; Acesso em 16/09/2025.
90. SECRETARIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: *III seminário estadual de cuidado das pessoas com Transtorno do Espectro Autista*; In: Youtube; Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=0udhx3YDRSA>; Acesso em 16/09/2025.
91. SECRETARIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: *O 1o Centro Estadual de Diagnóstico para o Transtorno do Espectro Autista (CedTEA) do Rio de Janeiro foi inaugurado!*; In: Facebook; Disponível em: <https://www.facebook.com/reel/716879043850350>; Acesso em: 18/09/2025.
92. SERPA JR., O. D.: *Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de 'o normal e o patológico' de Georges Canguilhem*, Psicol. Clín., Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 121-135, 2003.
93. SERPA JR, O. D.: *Subjetividade, valor e corporeidade: os desafios da psicopatologia*; In: Psicopatologia hoje; João Ferreira da Silva Filho [org], Coleções IPUB, Rio de Janeiro, 2007.
94. SIEGEL, B. *The politics of autism*, New York, Oxford University Press, 2018.
95. TIMIMI, S., GARDNER, N., MCCABE, B: *The myth of autism*; Palgrave Macmillan, 2011.

96. VENTURA, M. C; ANDRADE, B. C.; FERNANDES, A. D.: *Clínicas públicas para autistas: um estudo de levantamento preliminar*; Estudo apresentado em Brasília na oficina “A Rede de Atenção Psicossocial no cuidado à pessoa com TEA: novos desafios”, organizada pelo Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD), 2025.
97. WHO: *CID-11 para Estatísticas de Mortalidade e de Morbidade*, 2025, disponível em: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/pt#437815624>; Acesso em: 24/09/2025.
98. ZORZANELLI, R.: *Sobre os DSM's como objetos culturais*; In: A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea, Garamond, Rio de Janeiro, 2014.