

Autismo, transição taxonômica e biopoder: repercussões políticas no Brasil

Autism, taxonomic transition and biopower: political repercussions in Brazil

Autismo, transición taxonómica y biopoder: repercusiones políticas en Brasil

 **Lucas Silveira da Silva**

Universidade Federal do Ceará.

E-mail: psiclucas@gmail.com

 **Ricardo Pimentel Mélo**

Universidade Federal do Ceará.

E-mail: ricardopmello@gmail.com

RESUMO

As políticas públicas brasileiras para o autismo têm sido orientadas por legislações controversas, que ora associam o autismo ao campo das deficiências, ora propõem rastreamento de problemas no desenvolvimento, como também a emissão de carteiras específicas para cidadãos autistas. Este trabalho reflete sobre as condições sócio-históricas e as influências teóricas associadas à emergência do autismo como deficiência e suas repercussões, a partir da inclusão do Transtorno do Espectro Autista (TEA) no DSM-5 e do fenômeno de expansão diagnóstica. Metodologicamente, trata-se de um ensaio teórico de base arqueogenealógica, que analisa a historicidade dos eventos, buscando desnaturalizar o campo do autismo. Concluimos que a classificação do autismo como deficiência reflete estratégias biopolíticas que, embora visem à promoção de direitos, acabam por reforçar mecanismos de controle e estigmatização, criando barreiras àquilo que se convencionou chamar de cidadania plena ou mesmo inclusão.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Deficiência intelectual; Política pública; Estigmatização; Saúde mental.

ABSTRACT

Brazilian public policies regarding autism have been guided by controversial legislation, sometimes associating autism with the field of disabilities, sometimes proposing the screening of developmental problems, and sometimes issuing specific cards for autistic citizens. This work reflects on the socio-historical conditions and theoretical influences associated with the emergence of autism as a disability and its repercussions, starting with the inclusion of Autism Spectrum Disorder (ASD) in the DSM-5 and the phenomenon of diagnostic expansion. Methodologically, this is a theoretical essay based on archeogenealogy, which analyzes the historicity of events, seeking to denaturalize the field of autism. We conclude that the classification of autism as a disability reflects biopolitical strategies that, although aimed at promoting rights, end up reinforcing mechanisms of control and stigmatization, creating barriers to what is conventionally called full citizenship or even inclusion.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Intellectual disability; Public policy; Stigmatization; Mental health.

RESUMEN

Las políticas públicas brasileñas en materia de autismo se han regido por una legislación controvertida, que en ocasiones lo asocia al ámbito de las discapacidades, en otras propone la detección de problemas del desarrollo y en otras emite tarjetas específicas para ciudadanos autistas. Este trabajo reflexiona sobre las condiciones sociohistóricas y las influencias teóricas asociadas a la aparición del autismo como discapacidad y sus repercusiones, comenzando con la inclusión del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en el DSM-5 y el fenómeno de la expansión diagnóstica. Metodológicamente, se trata de un ensayo teórico basado en la arqueogenealogía, que analiza la historicidad de los acontecimientos, buscando desnaturalizar el campo del autismo. Concluimos que la clasificación del autismo como discapacidad refleja estrategias biopolíticas que, si bien buscan promover derechos, terminan reforzando mecanismos de control y estigmatización, creando barreras para lo que convencionalmente se denomina ciudadanía plena o incluso inclusión.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista; Discapacidad intelectual; Políticas públicas; Estigmatización; Salud mental.

Introdução

No ano de 2012, o autismo ocupou o cerne de inúmeros debates sociopolíticos ao redor do mundo. Neste período, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos estimaram que a prevalência de crianças de 8 anos com autismo era da ordem de 1 a cada 69, situação que acendeu certa alerta nas autoridades sanitárias em solo norte-americano (CDC, 2014). Acompanhado desse fato, houve o polêmico lançamento da 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM – da Associação Americana de Psiquiatria (APA), marcando a inauguração da categoria Transtorno do Espectro Autista (TEA) (APA, 2014).

O aumento circunstancial no número de diagnósticos, somado aos novos critérios nosográficos sob a rubrica do espectro, foi evento que ressoou significativamente no que aqui vamos chamar de campo do autismo, ou seja, uma espécie de lugar onde se articulam saberes e práticas, além de uma série de discursos: biomédico, jurídico e pedagógico. Quanto à realidade brasileira, chegamos ao primeiro acontecimento que desejamos destacar, já que, fortemente influenciados por organismos internacionais, particularmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 27 de dezembro de 2012, foi instituída a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista - Lei nº 12.764. A referida norma passou a considerar o indivíduo com transtorno do espectro autista como “pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais” (Brasil, 2012).

O segundo fato que queremos assinalar ocorreu especificamente em 26 de abril de 2017, quando o então presidente em exercício Michel Temer sancionou a Lei nº 13.438, a qual tornou obrigatória, por parte de médicos pediatras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a adoção de protocolo para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico de crianças menores de 18 meses. Embora ainda não regulamentada, tal legislação causou certa preocupação entre profissionais, pesquisadores e instituições.

Diante de tal normativa, estranhamente “desengavetada” e votada às pressas, o próprio Conselho Federal de Psicologia (CFP), por exemplo, lançou uma nota contra tal medida, afirmando ser um sério risco de patologização das infâncias, já que aplicar um instrumento de rastreamento universal é algo que vai de encontro à proteção integral da infância. Além disso, fere a autonomia de profissionais da saúde pública, podendo representar uma iatrogenia, já que tal medida não apresenta respaldo científico e epidemiológico (Conselho Federal de Psicologia, 2017).

Nessa esteira de eventos, no dia 18 de julho de 2019, após uma série de negociações nas comissões do Congresso Nacional, o Projeto de Lei da Câmara nº 139/2018, de autoria da senadora Mara Gabrilli (PSDB-SP), por fim, foi aprovado. Resultou desse processo a publicação da Lei nº 13.861/2019, a qual versa sobre a inclusão de perguntas sobre as “especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista” no Censo Demográfico (Brasil, 2019). No ano seguinte, de forma análoga, através da Lei nº 13.977/20 – Lei Romeo Mion –, foi instituída a “Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea)”, com vistas à garantia do atendimento integral, sobretudo, nas áreas da saúde, educação e assistência social (Brasil, 2020).

Posteriormente aos eventos citados, recentemente, foi estabelecido o Sistema Nacional de Cadastro da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – SisTEA – por meio do Decreto nº 12.115/24. O referido sistema informatizado será gerido pelo Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, visando ao controle na emissão da Ciptea, além da elaboração de relatórios constando o número de pessoas registradas. Ressaltamos, nesse interim, que, conforme o art. 1º, parágrafo 6º: “O SisTEA adotará o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF para identificar pessoas com transtorno do espectro autista.” (Brasil, 2024).

Referencial teórico-metodológico

Os cinco acontecimentos acima citados, quais sejam: autismo como deficiência; rastreamento universal de problemas no desenvolvimento em crianças menores de 18 meses; inclusão no censo demográfico; carteira de identificação específica à pessoa “com Transtorno do Espectro Autista”; e o sistema informatizado, que associa o número do CPF à identificação do cidadão, são os disparadores deste ensaio teórico. Buscamos, por meio dessas normativas, propor algumas reflexões sobre as condições sócio-históricas e filiações teóricas possivelmente associadas à emergência do autismo como deficiência e suas respectivas ressonâncias, particularmente na Saúde Pública.

Dessa forma, dedicamo-nos a uma “arqueogenealogia” no campo de estudos e pesquisas do autismo, realizando uma investigação referente a uma “ontologia histórica”, ou seja, atinente a acontecimentos do passado com vistas à problematização do presente (Hacking, 2009; Foucault, 1984). Inicialmente, focaremos na construção histórica de discursos que se tornaram possíveis e “reconhecidos” sobre o autismo. Posteriormente, refletiremos sobre a articulação entre estatística e biopoder e sobre o quanto essa relação está imbricada no direcionamento de políticas públicas sobre autismo.

Cabe assinalar que, ao longo deste texto, operamos um deslocamento crítico em relação ao conceito de cidadania tal como mobilizado nos expedientes governamentais acima referidos. Nesses dispositivos, a cidadania aparece majoritariamente capturada por uma dupla redução: ora circunscrita ao regime de prerrogativas dos sujeitos-cidadãos, ora reconduzida às incumbências do Estado como instância provedora. Interessa-nos, entretanto, problematizar esse campo, tomando a cidadania não como dado normativo, mas como efeito de práticas historicamente situadas.

Nesse sentido, em consonância com o referencial teórico adotado, compreendemos a cidadania como correlata a um conjunto de técnicas disciplinares e biopolíticas que, ao mesmo tempo em que regulam e administram a vida, produzem os próprios sujeitos aos quais se dirigem. Trata-se, assim, de inscrevê-la no domínio da governamentalidade, entendida como racionalidade política que articula modos de condução das condutas, gestão dos corpos e produção de regimes de subjetivação — isto é, uma economia política da vida (Gallo, 2017).

No que concerne ao tema específico deste texto, evidencia-se a emergência de um regime de verdade que confere aos direitos das pessoas “com transtorno do espectro autista” um estatuto de quase sacralização. Tal efeito se ancora na produção discursiva do autismo como condição eminentemente biológica, cuja inteligibilidade autoriza e demanda intervenções estatais no registro do “fazer viver”. Desse modo, mais do que reconhecer direitos, tais dispositivos operam na constituição de uma forma específica de vida a ser gerida, normalizada e otimizada, segundo os imperativos biopolíticos contemporâneos (Giacoia Junior, 2008).

Breve historicidade do autismo: da *idiotia* ao transtorno

Iniciamos esta parte do texto com o questionamento acerca das condições de emergência do autismo como “deficiência”, conforme regido pela Lei nº 12.764/2012, popularmente chamada de Lei Berenice Piana, pois o consideramos central no que aqui pretendemos analisar. Para alcançarmos esse objetivo, necessitamos revisitar alguns discursos, bem como entender as condições de deslocamento do autismo ao longo da história e as respectivas consequências desse movimento nas políticas públicas.

De acordo com Piccolo (2024), a expressão “autismo” surge pela primeira vez em 1911, quando Paul Eugen Bleuler a emprega para descrever um sintoma particular da esquizofrenia — este, um termo que o próprio psiquiatra

havia criado para designar uma condição mental caracterizada pela ambivalência afetiva e pela cisão do pensamento. A publicização da expressão “autismo” ocorre dois anos mais tarde, em 1913, com a veiculação do artigo “*Autistic Thinking*” na revista *The American Journal of Insanity* (Piccolo, 2024). Nesse texto, Bleuler descreve o caso de um paciente camponês que se recusava a se relacionar com outras pessoas, vivendo imerso em uma espécie de universo próprio, uma “[...] realidade paralela fechada em si mesma” (Piccolo, 2024, p. 03). Entretanto, as condições para que esse “nascimento” conceitual se concretizasse plenamente devem-se, em um primeiro momento, aos estudos de Jean Marc Gaspard Itard e ao desenvolvimento do método clínico-pedagógico, elaborado como alternativa ao prognóstico de incurabilidade atribuído à *idiotia* (Marfinati & Abrão, 2014).

Ainda de acordo com Anahi Marfinati e Jorge Abrão, e para ilustrar o último caso exposto, vamos a 1799, no sul da França, onde, nas cercanias de Aveyron, um adolescente fora encontrado completamente nu, caminhando a “quatro pés” (apoiado nas palmas das mãos, assim como sobre os joelhos dobrados), como se fosse um animal quadrúpede. O jovem, aparentemente, era “surdo e mudo”, sendo batizado como Victor de Aveyron. Em 1800, ele foi levado ao Instituto Nacional de Surdos-Mudos, onde Philippe Pinel o classificou como um “idiota essencial”, portanto, “incurável” e não passível de educabilidade. Entretanto, Itard, ex-aluno de Pinel, defendia que Victor poderia ser educado e integrado à sociedade; para tal, ele foi mantido na instituição por dez anos. Tardiamente, a técnica empregada por Itard ficou conhecida como método clínico-pedagógico (Marfinati & Abrão, 2014).

Naquele contexto, Jean-Étienne Esquirol, por volta de 1818, foi o psiquiatra francês responsável pela diferenciação entre loucura/doença mental e *idiotia*/retardo mental. Segundo o médico, para o primeiro quadro, haveria uma evolução, tanto em termos de cura ou agravamento; enquanto o segundo, este era lançado ao paradigma da incurabilidade (De Mello, 2015). Fica evidente, diante desses marcos, a separação entre a loucura e a *idiotia*, em que os alienistas direcionavam a loucura à vida adulta, ou seja, uma doença no vasto campo da alienação mental/mania. Enquanto a *idiotia*, esta seria congênita, irreversível e um estado mental associado à infância (Bercherie, 2001).

Wilhelm Griesinger, psiquiatra alemão, em 1845, lançou a ideia de que toda a loucura da infância seria a *idiotia*, pois, como o “eu” da criança não estava formado, qualquer afecção interromperia o desenvolvimento da inteligência e das faculdades mentais (Pereira, 2007). Diante do exposto até o momento, podemos perceber que a *idiotia*, além de ser precursora do que hoje entendemos por deficiência intelectual e autismo, era uma espécie de panaceia que reunia, talvez, uma série de “estados mentais” avessos ao que se concebia “normal” para a infância.

Saltando do século XIX para o XX, em 1943, o psiquiatra suíço Leo Kanner publicou o artigo intitulado “Os distúrbios autísticos de contato afetivo”. Esse “célebre” trabalho, considerado o marco inicial dos estudos sobre o autismo para os psiquiatras, descreve 11 crianças que apresentavam dificuldades significativas na interação social e na comunicação, além de comportamentos repetitivos e interesses restritos. Kanner denominou esse quadro como “Autismo Infantil”, termo derivado do grego *autos*, que indica a condição peculiar dessas crianças de permanecerem “isoladas” em uma espécie de “mundo próprio” (Marfinati & Abrão, 2014). A partir de então, o autismo passou a ser reconhecido como uma condição específica, ganhando a faceta de uma doença mental.

Segundo Ami Klin (2006), outro psiquiatra que desempenhou um papel importante na história do autismo foi Michael Rutter, ao propor que o autismo era um “transtorno mental” distinto da esquizofrenia. Em 1978, o médico inglês adotou uma abordagem biológica ao investigar o “transtorno”, sugerindo o uso de exames de imagem e análises de DNA. Além disso, em 1981, a médica e ativista pelos direitos dos autistas, Lorna Wing, introduziu a ideia de que a Síndrome de Asperger — uma condição tipicamente associada à inteligência normal — fazia parte do mesmo fenômeno descrito por Kanner, inaugurando assim o conceito de espectro autista (Klin, 2006). Essa noção, como sabemos, influenciaria de forma decisiva a quinta edição do DSM.

O esforço de Rutter e Wing para ampliar a compreensão do autismo refletia uma tendência mais ampla na psiquiatria: a busca por categorizações mais “precisas” para os transtornos mentais. Conforme Sandra Caponi (2012), nos últimos anos, a sistematização e a classificação de comportamentos e condutas da vida cotidiana têm guiado o desenvolvimento da psiquiatria. Contudo, a história da construção de manuais, que funcionam como guias clínicos, remonta ao século XIX.

A tentativa de gerir populações e propor intervenções sociais amplas tem raízes evidentes na teoria da degeneração de Morel, que buscava identificar as causas das patologias e aplicar tratamentos adequados com base em um sistema classificatório (Caponi, 2012). “A partir das árvores genealógicas construídas para determinar a hereditariedade dos degenerados, e de uma preocupação centrada nas anomalias hereditárias, a psiquiatria delimitará um novo campo de ação e construirá novas estratégias de poder” (Caponi, 2012, pp. 346-347).

Nesse contexto, a herança de Emil Kraepelin merece destaque, sendo ele considerado o pai da psiquiatria moderna. O referido médico combinou sua abordagem de “psiquiatria comparativa” com o legado de Morel, ao mesmo tempo em que introduziu o uso de dados estatísticos e aprofundou os estudos de anatomopatologia cerebral (Caponi, 2012). O impacto do legado kraepeliniano é evidente na lógica de construção do DSM da Associação Americana de Psiquiatria (APA). Assim, torna-se importante explorar mais detalhadamente essa dinâmica e seus desdobramentos.

Autismo e suas transições no DSM

De acordo com Fernanda Martinhago e Sandra Caponi (2019), o DSM-1, lançado em 1952, tinha como objetivo fornecer uma padronização das categorias diagnósticas e estabelecer um consenso terminológico. Essa primeira edição incluía 106 categorias, fortemente influenciadas pelo referencial psicanalítico. Contudo, no que diz respeito ao autismo, é importante observar que foi apenas na terceira edição do manual, publicada em 1980, que este passou a ser reconhecido como uma categoria diagnóstica formal. Naquele período, estimava-se que entre 2 e 4 crianças a cada 10 mil fossem acometidas pelo “autismo infantil” (APA, 1980).

Com a chegada do DSM-3, em 1980, ocorreu uma mudança significativa na estrutura do manual. Essa edição aboliu categorias de orientação psicanalítica e passou a adotar os princípios da medicina baseada em evidências, marcando uma virada importante na nosologia psiquiátrica (Martinhago & Caponi, 2019). É importante salientar que movimentos organizados por pais de crianças autistas, bem como associações contrárias à explicação psicogênica do autismo — que o vinculava a pais pouco afetuosos, as chamadas “mães-geladeira” — foram cruciais tanto para a ascensão da concepção do autismo como um quadro distinto da esquizofrenia e, portanto, merecedor de uma classificação própria no manual, quanto para a aproximação do autismo à categoria de deficiência. Deslocou-se, assim, a posição dos pais de uma narrativa culpabilizadora para uma lógica de pais-heróis, que lutam pelos direitos de seus filhos autistas (Bialer & Voltolini, 2022).

A partir de então, as decisões clínicas passaram a se fundamentar em critérios estatísticos e na interface entre pesquisa científica e prática clínica (Martinhago & Caponi, 2019). De acordo com as autoras, o DSM-3 incluía cerca de 265 categorias diagnósticas e se apresentava como um manual “ateórico, objetivo e neutro”, propondo uma causalidade multifatorial para os transtornos mentais.

Esse novo cenário abriu caminho para a articulação com a epigenética, que, segundo Luna Freitas-Silva e Francisco Ortega (2014), tem sido a principal aposta da psiquiatria, atualmente, no que tange à explicação e à gênese dos transtornos mentais. Ainda segundo os autores, essa plataforma de pesquisas é predominantemente biológica e molecular, mesmo que se parta do pressuposto da interação entre a herança genética do indivíduo e fatores ambientais.

Seguindo os rastros da terceira edição, o DSM-4 (APA, 2002), lançado em 1994, constando 297 categorias, apresenta a avaliação multiaxial, caracterizada em cinco eixos, quais sejam: Transtornos clínicos/outras condições que podem ser foco de atenção clínica; transtornos de personalidade/retardo mental; condições médicas gerais; problemas psicossociais e ambientais; e avaliação global do funcionamento.

No DSM-4, o autismo era parte do eixo I, sob a roupagem dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID). Além disso, a referida entidade nosológica era especificamente denominada Transtorno Autista e fazia parte de um grupo de condições que incluíam: Transtorno Autista; Síndrome de Asperger; Transtorno Desintegrativo da Infância; Transtorno de Rett; Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outra especificação (APA, 2002).

A última versão do DSM, lançada em 2013, com mais de 300 categorias diagnósticas organizadas em três seções, suprimiu a avaliação multiaxial e adotou um enfoque mais dimensional. Entre as “inovações”, destaca-se a inclusão de questões sociais como rompimentos familiares, negligência e abuso parental, e pobreza extrema, que passam a figurar como problemas médicos. Nesse contexto, o autismo passou a ser classificado como um

“transtorno do neurodesenvolvimento”, ou seja, um grupo de condições que surgem na infância, geralmente antes da idade escolar, e resultam em “deficiências” no desenvolvimento pessoal, social, acadêmico ou ocupacional (APA, 2014).

Com essa reestruturação, o autismo foi reclassificado como Transtorno do Espectro Autista (TEA), englobando todos os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento da versão anterior. De acordo com o manual, a nova nomenclatura reflete uma compreensão contemporânea de que essas condições representam variações dentro de um espectro contínuo, com diferentes níveis de gravidade e necessidade de apoio. Além disso, o DSM-5 permite a adição de diagnósticos associados, como deficiência intelectual ou transtorno da linguagem, proporcionando uma visão mais detalhada e “personalizada” do quadro clínico de cada paciente.

Essa mudança de enfoque, segundo a lógica do manual, visa a melhorar a precisão do diagnóstico e do tratamento, reconhecendo que os sintomas do autismo podem variar amplamente entre indivíduos, mas estão todos inter-relacionados em um contínuo de gravidade (APA, 2014). Entretanto, embora a justificativa de adoção da nomenclatura TEA seja trazer mais especificidade e sensibilidade no processo diagnóstico, parece incoerente abolir as cinco categorias da edição anterior e lançar a noção genérica de espectro. Segundo Paul Bercherie (2002), em determinado momento na história da psicopatologia infantojuvenil, especificamente no final do século XIX e início do XX, diversas condições mentais da infância eram relegadas à categoria, igualmente, genérica da “*idiotia*”. Não estaríamos, dessa forma, parafraseando o citado período com a noção atual de espectro?

Diante desse panorama, chegamos à associação do autismo ao campo das “deficiências”, pois, atualmente, no Brasil, esse quadro diagnóstico é oficialmente reconhecido como tal (Brasil, 2012). A trajetória histórica do autismo é marcada por significativas transições: inicialmente vinculado à ideia de *idiotia*, precursora do que hoje se denomina deficiência intelectual, quando o método clínico-pedagógico e a teoria da degenerescência de Morel situavam o “idiota” como uma figura irremediável, posicionada no degrau mais baixo da condição humana. Posteriormente, o autismo foi associado a um sintoma esquizofrênico e, por fim, consolidou-se como uma entidade nosológica própria, mais especificamente um transtorno do neurodesenvolvimento, cuja origem é atribuída, em grande parte, a fatores genéticos.

Esse percurso histórico, bastante heterogêneo, revela-nos a dificuldade — e talvez a própria impossibilidade — de se estabelecer uma unidade para o autismo. O surgimento de descrições médicas, cujas filiações teóricas derivam de diferentes campos, como o jurídico, o afetivo-familiar e o biológico, evidencia a diversidade de perspectivas que se formam em torno dos sujeitos que carregam essa insígnia. Afinal, se a “deficiência” é entendida como uma limitação de longo prazo, associada a “barreiras” que dificultam o pleno exercício da cidadania (Brasil, 2015), a criação de categorias diagnósticas — como o Transtorno do Espectro Autista — ou mesmo a associação desses sujeitos a categorias historicamente relegadas ao paradigma da incurabilidade e ao “grau zero” da humanidade, estariam a serviço de quais tramas de poder/saber?

Tanto a classificação do autismo como transtorno quanto sua articulação à categoria deficiência podem ser compreendidas como componentes de estratégias biopolíticas de categorização da população, sobretudo quando se materializam em práticas de rastreamento universal, identificação administrativa em prol do gozo de direitos e produção de estatísticas nacionais. Nesse sentido, o governo dessas vidas depende da objetivação do sujeito com “Transtorno” do Espectro Autista como “Pessoa com Deficiência” (PcD), pois é essa operação de nomeação, inscrição e esquadrinhação que viabiliza a emergência de uma forma específica de cidadania. Longe de ser preexistente ou mesmo natural, tal cidadania constitui-se no interior dos jogos de poder e saber que classificam, tornam legível e administrável essa população.

Inspirados em Giacoia Junior (2008), ao que parece, há no caso tratado em nosso texto, uma espécie de dialética perversa entre uma violência que conserva e aplica o direito, fazendo com que se torne quase impossível o questionamento da taxonomia do sujeito diagnosticado como autista, por força da instrumentalização das instituições de saúde para manutenção/aplicação do direito, sem questionar.

Gallo (2017), ao analisar políticas públicas de educação no Brasil, evidencia precisamente o imbricamento entre estratégias disciplinares e biopolíticas na produção de sujeitos que emergem simultaneamente como objetos de governo e como agentes de ação sobre si. Demarca, assim, a complexidade dos processos de subjetivação no cenário político democrático. Em sentido semelhante, compreendemos essa nova forma de cidadania: se, por um

lado, ela supõe assujeitamento e carrega consigo a carga disciplinar das nomeações que a tornam possível, por outro, o trabalho do sujeito sobre si pode também abrir brechas de resistência, uma vez que as relações de poder não se exercem de modo absoluto nem eliminam, por completo, a possibilidade de ação.

Diante dessa dupla categorização, transtorno e deficiência, encerramos esta seção com uma citação de Michel Foucault (2000), que, ao propor a desnaturalização da loucura, evidencia-nos o caráter heterogêneo e a complexidade de nuances de um campo jamais uníssono e objetivo. Como ele afirma:

A unidade dos discursos sobre a loucura não está fundamentada na existência do objeto “loucura” ou na constituição de um horizonte único de objetividade, é o conjunto das regras que tornam possíveis, durante uma determinada época, o aparecimento de descrições médicas (com seu objeto), o aparecimento de uma série de medidas discriminatórias e repressivas (com seu objeto próprio), o aparecimento de um conjunto de práticas codificadas em receitas ou em medicações (com seu objeto específico). (Foucault, 2000, p. 99).

Biopoder e Estatística: Construção de Categorias e Diagnósticos

Refletir sobre o presente com o objetivo de desnaturalizá-lo e superar abordagens dicotômicas é uma tarefa fundamentalmente foucaultiana. Para tal empreendimento, Foucault nos oferece suas propostas arqueológicas e genealógicas (Hüning; Scisleski, 2018). Essas proposições representam diferentes fases do pensamento de Foucault. A arqueologia foca a análise de práticas discursivas, buscando revelar a ordem de um saber específico, bem como os arranjos e a produção de objetos dentro de um determinado campo (Araújo, 2006). Na fase genealógica, o discurso permanece como unidade de análise, mas com uma ênfase nas relações entre discurso e poder, situando o sujeito como composto por poder e saber.

Nesse contexto, a compreensão do biopoder se torna crucial. Michel Foucault (2020) define o biopoder como uma invenção do século XVIII que articula tecnologias do poder, incluindo as disciplinas que incidem sobre o corpo individual e a biopolítica que se volta para o corpo social ou a população. O biopoder, assim, refere-se a uma forma de exercício de poder que visa à gestão e ao controle da vida das populações, incorporando o “biológico” ao político.

Ao considerarmos a dimensão biopolítica, é impossível não abordar a função da estatística como um tipo de mecanismo de controle desde seu surgimento no século XIX. Ian Hacking (2009) nos mostra que, nos seus primórdios, a estatística se tornou uma ferramenta essencial para o estudo e a gestão de comportamentos desviantes, refletindo uma preocupação com o controle das populações e sua normalização.

Novos escaninhos eram criados para enquadrar e enumerar as pessoas. Mesmo os censos nacionais e provinciais surpreendentemente mostram que as categorias nas quais as pessoas se encaixam se alteram a cada dez anos. Mudanças sociais criam categorias de pessoas, mas a contagem não é um mero relato de desenvolvimentos. Meticulosamente, muitas vezes filantropicamente, a contagem cria maneiras de as pessoas serem (Hacking, 2009, p. 116).

Esse excerto ilustra que, a partir do momento em que se começou a “contar pessoas” e a enquadrá-las em categorias específicas, como suicídio, embriaguez, vadiagem, loucura etc., “[...] as pessoas espontaneamente passam a se encaixar em suas categorias” (Hacking, 2009, p. 117). Dessa forma, a estatística do século XIX, enquanto tecnologia biopolítica, não só estabeleceu novos enquadres, mas também implementou medidas mais abrangentes que visavam ao corpo social. É justamente nesse contexto que a figura do “louco” emerge como um resultado da prática de contá-lo.

A partir dessa interlocução entre biopolítica e estatística, torna-se relevante refletir sobre o crescente número de diagnósticos de autismo. Segundo dados do CDC (2024), nos Estados Unidos, a taxa de diagnóstico em crianças de 8 anos era de 1 a cada 150 no ano 2000; já em 2012, esse número saltou para 1 a cada 69.

Em 2014 — um ano após a introdução da categoria "Transtorno do Espectro Autista" (TEA) no DSM-5 —, a prevalência saltou para 1 a cada 59 crianças. Em 2018, esse número já era de 1 a cada 44, e, na atualização mais recente do CDC, em 2020, chegou a 1 a cada 36 crianças.

Esse aumento exponencial sugere uma efetiva epidemia de diagnósticos. Paradoxalmente, quanto mais nos apoiamos nesses números para justificar a objetividade e a racionalidade das classificações, menos refletimos sobre as implicações dessas estatísticas na vida concreta de crianças e bebês. Afinal, segundo o DSM-5, o diagnóstico pode ser feito em qualquer idade, uma vez que os sintomas costumam se manifestar antes dos 3 anos (APA, 2014). Diante desses números, questionamo-nos acerca da possibilidade de regulamentação da Lei nº 13.438/2017. O CFP (2017) alerta para o risco de detecção de falsos positivos caso o rastreamento universal de problemas no desenvolvimento seja implantado no Brasil. Países como Estados Unidos e Reino Unido, por exemplo, amparados em estudos científicos, desaprovam a prática de rastreamento do autismo em idades muito precoces.

Prova, racionalidade e coisas afins soam tão grandiosas que pensamos nelas como objetos autônomos, sem história, os amigos de Platão. Mas vemos o quanto são locais quando mencionamos os seus contrários: mito, imaginação, ignorância, tolice, desonestidade, mentira, dúvida, loucura, preconceito, excesso de confiança, compromisso (Hacking, 2009, p. 20).

Segundo Castro (2020), a implementação da Lei 13.438 pode contribuir para uma maior medicalização das crianças na Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que a detecção precoce de transtornos psíquicos, como o autismo, pode ser feita sem uma avaliação clínica adequada e multidisciplinar. A autora destaca que, ao estabelecer a detecção do risco psíquico como um protocolo obrigatório, a lei pode intensificar diagnósticos precipitados e aumentar a demanda por serviços especializados, sem garantir que o cuidado oferecido seja verdadeiramente eficaz ou adequado às necessidades das crianças e suas famílias. Esse processo pode acabar por desvirtuar a política pública de saúde, que deveria priorizar a integralidade do cuidado e a interdisciplinaridade no tratamento da saúde mental infantil, em vez de simplesmente identificar e rotular rapidamente os casos.

A elevação considerável de diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista (TEA), sustentada pela pretensa medicina baseada em evidências, a qual se ancora na estatística e em estudos clínicos e epigenéticos — que alegam uma origem genética sem definir explicitamente o substrato biológico —, cria um cenário propício para a formação de novas categorias de cidadania. No contexto brasileiro, por exemplo, cerca de 334 projetos de lei sobre o autismo estão atualmente em tramitação nas comissões, segundo o Sistema de Informações Legislativas — Portal da Câmara dos Deputados (2024).

Hoje, proporcionalmente ao aumento no número de diagnósticos, observa-se também o crescimento do ativismo e da luta por direitos das pessoas autistas. Entretanto, paralelamente, expande-se de forma preocupante o chamado “mercado do autismo”, abrangendo uma vasta gama de instituições, terapias, brinquedos, aplicativos e outros produtos voltados para consumidores autistas (Fernandes, Couto, Andrada, & Delgado, 2024). Nesse contexto, nota-se a proliferação de instituições de diagnóstico e reabilitação específicas para pessoas denominadas “neuroatípicas”, muitas vezes viabilizadas por parcerias público-privadas. Segundo os autores, esses espaços tendem a privilegiar abordagens comportamentais e adaptacionistas, voltadas para a conformidade com normas sociais predominantes.

Furtado (2011) já havia alertado para o paradoxo entre fascínio e exclusão que caracteriza a institucionalização do autismo. Ao invés de promover a inclusão de fato, as políticas atuais transformam o autista em um objeto de intervenção, resultando em um processo de exclusão disfarçado de inclusão. Esse paradoxo é ainda mais acentuado pelo mercado do autismo, que, enquanto explora o fascínio social pela condição, cria uma categoria lucrativa baseada em uma visão reducionista, que vê o autismo como algo a ser corrigido ou normalizado. Enquanto o ativismo autista luta pela visibilidade e pelos direitos das pessoas autistas, o mercado e as políticas públicas alimentam a ideia de que os autistas devem ser moldados conforme padrões normativos, ao invés de reconhecer a complexidade e as necessidades de cuidado singular de cada pessoa diagnosticada como autista.

Embora o Ministério da Saúde tenha implementado, a partir de 2013, duas vertentes de cuidado para pessoas autistas — uma vinculada à Saúde Mental, com atuação nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

(CAPSi), e outra voltada à reabilitação intelectual, com base nos Centros Especializados em Reabilitação (CER) —, é imprescindível discutir o direcionamento e o orçamento dessas políticas públicas. Em 2023, por exemplo, o Ministério da Saúde destinou 540 milhões de reais para a implantação de 120 Núcleos Especializados em Autismo. Em contrapartida, os 2.700 Centros de Atenção Psicossocial (de todas as modalidades) espalhados pelo Brasil receberam apenas 344 milhões de reais (Fernandes et al., 2024). Essa discrepância orçamentária revela a priorização da medicalização e da especialização do autismo em detrimento de uma política de saúde mental integrada e acessível a todos os sujeitos, independentemente do diagnóstico.

Essa configuração não apenas fragiliza o financiamento e o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mas também reflete uma disputa de concepções sobre cuidado. Reforçamos que, nesse cenário, conforme apontam Amanda Fernandes, Maria Couto, Barbara Andrada e Pedro Delgado (2024), muitos pais-ativistas, críticos à RAPS, preferem modelos terapêuticos que se distanciam da lógica psicossocial e privilegiam a reabilitação intelectual. Diante desse cenário, surgem algumas questões que necessitam ressoar em futuras pesquisas e proposições políticas: de que cidadania estamos falando? A que lógica de direitos e pertencimento essas práticas estão atreladas e como isso impacta as políticas de cuidado e inclusão das “pessoas autistas” na sociedade? Em qual proposta de cuidado ético em saúde nos apoiamos?

Considerações Finais

Antigamente, acreditava-se que a “pessoa autista” vivia isolada em um mundo à parte, distante da realidade. Hoje, porém, a sociedade, insatisfeita com essa visão, constrói um novo “mundo próprio” para o autismo, repleto de classificações. Sob o pretexto de facilitar a comunicação entre profissionais no campo biomédico, essas classificações frequentemente acabam por restringir, em vez de compreender de forma crítica, a vasta diversidade da experiência humana. Paradoxalmente, enquanto afirmamos abraçar a diversidade, acabamos muitas vezes por categorizá-la como “neuroatípica”, um rótulo que, em vez de quebrar barreiras, pode reforçá-las, criando fronteiras que limitam a verdadeira inclusão.

O aumento dos diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a criação de novas categorias de cidadania, como exemplificado através da Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea) e o Sistema Nacional de Cadastro (SisTEA), levantam uma questão crucial: como essas medidas impactam a RAPS do SUS? Embora essas iniciativas visem a aprimorar o controle e a gestão das políticas públicas voltadas ao autismo, elas podem, inadvertidamente, reforçar estigmas e criar barreiras em vez de promover uma inclusão genuína.

A maneira como categorizamos o autismo pode refletir não apenas o desejo de controle e gestão, mas também nossas concepções sobre cidadania e inclusão na sociedade. Assim, lembramos dos escritos e práticas clínicas de Fernand Deligny, com crianças e jovens considerados fora da ordem, seja a jurídica e/ou a simbólica: “o ser autista [é], algumas vezes, tachado de surdo mental, quando ele simplesmente não seleciona os mesmos ruídos que nós” (2015, p. 103).

Diante desse cenário, bastante complexo, percebemos que o autismo, cada vez mais, estrutura-se como um campo discursivo repleto de disputas, onde alguns saberes, como a psiquiatria ou mesmo o direito, reivindicam-se hegemônicos e cujas decisões impactam significativamente a vida dos cidadãos.

Referências

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC, EUA: APA.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR* (4^a ed., texto revisado). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5^a ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

- Araújo, Inês L. (2006). Formação discursiva como conceito-chave para a arqueogenealogia de Foucault. Aulas - Dossiê Foucault, 3, dezembro de 2006/março de 2007. *Revista do Departamento de Filosofia da Unicamp*, (3), 1-15. https://unicamp.br/~aulas/revista_aulas/foucault/dossieFoucault.pdf
- Bercherie, Paul. (2001). A clínica psiquiátrica da criança. In Associação Psicanalítica de Belo Horizonte (Org.), *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura* (pp. 129–144). Belo Horizonte, Brasil: Autêntica.
- Bialer, M., & Voltolini, R. (2022). Autismo: história de um quadro e o quadro de uma história. *Psicologia em Estudo*, 27, e45865. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v27i0.45865>
- Brasil. (2012). *Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990*. Brasília, DF: Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm
- Brasil. (2015). *Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)*. *Diário Oficial da União: Seção 1*, 152(127), 2–11. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/13146.htm
- Brasil. (2019). *Lei nº 13.861, de 8 de março de 2019. Altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, para incluir as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista nos censos demográficos*. Brasília, DF: Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13861.htm
- Brasil. (2020). *Lei nº 13.977, de 7 de janeiro de 2020. Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), e dá outras providências*. Brasília, DF: Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L13977.htm
- Brasil. (2024). *Decreto nº 12.115, de 1º de janeiro de 2024. Institui o Sistema Nacional de Cadastro da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista*. Brasília, DF: Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/D12115.htm
- Caponi, S. (2012). *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Fiocruz.
- Castro, T. Q. (2020). *Análise da Lei 13.438 e suas implicações no cuidado em saúde mental infantil na atenção primária à saúde (APS)* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Ceará, Sobral, CE, Brasil.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024, 19 de julho). Data and statistics on autism spectrum disorder. Atlanta, GA: CDC. <https://www.cdc.gov/autism/data-research/index.html>
- Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. (2026). *Propostas legislativas sobre autismo em tramitação*. Brasília, DF: Congresso Nacional. <https://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/resultadoPesquisa?numero=&ano=&autor=&inteiroTeor=autismo&emtramitacao=Todas&tipoproposicao=%5BPL+-+Projeto+de+Lei%5D&data=02/12/2024&page=false>
- Conselho Federal de Psicologia. (2017). *Lei 13.438 precisa ser anulada*. Brasília, DF: CFP. <https://site.cfp.org.br/lei-13-438-precisa-ser-anulada/>
- Deligny, F. (2015). O aracniano. In L. Malimpensa (Trad.), *O aracniano e outros textos* (pp. 15–111). São Paulo, Brasil: n-1 edições.
- De Mello, A. G. (2015). “Ou todo mundo é louco ou ninguém é”: Refletindo sobre possibilidades de articulação entre deficiência e loucura. *Vivência: Revista de Antropologia*, 1(44). <https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/7022>
- Fernandes, A. D., Couto, M. C. V., Andrada, B. C., & Delgado, P. G. G. (2024). *A “indústria” do autismo no contexto brasileiro atual: Contribuição ao debate (Material Técnico)*. Rio de Janeiro, RJ: Instituto de Psiquiatria da UFRJ.
- Foucault, M. (1984). O que é o Iluminismo? In C. H. Escobar (Org.), *Michel Foucault: O dossiê – Últimas entrevistas, 1984*. São Paulo, Brasil: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2000). *Ditos e escritos II: Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento* (E. Monteiro, Trad.). Rio de Janeiro, Brasil: Forense Universitária.

- Foucault, M. (2012). *A arqueologia do saber* (1a ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Forense Universitária - Grupo GEN.
- Foucault, M. (2020). *História da sexualidade: A vontade do saber (Vol. 1)* (M. T. da Costa Albuquerque, & J. A. Guilhaon Albuquerque, Trans.). Rio de Janeiro: Paz & Terra.
- Freitas-Silva, L. R., & Ortega, F. J. G. (2014). A epigenética como nova hipótese etiológica no campo psiquiátrico contemporâneo. *Physis (Rio de Janeiro, Brazil)*, 24(3), 765–786. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312014000300006>
- Furtado, L. A. R. (2011). *Sua majestade o autista: Fascínio, intolerância e exclusão no mundo contemporâneo* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE. <https://proinclusao.ufc.br/wp-content/uploads/2020/06/tese-de-luis-achilles-rodrigues-furtado.pdf>
- Gallo, S. (2017). Biopolítica e subjetividade: resistência? *Educar em Revista*, 33(66), 77–94. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.53865>
- Giacoa Junior, O. (2008). Sobre direitos humanos na era da bio-política. *Kriterion: Revista de Filosofia*, 49, 267–308.
- Hacking, Ian. (2009). *Ontologia histórica* (L. Mendes, Trad.). São Leopoldo, Brasil: Editora Unisinos.
- Hüning, S. M., & Scisleski, A. C. C. (2018). Ressonâncias de uma epistemologia foucaultiana em Psicologia Social. *Psicologia & Sociedade*, 30, e170632. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30i170632>
- Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(Supl 1), s3–s11. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1516-44462006000500002>
- Marfinati, A. C., & Abrão, J. L. F. (2014). Um percurso pela psiquiatria infantil: Dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. *Estilos da Clínica*, 19(2), 244. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v19i2p244-262>
- Martinhago, F., & Caponi, S. (2019). Breve história das classificações em psiquiatria. *INTERthesis*, 16(1), 73–90. DOI: <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2019v16n1p73>
- Ministério da Saúde. (2012, abril 24). *Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF: MS. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
- Pereira, M. E. C. (2007). Griesinger e as bases da “Primeira psiquiatria biológica”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 685–691. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1415-47142007000400010>
- Piccolo, G. M. (2024). Do pensamento autístico de Eugen Bleuler ao DSM-V: A construção epistemológica do autismo e a explosão de sua manifestação. (Preprint). DOI: <https://doi.org/10.1590/scielopreprints.8383>

Contribuição dos Autores

Conceitualização: LSS; RPM
Redação do manuscrito: LSS; RPM
Análise dos dados: LSS; RPM
Revisão e edição: LSS

Submetido em: 12/08/2025
Aceito em: 22/03/2026

Como citar:

Silva, L. S., & Mélo, R. P. Autismo, transição taxonômica e biopoder: repercussões políticas no Brasil. *Rev. Polis e Psique*. 2026, 16: e026020.

Financiamento:

Não houve financiamento.