

# De onde vem o estereótipo autista: a história médica e atravessamentos atuais

Ange Machado Muniz Vieira<sup>1</sup>

Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS - ICS/UFAL)

**Resumo:** O presente artigo busca entender o surgimento do estereótipo autista, percorrendo trabalhos publicados sobre autismo desde 1943 até as mais recentes edições de manuais médicos. A partir dessas fontes, identifico uma descrição estereotípica sobre o autista que se atualiza na prática médica contemporânea. Seria o autismo algo exclusivamente branco, infantil, cis e masculino? Exploro essa questão, apresentando dados preliminares da minha pesquisa de mestrado em antropologia, na interlocução com pessoas que foram diagnosticadas como autistas na vida adulta. Busca-se descrever, portanto, como o estereótipo autista no imaginário social dificulta e prejudica não apenas o diagnóstico de pessoas que fazem parte de minorias sociais, bem como questionar (a falta de) acessos às políticas públicas sob a luz das interseccionalidades do autismo.

**Palavras-chave:** autismo; estereótipo autista; diagnóstico tardio.

Presente em discussões nas redes digitais, pautas políticas, movimentos sociais e em diversas formas de entretenimento, o autismo se torna algo cada vez mais em evidência. Entretanto, o Transtorno de Espectro Autista<sup>2</sup> nem sempre teve esse nome, conotação ou reconhecimento. Sua história, apesar de muito breve – o primeiro trabalho sobre autismo foi publicado durante a Segunda Guerra Mundial –, ocorre com diversas controvérsias, como se espera de todas as questões humanas.

Segundo o Ministério da Saúde, “o TEA é um distúrbio caracterizado pela alteração das funções do neurodesenvolvimento do indivíduo, interferindo na capacidade de comunicação,

---

<sup>1</sup> Bacharel em Design (FAU/UFAL); bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

<sup>2</sup> Apesar de ser chamado de “Transtorno do Espectro Autista” ou pela sigla “TEA” em textos médicos e manuais diagnósticos, irei me referir ao TEA como autismo, seguindo a recomendação de diversos ativistas autistas, exceto quando tratar de categorias clínicas e nomenclaturas do diagnóstico.

linguagem, interação social e comportamento” (Brasil, 2022). Mesmo sendo esta a definição do Sistema de Saúde brasileiro, o autismo ainda é muitas vezes tratado como doença, transtorno, identidade, milagre, superpoder, evolução espiritual e até uma suposta prova do perigo das vacinas por fanáticos de extrema-direita. A falta de informação sobre o autismo, bem como a ignorância sobre sua história faz com que os mais desavisados sejam facilmente enganados por histórias fantasiosas e remédios milagrosos. Sobre isso, irei tratar mais à frente.

Dessa forma, se torna essencial entender a progressão de fatos sobre o autismo, de modo a entender mais, também, sobre o que precisam os autistas. Entendo, porém, que é um assunto denso e sensível. Para discutir o autismo sob a ótica antropológica, é necessário antes entender o cenário e história médica que fez com que chegássemos até aqui, de modo que possamos entender em maior profundidade quais noções se perpetuam até os dias de hoje, e por quê. Assim, este artigo será dividido em três principais seções, decorrentes da fase inicial de pesquisa para minha dissertação de mestrado: primeiramente, faço um levantamento histórico do autismo enquanto diagnóstico médico, a partir da publicação de artigos, livros e manuais diagnósticos por psiquiatras e psicólogos, desde 1943 até 2022; em segundo lugar, busco apresentar como o contexto onde foram desenvolvidos os principais estudos sobre autismo ressoam nas principais noções e estereótipos sobre autismo na atualidade; e por fim, procuro discutir brevemente a importância de entender o autismo como parte de um indivíduo num determinado contexto através de breves relatos de experiência, sem perder de vista a importância de focar as pesquisas antropológicas não apenas no autismo, mas na pessoa autista.

### **Perspectivas médicas do Autismo: de Kanner ao DSM-5**

O que os manuais médicos atualmente chamam de TEA surge na literatura pela primeira vez em 1943, através de artigo escrito pelo psiquiatra Leo Kanner. Publicado na revista “Nervous Child” (*Criança Nervosa*, em tradução livre), seu artigo Distúrbios Autistas do Contato Afetivo<sup>3</sup> relata as observações feitas sobre onze crianças com idades entre 2 e 10 anos. A partir de cartas dos pais, visitas ao consultório, exames clínicos e levantamento de dados sobre a estrutura familiar, Kanner fala sobre infantes afetivamente deficientes, que teriam

---

<sup>3</sup> Tradução livre do original “Autistic Disturbances of Affective Contact”.

nascido sem a predisposição humana de ser social (Kanner, 1943; Volkmar e McPartland, 2014).

Kanner (1943) apresenta não apenas as características das crianças, mas os cenários onde se encontram: os relatos tratam de oito meninos (de 2 a 6 anos) e três meninas (de 7 a 10 anos). Os pais eram bem-sucedidos, sendo profissionais e/ou empreendedores de sucesso; a maioria das mães tinha curso superior, e as que não, tinham carreiras promissoras em outros departamentos. Duas das crianças tinham ascendência judia, enquanto as outras nove tinham ascendência anglo-saxã; todas pertenciam a famílias bem-estabelecidas e com alto poder aquisitivo.

O autor descreve que as famílias eram, muitas vezes, frias, formais e obcecadas, o que poderia ter relação com o suposto distúrbio afetivo das crianças. Elas evitavam contato, não brincavam com outras crianças, viviam afastadas e em seu próprio mundo. Muitas vezes, o autor se referia às crianças como ocupadas se entretendo sozinhas (Kanner, 1943).

Do outro lado do mundo, no mesmo período, outro psiquiatra austríaco também escrevia sobre autismo. Em 1944, Hans Asperger publica seu artigo ‘Psicopatia Autista’ na Infância<sup>4</sup>, onde escrevia sobre crianças de falas pedantes, que agiam como pequenos professores (Asperger, 1991). É importante perceber como, inicialmente, o autismo não era visto como diagnóstico *per se*, mas uma espécie de subtipos de outros transtornos: esquizofrenia, para Kanner, e psicopatia, para Asperger.

Outra diferença entre os dois autores era a interpretação das ações das crianças: Kanner não fala de comportamento pernicioso, mas busca apenas descrever as ações das crianças (gritar, jogar livros em sanitários, quebrar coisas, fazer birra); Asperger, por outro lado, coloca as crianças como maliciosas, que tomariam atitudes calculadas para causar transtorno sem se importar com o bem-estar de outras pessoas (Kanner, 1943; Asperger, 1991; Frith, 1991). Publicada durante a Segunda Guerra Mundial e em alemão, a obra de Asperger não teve muita notoriedade em seu campo até quase trinta anos depois de sua primeira publicação (Wing, 1991; Volkmar e McPartland, 2014).

---

<sup>4</sup> Tradução livre da tradução em inglês “‘Autistic Psychopathy’ in childhood”.

Em 1948, Kanner escreve num artigo publicado pela Times que crianças autistas seriam filhas de pais autoritários, que as conservavam em geladeiras que não descongelavam (Abreu, 2022). Assim, Kanner entendia que o autismo estaria relacionado com o contexto familiar das crianças com as quais ele desenvolveu sua pesquisa: eram de famílias ricas, bem-sucedidas, com pais poderosos. Entretanto, faltou a Kanner perceber que, sendo o psiquiatra infantil mais reconhecido dos Estados Unidos na época, mesmo sua consulta seria inacessível para a maioria das outras crianças em outros contextos familiares (Volkmar e McPartland, 2014).

É a partir das conclusões errôneas de Leo Kanner, ao ignorar o viés de seleção de sua própria pesquisa, que Bruno Bettelheim vai escrever o que foi um grande clássico sobre o autismo na época. Sendo um austríaco que atuava como psicanalista<sup>5</sup>, no livro *A Fortaleza Vazia* (1967), Bettelheim leva a metáfora de Kanner – sobre crianças autistas estarem conservadas em geladeiras que nunca descongelavam por pais autoritários – às últimas consequências (Abreu, 2022). Sua teoria era de que “o autismo tem essencialmente tudo a ver com o que acontece desde o nascimento”, apesar de não descartar que algum desvio pré-natal do desenvolvimento pudesse ser um fator contribuinte (Bettelheim, 1967, p. 393).

O autor também diz que o autismo poderia ser causado pela falta de resposta adequada da mãe ao amamentar o bebê, já que “a revolta de uma criança ou sua retirada autista do mundo podem ser causadas por algo que aconteça tão cedo na vida que, a não ser que as primeiras alimentações tenham sido cuidadosamente observadas, pode parecer consequência de comportamento nato” (Bettelheim, 1967, p. 395). Assim, para Bettelheim, o autismo seria uma espécie de deficiência afetiva adquirida através, principalmente, da falha materna para com o bebê ainda recém-nascido. Dessa forma, nas primeiras décadas após a publicação de Kanner, havia uma forte crença de que o autismo seria uma manifestação prévia de psicose ou esquizofrenia infantil (Volkmar e McPartland, 2014). Apesar do trabalho de Bettelheim ressoar ainda hoje em estigmas, estereótipos e desinformações sobre o autismo, já na década de 1960 haviam trabalhos publicados que discordavam de sua posição.

---

<sup>5</sup> Bettelheim era um comerciante e havia estudado filosofia e história da arte. Entretanto, apesar de estar em processo de análise, não tinha formação na área (Streitfeld, 1990). Mesmo assim, tornou-se um dos nomes grandes da psicanálise nos Estados Unidos, e sua história é atualmente vista com controvérsias, principalmente suas duras críticas às mães. Para mais, ver Pollak (1998).

O estigma de que autismo seria culpa dos pais e, principalmente, das mães resultou numa resposta gradual de pais ativistas em países anglófonos (Abreu, 2022). Um deles foi Bernard Rimland, psicólogo estadunidense pai de um filho autista, que em 1964 realizou uma pesquisa apontando os fatores neurobiológicos para o autismo (Volkmar e McPartland, 2014; Abreu, 2022), sendo duramente criticado por Bettelheim por ser “um psicólogo [...] desinteressado na *psique* de crianças autistas, já que não as estudou enquanto pessoas e apenas questionou sobre a estrutura neurológica de seus cérebros (Bettelheim, 1967, p. 433). Pode-se dizer que, para o atuante em psicanálise, acreditar na causa neurobiológica do autismo – apesar de Bettelheim não ter descartado predisposições ou alguma participação de fatores genéticos para a origem do transtorno – seria prova de um desinteresse na criança autista e fixação no autismo ou na estrutura cerebral.

Apesar das disputas quanto à causa do autismo, entre fatores genéticos ou ambientais, no fim da década de 1970 já havia um consenso da importância de se estudar o autismo como algo separado da esquizofrenia (Rutter, 1972; Volkman e McPartland, 2014, p.198). É o psiquiatra Michael Rutter (1978) que cria os primeiros critérios diagnósticos de autismo como autismo<sup>6</sup>. Os quatro critérios de Rutter deveriam ser exemplificados por um número de características específicas, que deveriam estar em desacordo com o nível intelectual da criança. Tais critérios são: as características devem estar presentes antes dos 20 meses; o desenvolvimento social deve ser debilitado; deve haver presença de desenvolvimento de linguagem atrasado e desviante; e, por fim, a “insistência em mesmice”, como resistência a mudanças, padrões repetitivos de brincadeiras e preocupações anormais (Rutter, 1978; Volkman e McPartland, 2014; Rosen, Lord e Volkmar, 2021).

O trabalho de Rutter exerceu grande influência na terceira edição do Diagnostic and Statistic Manual Mental Disorders, o DSM-3<sup>7</sup>, publicado em 1980. A partir desta edição,

---

<sup>6</sup> Kanner havia descrito uma lista de critérios diagnósticos do “distúrbio de contato afetivo”, ao contrário de Asperger (Wing, 1991). Entretanto, é Rutter (1972) que escreve sobre separar, de uma vez por todas, o autismo da esquizofrenia, definindo critérios diagnósticos para o autismo em si (Rutter, 1972; Rutter, 1978; Volkman e McPartland, 2014).

<sup>7</sup> Em português, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Tanto em inglês quanto em português, se utiliza a sigla DSM ao lado do número da edição e, se for o caso, a indicação da edição revisada através das letras R ou TR. O DSM-3, portanto, é a terceira edição do Manual, e o mesmo padrão de sigla se repete para as outras edições.

categorias como “autismo infantil” e “autismo infantil residual”<sup>8</sup> se tornam diagnósticos formais nos Estados Unidos (American Psychiatric Association, 1980; Volkman e McPartland, 2014). Entretanto, havia pouca flexibilidade quanto aos critérios diagnósticos (Rosen, Lord e Volkman, 2021, p. 4255; Abreu, 2022, p. 12). Esse cenário muda com Lorna Wing, psiquiatra do Reino Unido e mãe de uma criança autista. Ao resgatar a obra de Asperger, de 1944, ela publica em 1981 um estudo que relacionava o autismo de Kanner ao autismo de Asperger, entendendo-os como parte de um mesmo *continuum* de deficiência social (Wing, 1981; 1991; Abreu, 2022). Ela defende a utilização do termo “Síndrome de Asperger” não para diferenciar as condições, mas permitir a identificação e diagnóstico dessas pessoas. Segundo a autora:

Até que as etiologias de tais condições sejam conhecidas, o termo [síndrome de Asperger] ajuda a explicar o problema de crianças e adultos que têm características autísticas, mas que falam gramaticalmente e não são socialmente indiferentes. Tais pessoas deixam perplexos pais, professores e supervisores do trabalho, que geralmente não conseguem acreditar num diagnóstico de autismo, o qual equiparam com mudez e retraimento social total. O uso de um termo diagnóstico e uma referência às descrições clínicas de Asperger podem ajudar a convencer as pessoas preocupadas que haja um problema real envolvendo deficiências intelectuais sutis, mas importantes, e necessitando de educação e gerenciamento cuidadosos (tradução livre de Wing, 1981, p. 124, tradução livre).

Acredito ser importante perceber a preocupação de Wing, ainda em 1981, sobre os indivíduos que possuem características autísticas, mas não agem como o estereótipo de autismo esperado – no caso descrito por Wing (1981), mudez e retraimento social total. A discussão trazida por Wing reflete na décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), publicada em 1990 pela Organização Mundial de Saúde. Separado em duas edições, uma para pesquisa e uma para a prática médica, o CID-10 utiliza o termo Transtornos Globais do Desenvolvimento (código F84), que seriam:

Grupo de transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Estas anomalias qualitativas constituem

---

<sup>8</sup> Pessoas autistas crescem e, com o tempo, podem parar de apresentar características do “autismo clássico”. Assim, criou-se categorias diagnósticas para crianças que cumpriam os critérios para autismo, e depois as deixaram de cumprir; assim como para as que começaram a apresentar características de autismo após período de desenvolvimento típico (Volkmar e McPartland, 2014, p. 198-199; Rosen, Lord e Volkman, 2021, p. 4255). Na revisão de 1987 do DSM-3, o DSM-3-R, a categoria “autismo infantil” se tornou “transtorno autista” (Rosen, Lord e Volkman, 2021, p. 4255).

uma característica global do funcionamento do sujeito, em todas as ocasiões (Organização Mundial da Saúde, 1994, p. 49).

O grupo designado pelo CID-10 abrange oito diagnósticos: autismo infantil; autismo atípico; Síndrome de Rett; outro transtorno desintegrativo da infância; transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados; Síndrome de Asperger; outros transtornos globais do desenvolvimento; e transtornos globais não especificados do desenvolvimento (Organização Mundial da Saúde, 1994, p. 49-51). Enquanto os critérios do DSM-3 eram considerados muito abrangentes, os do CID-10 eram considerados muito restritos na pesquisa e muito vagos na clínica médica, além de complicar comparações de pesquisas utilizando os diferentes padrões diagnósticos (Volkmar e McPartland, 2014; Rosen, Lord e Volkmar, 2021).

O DSM-4, levando tais dificuldades em consideração, tentou criar parâmetros que fossem úteis à clínica médica e à pesquisa, se utilizando de menos critérios e em menor nível de detalhe (Rosen, Lord e Volkmar, 2021). Adicionando a Síndrome de Asperger na lista de diagnósticos, o DSM-4 gerou certas controvérsias: o diagnóstico descrito pelo manual se diferenciava de várias maneiras do que foi originalmente descrito por Hans Asperger e, desse modo, diferentes abordagens para chegar a esse diagnóstico permaneceram em uso (Volkmar e McPartland, 2014; Rosen, Lord e Volkmar, 2021).

Publicada em 2013, o DSM-5 é uma das publicações mais atuais e influentes para a clínica médica da saúde mental, e estabelece os seguintes critérios diagnósticos para o autismo: déficits persistentes na comunicação e interação social em múltiplos contextos, como anormalidade em estabelecer contato visual, iniciar ou manter conversas, e dificuldade em ajustar o comportamento para diversos contextos sociais; e padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses e/ou atividades, como ecolalia<sup>9</sup>, hiper ou hipo-reatividade a

---

<sup>9</sup> Segundo Barros, Fonte e Souza (2020, p. 176), a ecolalia pode ser definida como “a repetição do discurso de outra pessoa de forma involuntária e, aparentemente, sem sentido. Pessoas com a fala ecolálica podem repetir uma palavra ou frases inteiras com a entoação e o sotaque do orador”. Entretanto, salientam que “a ecolalia também está presente na criança em processo de aquisição da linguagem sem que represente um sinal de algo desorganizado, mas como uma característica da aquisição de competências linguísticas conhecida como ‘especularidade’” (Barros, Fonte e Souza, 2020, p. 176). Entretanto, a ecolalia não necessariamente se restringe a fala de outras pessoas, nem a formas de comunicação. Ela pode acontecer como auto-regulação sensorial, por exemplo (Rudy, 2023).

estímulos sensoriais, adesão inflexível a padrões ou rotinas (American Psychiatric Association, 2014; Rosen, Lord e Volkman, 2021).

Ainda segundo o manual, tais sintomas devem estar presentes precocemente no período de desenvolvimento e devem causar prejuízo significativo no funcionamento social, pessoal, profissional etc. Além disso, tais dificuldades não devem ser melhor explicadas pelos diagnósticos de transtorno de desenvolvimento intelectual ou por atraso global do desenvolvimento (American Psychiatric Association, 2014). Uma das maiores inovações do DSM-5 no autismo foi a eliminação de subcategorias, eliminando o autismo infantil, Síndrome de Asperger e outros termos. Dessa forma, no DSM-5 todos estavam sob o Transtorno do Espectro Autista e separados em três níveis de suporte: precisa de apoio, precisa de apoio substancial e precisa de apoio muito substancial<sup>10</sup> (American Psychiatric Association, 2014; Volkman e McPartland, 2014; Rosen, Lord e Volkman, 2021).

Pode-se perceber como, nas atualizações do DSM (figura 1), desde 1980 a 2013, o autismo passa por grandes mudanças também dentro da comunidade médica: de condição necessariamente infantil para a existência de Transtorno Autista e Síndrome de Asperger; e, depois, para a unificação no Transtorno do Espectro Autista. Apesar de a prevalência entre diagnósticos entre homens e mulheres permanecer semelhante entre os manuais (de 3 a 5 vezes mais comum na população masculina), a prevalência na população em geral salta de entre 0,02% e 0,05% para 1% da população em apenas três décadas.

Figura 1: comparativo entre os diagnósticos de autismo no DSM-III, DSM-IV e DSM-V.

---

<sup>10</sup> A definição de níveis de suporte utilizada pelo DSM-5 por vezes é utilizada por ativistas autistas e, outras vezes, criticadas por eles. Falarei brevemente do assunto adiante. A discussão sobre o tema pode ser encontrada em Nicolau e Assis (2023).

1980 <b>DSM-III</b>	1994 <b>DSM-IV</b>	2013 <b>DSM-v</b>
<p><b>DIAGNÓSTICO</b></p> <p><b>299.0x</b> Autismo infantil;  <b>299.00</b> Autismo infantil;  síndrome completa presente;  <b>299.01</b> Autismo infantil,  estado residual.</p> <p><b>PREVALÊNCIA</b></p> <p>2-4 pessoas a cada 10.000.  3 vezes mais comum em meninos  que em meninas.</p> <p>Segundo o manual, é mais comum  em famílias de classe alta, mas a  razão para tal não é clara.</p>	<p><b>DIAGNÓSTICO</b></p> <p><b>299.00</b> Transtorno autista;  <b>299.10</b> Transtorno  Desintegrativo da Infância;  <b>299.80</b> Transtorno global do  desenvolvimento sem outra  especificação  <b>299.80</b> Síndrome de Asperger;  <b>299.90</b> Síndrome de Rett.</p> <p><b>PREVALÊNCIA - Autismo</b></p> <p>2-5 pessoas a cada 10.000.  4 a 5 vezes mais comum em  meninos que em meninas.  As meninas autistas teriam "grau  de retardo mental" mais severo.</p> <p><b>PREVALÊNCIA - Síndr. Asperger</b></p> <p>Não há informações estatísticas  para estimar a prevalência.  Aparenta ser mais comum em  meninos.</p>	<p><b>DIAGNÓSTICO</b></p> <p><b>299.00</b> Transtorno do Espectro  Autista;</p> <p>Níveis de Gravidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exige apoio;</li> <li>• exige apoio substancial;</li> <li>• exige apoio muito substancial.</li> </ul> <p><b>PREVALÊNCIA - Autismo</b></p> <p>1 pessoa a cada 100.  4 vezes mais comum em meninos  que em meninas.  As meninas autistas teriam mais  propensão a apresentar deficiência  intelectual concomitante.</p>

Fonte: adaptado de American Psychiatric Association (1980; 1994; 2014).

Publicado em 2018 e válido a partir de 1 de janeiro de 2022, o CID-11 também elimina a Síndrome de Asperger como diagnóstico oficial, trazendo o Transtorno do Espectro Autista na seção de “Transtornos mentais, comportamentais ou do desenvolvimento (Organização Mundial da Saúde, 2024). Segundo o CID-11:

O transtorno do espectro autista é caracterizado por déficits persistentes na habilidade de iniciar e manter interações sociais e comunicação social recíprocas, e por uma gama de padrões de comportamento, interesses ou atividades restritos, repetitivos e inflexíveis, que são claramente atípicos ou excessivos para a idade e o contexto cultural do indivíduo. O início do transtorno ocorre durante o período do desenvolvimento, tipicamente na primeira infância, mas os sintomas podem não se manifestar plenamente até mais tarde, quando as demandas sociais excedem as capacidades limitadas. Os déficits são graves o suficiente para causar prejuízos no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional e em outras áreas importantes, e são, geralmente, uma característica generalizada do funcionamento do indivíduo, observável em todos os ambientes, podendo variar de acordo com o contexto social, educacional ou outro. Os indivíduos ao longo do espectro exibem toda a gama de funcionamento intelectual e habilidades de linguagem (Organização Mundial da Saúde, 2024)

Enquanto o DSM-5 categoriza o autismo a partir de sua necessidade de suporte, o CID-11 utiliza a abordagem de dividi-lo a partir da presença, deficiência ou ausência de transtorno de desenvolvimento intelectual e/ou linguagem funcional. Dessa forma, os termos como Síndrome de Asperger e Síndrome de Rett não são mais utilizados oficialmente (ver figura 2).

Figura 2: Comparação entre as subcategorias de autismo segundo o CID-10 e CID-11<sup>11</sup>.

1990 <b>CID-10</b>	2018 <b>CID-11</b>
<p><b>F80-89: Transtornos do desenvolvimento psicológico</b></p> <p><b>F84:</b> Transtornos globais do desenvolvimento</p> <p><b>F84.0</b> Autismo infantil;</p> <p><b>F84.1</b> Autismo atípico;</p> <p><b>F84.2</b> Síndrome de Rett;</p> <p><b>F84.3</b> Outro transtorno desintegrativo da infância;</p> <p><b>F84.4</b> Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados;</p> <p><b>F84.5</b> Síndrome de Asperger;</p> <p><b>F84.8</b> Outros transtornos globais do desenvolvimento;</p> <p><b>F84.9</b> Transtornos globais não especificados do desenvolvimento.</p>	<p><b>06: Transtornos mentais, comportamentais ou do desenvolvimento</b></p> <p><b>6A02:</b> Transtorno do Espectro Autista</p> <p><b>6A02.0</b> Transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com deficiência leve ou inexistente da linguagem funcional;</p> <p><b>6A02.1</b> Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual com deficiência leve ou inexistente da linguagem funcional</p> <p><b>6A02.2</b> Transtorno do espectro autista sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com deficiência da linguagem funcional</p> <p><b>6A02.3</b> Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e deficiência da linguagem funcional;</p> <p><b>6A02.5</b> Transtorno do espectro autista com transtorno do desenvolvimento intelectual e com ausência de linguagem funcional;</p> <p><b>6A02.Y</b> Outro transtorno especificado do espectro autista;</p> <p><b>6A02.Z</b> Transtorno do espectro autista, não especificado.</p>

Fonte: Adaptado da Organização Mundial de Saúde (1994; 2024).

São mais de oitenta anos de pesquisas clínicas, termos em disputa e revisões diagnósticas. Nesta breve linha do tempo (figura 3), busco mostrar os pontos principais da

<sup>11</sup> O autismo não é uma condição reconhecida no CID-9, de 1976. É a partir do DSM-III e do CID-10 que o autismo se torna uma condição clínica oficialmente, com código e critérios diagnósticos definidos.

história médica do autismo. Não busco aqui abordar a criação das ONGs sobre autismo ou do ativismo de familiares, apesar de também fazerem parte da história do autismo e dos avanços políticos e sociais sobre o tema<sup>12</sup>, mas busca mostrar como os avanços médicos – quais, de onde, por quem – ressoam atualmente.

Figura 3: Linha do tempo da literatura médica sobre autismo.

---

<sup>12</sup> Mais sobre a participação dos familiares em ONGs sobre autismo no Brasil, ver Carvalho (2022).



Fonte: o autor (2025).

Lembro de, ainda em 2020, acompanhar a expectativa de muitos ativistas autistas pela oficialização do CID-11 como parâmetro diagnóstico no Brasil, seguindo o que fora feito pelo DSM-V: a extinção do autismo infantil e Síndrome de Asperger, e a definição de um Espectro Autista. Essa expectativa pelo CID-11 mostra como a luta e movimento autista não perpassa apenas pelas esferas de políticas públicas ou organização social, mas também estão atentas aos desenvolvimentos clínicos e médicos sobre autismo e deficiência. O autismo é transpassado por inúmeros atravessamentos, os quais dividem opiniões entre autistas ativistas de “nível 1”, autistas “mais severos” e pais atípicos. Entretanto, não me aprofundarei neste tópico durante este artigo. É necessário, antes de entender as infinitas diferenças e possibilidades entre os autismos, entender o impacto do imaginário social onde só existe um jeito de ser autista.

### **Diagnóstico e estereótipo autista**

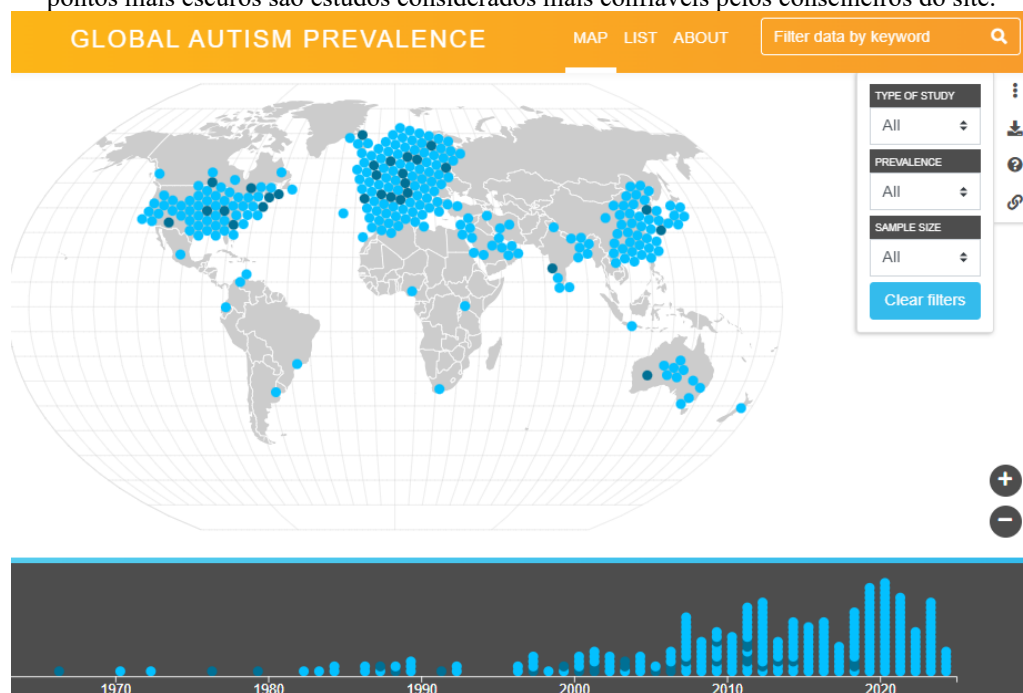
Descrever a história médica do autismo, mesmo que em média profundidade, é uma atividade essencial para ter uma visão mais ampla das problemáticas do estigma, estereótipo e dificuldades do diagnóstico do autismo. Segundo Volkman e McPartland (2014), antes do DSM-3, o autismo não era reconhecido como um diagnóstico e, por isso, pesquisas sobre o tema eram difíceis de interpretar, já que não havia uma base diagnóstica comum entre os estudos. Dessa forma, da perspectiva clínica, o sistema diagnóstico bem implementado pode facilitar tratamentos, pesquisa e desenvolvimento de políticas públicas necessárias a essa população (Volkman e McPartland, 2014).

A influência de critérios diagnósticos e manuais médicos não influencia apenas a perspectiva clínica do autismo. Afinal, o estereótipo autista não se constrói rapidamente; sua presença no imaginário coletivo inicia já no artigo de Kanner. São crianças de famílias ricas, majoritariamente anglo-saxãs, do sexo masculino. Segundo Volkmar e McPartland (2014), havia pouca consciência do viés de seleção em potencial (as famílias com condições de contatar o psiquiatra especializado em crianças no país). Podemos perceber como o entendimento que o autismo é mais comum em meninos – mas que meninas teriam deficiência intelectual mais acentuada, ou seja, sintomas mais aparentes e considerados mais “severos” no DSM-IV e DSM-V mostram a disparidade de entendimento e expectativa de performance de gênero nas crianças. Isso mostra-se com Leo Kanner, em 1943, onde as meninas que foram observadas eram mais

velhas que os meninos. O fato de serem menos meninas, serem mais velhas na pesquisa de Leo Kanner; assim como o fato de meninas com maior “severidade” e/ou prejuízos serem diagnosticadas são, por si só, um dado relevante no que se refere a entender *quem* é autista.

Dessa forma, na década de 1950 e 1960, havia a impressão de que o autismo era algo exclusivo de famílias ricas e bem-sucedidas, relacionado às formas de criação e relacionamento com os pais (American Psychiatric Association, 1994; Volkmar e McPartland, 2014; Campoy, 2014; Abreu, 2022). As maiores pesquisas médicas sobre autismo ocorreram no Norte Global, nos Estados Unidos ou Reino Unido, por pesquisadores anglo-saxões ou radicados. Da mesma forma, as pesquisas pioneiras aconteciam com famílias de maior poder econômico, em clínicas ou escolas especializadas em “crianças-problema” intelectual ou socialmente. É importante salientar que a diferença entre estudos estatísticos sobre autismo entre Norte e Sul Global é, ainda, gritante. O site Spectrum se dedica a catalogar pesquisas sobre estudos estatísticos de autismo ao redor do mundo, com dados desde 1962 a 2024. É possível ver a diferença de publicações científicas sobre essa população ao comparar a Europa Ocidental, Estados Unidos, Austrália e Leste Asiático com a América Latina, África e Ásia Central e Meridional (ver figura 4).

Figura 4: Prevalência de estudos sobre autismo ao redor do mundo. Na imagem, cada ponto é uma pesquisa, e os pontos mais escuros são estudos considerados mais confiáveis pelos conselheiros do site.



Fonte: Spectrum, 2024.

Wing (1981; 1991) havia previsto que as pessoas com a chamada “síndrome de Asperger” provavelmente eram sub-diagnosticadas, pois crianças que estudassem em escolas típicas e não chamassem a atenção da equipe médica não seriam avaliadas neuropsicologicamente para este fim. Há pouco interesse em estudar o autismo em adultos, e ainda há uma forte associação entre a palavra “autista” e “criança” (Caitité, 2017, p. 139). Assim, forma-se um perfil específico de pessoa autista, baseado e reafirmado também pelos avanços científicos sobre o tema: são crianças, de sexo masculino, brancas, cis. O diagnóstico aos indivíduos que fogem dessa norma, portanto, torna-se mais difícil – e, por isso, mais importante. Bassette (2022) escreve sobre o impacto do diagnóstico tardio em autistas adultos: por vezes, conforto, explicação ou até um “baque”. Como um processo clínico e multidisciplinar, o diagnóstico de autismo em adultos depende não apenas de informação do corpo médico e do paciente, mas também uma alta consciência do *masking*<sup>13</sup> e estratégias utilizadas pelo autista durante a vida.

Entretanto, há barreiras específicas para o diagnóstico em adultos e, para tal, gostaria de trazer relatos recentes de minha cidade natal, Maceió. Em 2024, assina-se a ordem de construção para a primeira Casa do Autista na cidade. Segundo reportagem do Alagoas Alerta (2024), são 1200 metros quadrados que promovem atendimento de psicologia, neuropediatria, fonoaudiologia, terapia ocupacional, educação física e outras especificidades. Atendem a todos os níveis de suporte, para autistas de **zero a dezoito anos**:

Quero parabenizar as mães por esta realização. São mais de 1200 metros quadrados construídos, onde teremos todas as terapias necessárias para as crianças. Uma jornada que antes era penosa, agora conta com tudo em um só lugar (Prefeito JHC, de Maceió, para reportagem do site Alagoas Alerta, 2024).

Na breve fala do prefeito, podemos perceber algumas informações interessantes. Primeiro, a congratulação às mães: são elas as cuidadoras, que formam grande parte das ONGs e que montam redes de apoio próximas. Ao participar do Projeto Vozes com Autismo, evento realizado pela Justiça Federal em Maceió, contei apenas um pai nas barracas de “famílias

---

<sup>13</sup> Do inglês “mascarar” ou “mascaramento”, *masking* é a prática na qual pessoas autistas se esforçam para esconder suas características autísticas para serem percebidas como neurotípicas. É uma camuflagem, consciente ou não, para se adaptar a fatores sociais externos.

atípicas empreendedores”. Além disso, eram as mães que acompanhavam, vendiam, conversavam, palestravam e assistiam. Um dos juízes que apresentava o evento falou, logo após apresentar as mulheres que iriam falar para a plateia: “quem melhor para falar sobre autismo do que essas mães?”.

Essa noção está relacionada, também, à noção de que o autismo é infantil. Isso é mostrado quando a Casa do Autista em Maceió é pensada para atender o público de zero a dezoito anos; quando apenas uma das ONGs sobre autismo na cidade não impõe limite de idade para associar-se; quando o prefeito diz que constrói 1200 metros quadrados com tudo necessário “para as crianças”. Assim como espera-se que uma mulher seja completa ao ter filhos, pensar o autismo enquanto coisa infantil implica na presença de uma mãe – cuidadora, atenciosa, batalhadora, mas quase sempre uma mãe.

Iniciando o trabalho de campo, procurei uma colega estudante de terapia ocupacional em uma universidade pública na cidade de Maceió. Ao perguntá-la sobre grupos de pesquisa ou associações que trabalhassem com autistas adultos, a resposta foi:

[..] geralmente, quando é T.O [terapia ocupacional] trabalhando com adulto, tem mais que trabalham com essa parte de terapia da mão, reabilitação neurológica, reabilitação cognitiva... então, tipo, ah, idosos, assim, com Alzheimer, terapia da mão se sofreu um acidente, alguma contusão... coisas assim, sabe? Essa parte do autismo não tem tanto voltado para adulto, tanto que a gente costuma falar que parece... parece não, né, **existe um limbo**. Então **quando a pessoa completa 18 anos, parece que ela é... desassistida, basicamente, sabe?** [...] A lacuna... de verdade, é enorme (Interlocutora estudante de terapia ocupacional, grifo meu).

Se há a dificuldade de imaginar mulheres e/ou adultos autistas, o imaginário popular que se tem de autismo atualmente não é apenas de algo infantil, mas também familiar. Como mostrado pela história médica, os pais de pessoas autistas foram sempre muito influentes não apenas em decisões médicas, mas também na participação política e social. Valéria Aydos descreve como o autismo não afeta apenas as pessoas autistas, ao dizer que “o autismo é uma categoria fluida, compreendida e habitada de diferentes formas, tanto por quem é assim diagnosticado, como por quem se relaciona ou convive com ‘pessoas com autismo’” (Aydos, 2017, p. 75).

As associações e movimentos familiares foram e são muito importantes no avanço de políticas públicas e discussão sobre autismo, seja na esfera médica, política ou social (Carvalho,

2022; Abreu, 2022). Segundo Carvalho, (2002, p. 45), o ativismo autista de familiares propiciou que o autismo no Brasil seja visto como algo “associado às políticas públicas e práticas de assistência, saúde e educação”. Dessa forma, “as associações de familiares de autistas ganharam, ao longo das décadas, um papel fundamental no reconhecimento do autismo”. A atuação familiar é, portanto, fundamental no entendimento do autismo enquanto categoria situada; contudo, é necessário entender os limites e possibilidades desta atuação (Carvalho, 2022, p. 46).

É comum encontrar, principalmente em redes sociais, discussões acaloradas e rixas entre autistas ‘nível 1 de suporte’, ‘autistas de suporte 2 ou 3’ e pais atípicos<sup>14</sup>. Muitos são os assuntos das discussões: utilização da Análise de Comportamento Aplicada para crianças autistas, que poderia ser uma prática colonizadora do autismo (Nicolau e Assis, 2023) ou uma ciência reconhecida pela sua eficácia e relevância científica (Mizael e Ridi, 2022). Apesar da concordância de que é necessário o protagonismo e ouvir pessoas autistas sobre práticas destinadas a elas (Mizael e Ridi, 2022; Nicolau e Assis, 2023), é comum que ainda hajam fortes e duros embates entre ativistas, *influencers* e pais atípicos sobre esses temas.

Algumas instituições são especialmente malvistas entre ativistas, como a Autism Speaks<sup>15</sup>. Carvalho (2022, p. 47) diz que alguns pais, principalmente nos Estados Unidos, buscam por tratamento de autismo para além da inclusão social, tendo como objetivo “curar, prevenir, reverter ou eliminar a sintomatologia autista”. Isso não é exclusivo dos EUA: no Brasil, se noticiou que o autismo era causado por larvas no sistema digestivo das crianças, e golpistas vendiam um suposto “remédio milagroso” que poderia curar e expurgar tais larvas – tal remédio era semelhante a água sanitária. Seguindo orientações dos golpistas, alguns pais chegaram a inserir a substância no reto das crianças. Um dos pais que comprou o suposto remédio postou em seu Facebook uma foto de pedaços da mucosa intestinal de seu próprio filho, afirmando ser “as larvas que causavam o autismo” finalmente deixando o corpo (G1, 2019).

---

<sup>14</sup> Segundo Carvalho (2022, p. 74-75) o autismo se encontra num jogo de categorias, sendo identidade e diagnóstico médico, evento individual e familiar, cotidiano e político. O diagnóstico não é apenas biomédico, mas é construído também nas formas que é recebido, reconhecido e legitimado, individualmente ou nas famílias. Dessa forma, as “parentalidades atípicas”, não são jogos de palavras, mas a constituição de experiências desses indivíduos frente a algo que implica em novas disposições de suas trajetórias, tanto individual quanto familiar.

<sup>15</sup> Para mais informações, ver Sequenzia (2014).

A necessidade de apoio, conscientização e políticas públicas é clara. Carvalho (2022, p. 42) diz que, pela falta de assistência do Estado, criou-se diversas associações para apoio de pessoas com deficiência, resultando em um modelo de associativismo e prestação de serviços a indivíduos com “deficiência mental”. Entretanto, mesmo tais associações e coletivos, por vezes, ainda não conseguem atender a toda a variedade e diversidade de pessoas autistas. Como falado anteriormente, das duas maiores associações de autistas de Maceió, apenas uma trabalha com autistas adultos. De três clínicas especializadas em autismo pesquisadas na cidade, duas delas trabalhavam exclusivamente com crianças, e a terceira não explicitava faixa etária. Dessa forma, mesmo os autistas que conseguem ser diagnosticados tardiamente ainda enfrentam a falta de informação, apoio e acolhimento.

### **Interseccionalidades do autismo**

Se o acompanhamento e diagnóstico são difíceis para pessoas autistas adultas, populações de minorias sociais enfrentam ainda mais dificuldades. Em artigo escrito para o The New York Times, Christina Caron (2022) descreve como pessoas idosas, LGBTQ+, não brancas, gordas e/ou mulheres têm mais chances de serem diagnosticadas erroneamente ou terem seus sintomas ignorados. Isso não é uma coincidência.

Segundo Rodrigues (2024), é necessário questionar falas como “epidemia de autismo” e “invenção farmacêutica” sobre autismo e TDAH. Segundo a autora, tais falas fingem uma crítica aos diagnósticos, mas acabam por desconsiderar as dificuldades de acesso ao laudo médico sobretudo ao indivíduo que “sai do padrão branco, cis, hétero, masculino, classe média, pois há todo um imaginário a partir da deficiência, como se ela não existisse nas periferias, nos quilombos, nas aldeias” (Rodrigues, 2024, p. 9). É necessário entender a deficiência em sua diversidade e complexidade, pois:

[...] deficiência é uma categoria analítica, êmica, relacional, política, moral, identitária, de saúde, de mediação e de performance. Ora é um marcador social de *diferença*, ora uma forma de *opressão* ou de *desigualdade* que opera com outras categorias sociais como classe, gênero, sexualidade, raça, etnia, geração, idade, religião, nacionalidade e regionalidade, por exemplo. São vários os deslizamentos ou evocações para as dimensões da deficiência que implicam ou exigem de nós, antropólogos e antropólogas, uma perspectiva crítica que considere uma compreensão ampliada – ou para além – de binômios como “saúde e sociedade”, “indivíduo e sociedade” e “natureza e cultura” [...] (Mello, Aydos e Schuch, 2017, p. 14. Grifo das autoras).

Carvalho (2022), mostra em sua etnografia o relato de que abordagem policial aos filhos autistas é um dos maiores medos das mães e pais, onde suas crises e comportamentos podem ser interpretados como desacato ou violência. Comumente os pais conversam sobre “treinar” os filhos a reagir às abordagens, e o reconhecimento do autismo em situações críticas é apontado como um dos maiores benefícios de artefatos de identificação (como carteiras de autista, *bottons* ou crachás).

Esse medo explicita a invisibilidade do autismo, mas também critica as abordagens e práticas da segurança em relação à deficiência. Mostra, também, a interseccionalidade entre deficiência, classe e raça no cotidiano dos indivíduos. Em sua etnografia, Carvalho (2022, p. 108) relata a fala de um homem autista negro, no Seminário Atípico, onde enfatiza que “quando você ouve o relato de pessoas periféricas, negras, autistas, a dor deles é bem entrelaçada com o racismo institucional que a gente tem”.

Luciana Viegas, em artigo citado por Carvalho, diz que seu maior medo não era que seu filho negro, autista e não verbal “não fosse aceito na sociedade”, pois já não seria aceito por ser negro. Sua preocupação se torna urgência, mas não pela aceitação; é anterior a isso. A urgência é para que seu filho volte vivo para casa (Autismo e Realidade, 2020 *apud* Carvalho, 2022, p. 108-109). Ora, não sou apenas uma pessoa com deficiência, ou apenas autista. Sou uma pessoa trans não binária e branca; mas também sou uma pessoa criada numa família cristã, num bairro de classe média baixa, e fui designado como mulher ao nascer. Minha vivência enquanto autista não é a mesma de nenhum outro autista, não apenas por sermos pessoas diferentes, com autismos diferentes, mas por sermos atravessados por diferentes situações, opressões e privilégios. Dessa forma, se torna essencial entender a deficiência e, portanto, o autismo, através de suas interseccionalidades.

Minha deficiência é invisível (ou seja, não se mostra fisicamente como uma amputação ou necessidade de aparelho de suporte); entretanto, é dolorosamente visível meu desencaixe em meio aos neurotípicos se eu não tiver energia suficiente para o *masking* em situações sociais. Collins e Bilge (2021) brilhantemente falam sobre como as relações interseccionais de poder podem ser invisíveis, mas afetam todos os aspectos do convívio social. Segundo as autoras:

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as

experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas (Collins e Bilge, 2021, p. 16).

Lembro de, num dos meus vários trabalhos como designer trabalhando em campanhas de saúde, procurei fotos em bancos de imagem de pessoas com Síndrome de Down que fossem negras ou indígenas. Não minto ao dizer que não devo ter encontrado sequer duas fotos profissionais de pessoas com Síndrome de Down negras. Pessoa indígena, nenhuma; pessoa amarela, menos de cinco. Isso não significa que não haja pessoas com Síndrome de Down que não sejam brancas, mas que as opressões que sofrem – além do capacitismo – as deixam ainda mais invisibilizadas:

Imagine um campo de futebol inclinado, instalado num terreno levemente em declive, no qual o gol do time vermelho fica no topo da colina, e o gol do time azul, no vale. O time vermelho tem uma evidente vantagem: quando tenta marcar gol, a estrutura do campo ajuda. Não importa quanto talento tenha, porque a força invisível da gravidade ajuda, logo não precisa se esforçar tanto quanto a equipe azul para marcar gol. Em compensação, o time azul trava uma batalha constante morro acima para marcar um gol. Pode ter talento e disciplina, mas tem a má sorte de jogar em um campo inclinado. Para vencer, a equipe azul precisa de talento excepcional. Fãs de futebol se indignariam se os campos de verdade fossem inclinados dessa maneira. No entanto, é isso que fazem as divisões sociais de classe, gênero e raça que estão profundamente interconectadas no domínio estrutural do poder – achamos que estamos jogando em igualdade de condições quando, na verdade, não estamos (Collins e Bilge, 2021, p. 25-26).

O “campo inclinado” pode ser percebido num certo paradoxo entre acesso e invisibilidade. Por vezes, me negam acesso (como nome social) ou dificultam um processo simples por “falta de demanda”. Um exemplo é o relato que ouvi sobre uma universidade em Maceió: há dez anos atrás, não havia espaço para nome social para os estudantes devido à falta de demanda de universitários trans. Dessa forma, sempre que um estudante aparecia para pedir a inclusão do nome social, esse recurso lhes era negado pois não havia demanda que justificasse esse acolhimento – apesar de o estudante estar ali, literalmente demandando aquele acesso. Quando finalmente foi aceito o nome social na universidade, logo apareceram outros estudantes também interessados em retificar o nome registrado nos sistemas acadêmicos.

A justificativa de “falta de demanda” é extremamente conveniente ao negar acesso para pessoas com deficiência. Gosto de ilustrar isso com um pensamento que me ocorria quando era

criança, e não imaginava ser uma pessoa com deficiência: utilizei transporte público pela maior parte da minha vida e, desde a infância, via poucos ônibus com espaços de acessibilidade. Ao pegar o transporte cheio, eu pensava “não entendo por que há esses espaços demarcados aqui. Cabiam mais cadeiras. Não vejo cadeirantes nesta cidade”.

Apesar de ser um pensamento raso, infantil e inconformado com o desconforto de um ônibus cheio (e devo reiterar a infantilidade do pensamento porque a acessibilidade deve ser a regra, não a exceção. Não se deve esperar “aparecer a demanda” para iniciar o planejamento e/ou protocolos para acolher pessoas com deficiência), fui entender mais profundamente anos mais tarde, quando ônibus acessíveis passaram a ser o modelo comum no transporte público de Maceió. Subitamente, havia cadeirantes por toda a cidade. Havia ônibus com duas áreas destinadas a pessoas com mobilidade reduzida, e já tive viagens onde uma terceira pessoa não pôde embarcar, pois as áreas acessíveis já estavam ocupadas. Nunca houve falta de demanda ou falta de pessoas com deficiência: há falta de acesso.

É fácil e conveniente não aplicar as normas de acessibilidade se todos que acessam o espaço não têm deficiência. Talvez, as pessoas com deficiência não acessem esse espaço justamente pela falta de acessibilidade. Parece óbvio – e é, mas simultaneamente, não é um pensamento que percorre nosso imaginário com frequência. Esses acessos são ainda mais escassos quando se faz parte de mais minorias sociais:

Por isso, categorias de articulação como gênero, sexualidade, raça, etnia e classe, por exemplo, podem ser determinantes na avaliação biopsicossocial da deficiência, a fim de que a pessoa, se considerada “pessoa com deficiência”, seja destinatária de políticas públicas e sociais (Mello, Aydos e Schuch, 2022, p. 16-17).

Sou uma pessoa branca, mas muitas das minhas identidades são “implícitas”. Sou uma pessoa trans, mas frequentemente me tratam como mulher; sou uma pessoa autista, mas é uma deficiência invisível. Consigo acessar certos espaços, mas constantemente sinto que o preço desse acesso são pedaços do Eu, da minha identidade. Me encontro frequentemente em um não lugar: ou tenho acesso, ou tenho minhas identidades respeitadas. Frequentemente não posso escolher as duas coisas. Sou autista demais para neurotípicos, mas autistas de menos para pais atípicos. Onde é, então, o meu lugar?

O “autismo leve”, autismo de nível 1 de suporte ou autismo de alto funcionamento, como são chamados, são termos que devem ser questionados. Mais de uma vez, encontro

autistas se perguntando “autismo leve para quem?”. O que seria, afinal de contas, um autismo *leve*? Se a deficiência pode ser definida também através das barreiras encontradas, nosso primeiro objetivo deve derrubar tais barreiras, não medir suas alturas. Da mesma forma, o nível de suporte é fluido, não é fixo. Medicamentos, terapia, redes de apoio, cuidado e diversas outras variáveis podem influenciar o nível de suporte.

Nicolau e Assis (2023, p. 76) refletem como a “necessidade de suporte”, apresentada pelo DSM-5 é também uma característica capacitista e colonizadora, pois todos precisam de suporte, independente do nível. Sou considerado um autista de nível um de suporte, ou de alto funcionamento – o que, particularmente, acho engraçado. Há muita dificuldade em me fazer “funcionar”. Nem sempre tenho uma necessidade de suporte pequena.

Eu dirijo, cozinho, me relaciono romanticamente e estou fazendo mestrado. Ao mesmo tempo, posso ter crises tão intensas que preciso de três pessoas ou mais para me impedir de me lesionar, ou precisar de acompanhamento para subir escadas, atravessar a rua ou me comunicar. Esperam de mim, como autista, que eu seja a pessoa que está sempre sendo imobilizada por amigos assustados e com lágrimas nos olhos, não que eu esteja fazendo uma pós-graduação. Como autista, se espera que eu esteja tomando medicação há anos a fio, e não escrevendo artigos científicos. Se eu consigo escrever academicamente, terminar uma graduação ou ter certa independência, devo ser um daqueles “autistas leves”, não um dos que “sofrem de verdade”.

Ainda existe no imaginário social a ideia do autismo como uma conduta rígida e específica, baseada na percepção preconceituosa e estereotipada da condição (Carvalho, 2022, p. 36). Entretanto, somos plurais, diversos, únicos. Se espera algo de neurotípico da mesma forma que esperam um comportamento estereotipado de autistas, mas temos a liberdade de não atender a nenhuma dessas expectativas.

## **Conclusão**

Não há como falar de autismo, sozinho, no singular. Mais do que falar em autismos, no plural, é necessário entender os múltiplos atravessamentos da experiência autística – de autistas, profissionais, familiares. Não somos apenas autistas. Essa é apenas mais uma de nossas identidades e particularidades em nossa existência multifacetada.

Para melhor entender, apoiar e acolher pessoas autistas, devemos, enquanto antropólogos e enquanto sociedade, aprender a entender mais o autista que o autismo. Com isso, não pretendo dizer que não se deve estudar a condição, métodos terapêuticos ou estratégias de auto-regulação. Particularmente, sinto que o autismo é uma parte minha. Se eu não fosse autista, não seria eu. Entretanto, eu não sou o autismo, sou um autista.

Dessa forma, para melhor acolher o autista, é primordial entender os inúmeros atravessamentos que perpassam nossa vivência, dentro e fora do aspecto médico. Eu, como pessoa branca, tenho mais facilidade e liberdade em “autistar” que meus amigos neurodivergentes pretos. Como pessoa trans, é fácil que culpem o autismo pela minha transgeneridade. Ao mesmo tempo, uma pessoa cis, mesmo autista, não teria que enfrentar sua rigidez cognitiva quando encontrasse um mundo separado em apenas dois gêneros, quando se não faz parte de nenhum.

Neste artigo, busquei demonstrar como o estereótipo autista atual reflete a história médica do autismo. Não há, de fato, uma ciência pura, imparcial, sem vieses. Percebê-los é parte importante para que nós os ultrapassemos e, por isso, acredito que entender ao desenvolvimento clínico do autismo enquanto diagnóstico seja importante para podermos desafiar noções consolidadas de autistas enquanto seres homogêneos, obedecendo a características específicas que tornam (ainda mais) inacessíveis o apoio e acolhimento a populações subalternizadas. O estereótipo autista, além de prejudicar o acesso a diagnósticos e políticas públicas, também nos impede de autistar. Essa “caixinha” não nos cabe. Se o autismo é um espectro – com infinitas possibilidades, em ondas de luz visíveis e invisíveis – precisamos entender que os autistas também o são.

## Referências:

ABREU, Tiago. **O que é neurodiversidade?** Goiânia: Cãnone Editorial, 2022.

ALAGOAS ALERTA. Prefeito JHC assina ordem de serviço para primeira Casa do Autista em Maceió. **Alagoas Alerta**, Maceió, 11 jul. 2024. Maceió. Disponível em: <https://alagoasalerta.com.br/noticias/maceio/prefeito-jhc-assina-ordem-de-servico-para-primeira-casa-do-autista-de-maceio>. Acesso em 9 set. 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III**. 3d. Washington DC, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV**. 4d. Washington DC, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASPERGER, Hans. ‘Autistic psychopathy’ in childhood: translated and annotated by Uta Frith. In: FRITH, U (ed.), **Autism and Asperger Syndrome**. [S.l]: Cambridge University Press, 1991. Cap. 2, p. 37-92.

BARROS, Isabela; FONTE, Renata; SOUZA, Ana Fabrícia. Ecolalia e gestos no autismo: reflexões em torno da metáfora enunciativa. **Forma y Función**, v. 33, n. 1, p. 173-189, 2020.

BASSETTE, Fernanda. O que explica tantos diagnósticos tardios de autismo em adultos. **GQ Brasil**, São Paulo, 07 nov. 2022. Disponível em: <https://gq.globo.com/saude/noticia/2022/11/autismo-adultos.ghtml>. Acesso em: 9 set. 2024.

BETTELHEIM, Bruno. **Empty fortress**. Simon and Schuster, 1967.

BRASIL. Ministério da Saúde. TEA: saiba o que é o Transtorno do Espectro Autista e como o SUS tem dado assistência a pacientes e familiares, Notícias, 02 abr. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/tea-saiba-o-que-e-o-transtorno-do-espectro-autista-e-como-o-sus-tem-dado-assistencia-a-pacientes-e-familiares>. Acesso em: 13 ago. 2024.

CAITITÉ, Amanda Muniz Logeto. **O autismo como diversidade: ontologias trazidas à existência no ativismo político, em práticas da psicologia e em relatos em primeira pessoa**. 2017. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Psicologia)–Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

CAMPOY, Leonardo Carbonieri. Como se vive o autismo: notas etnográficas sobre o sofrimento, o cuidado e o desenvolvimento de crianças autistas. **Anais da 29ª Reunião brasileira de antropologia**, 2014.

CARVALHO, Bianca Retes. **Autismo em Movimento**: mobilização das famílias no reconhecimento do autismo. 2022. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

CARON, Christina. Feeling Dismissed? How to Spot ‘Medical Gaslighting’ and What to Do About It. **New York Times**, New York, 29 jul. 2022. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2022/07/29/well/mind/medical-gaslighting.html>. Acesso em: 08 set. 2023.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. Boitempo Editorial, 2021.

FRITH, U. ‘Autistic psychopathy’ in childhood: translated and annotated by Uta Frith. In: FRITH, U (ed.), **Autism and Asperger Syndrome**. [S.l.]: Cambridge University Press, 1991. Cap. 2, p. 37-92, notas de rodapé.

G1. Iludidos por propaganda enganosa, pais dão substância parecida com água sanitária a filhos com autismo: Solução chamada MMS, divulgada e vendida nas redes sociais, não é medicamento e pode causar intoxicação e danos no aparelho digestivo. In: **G1 Ciência e Saúde**. Publicada em 27 maio 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/27/iludidos-por-propaganda-enganosa-pais-dao-substancia-parecida-com-agua-sanitaria-a-filhos-com-autismo.ghtml>. Acesso em: 14 set. 2024.

KANNER, L. Autistic Disturbances of Affective Contact. **Nervous Child**, v. 2, 1943.

MELLO, Anahí Guedes de; AYDOS, Valéria; SCHUCH, Patrice. Aleijar as antropologias a partir das mediações da deficiência. **Horizontes Antropológicos**, v. 28, p. 7-29, 2022.

NICOLAU, Giovanna; DE ASSIS, Pablo. A descolonização do Autismo a partir do protagonismo Autista. **Revista Mundaú**, n. 13, p. 63–86-63–86, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças**. Publicado com disquete, Vol. 1. São Paulo: Edusp, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-11 para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade**. Publicado em jan. 2024. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/pt>. Acesso em 15 set. 2024.

POLLAK, Richard. **The creation of doctor B: A biography of Bruno Bettelheim**. Simon and Schuster, 1998.

RODRIGUES, A. Interseccionalidade e escrevivência: diálogos possíveis entre deficiência e raça. **Ensino, Saúde e Ambiente**, n. 17, publicado em 19 abr. 2024. <https://doi.org/10.22409/resa2024.v17.a60188>

ROSEN, Nicole E.; LORD, Catherine; VOLKMAR, Fred R. The diagnosis of autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and beyond. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 51, p. 4253-4270, 2021.

RUDY, Lisa Jo. Echolalia in Autism: why autistic children echo words and sounds. **Very Well Health**, [S.l.], 19 jul. 2023. Disponível em: <https://www.verywellhealth.com/why-does-my-child-with-autism-repeat-words-and-phrases-260144>. Acesso em 15 set. 2024.

RUTTER, Michael. Childhood schizophrenia reconsidered. **Journal of Autism & Childhood Schizophrenia**, 1972.

RUTTER, Michael. Diagnosis and definition of childhood autism. **Journal of autism and childhood schizophrenia**, v. 8, p. 139-161, 1978.

SEQUENZIA, Amy. Is Autism Speaks a Hate Group? **Autistic Women & Nonbinary Network**, 19 ago. 2014. Disponível em: <https://awnnetwork.org/is-autism-speaks-a-hate-group/>. Acesso em: 15 set. 2024.

SPECTRUM. **Global Map of Autism Prevalence**. 2024. Disponível em: <https://prevalence.spectrumnews.org/>. Acesso em: 14 set. 2024.

STREITFELD, David. For Bruno Bettelheim, a place to die: after his suicide, the psychologist's friends retrace their last encounters. 23 abr. 1990. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/archive/lifestyle/1990/04/24/for-bruno-bettelheim-a-place-to-die/5fa1f843-be85-4eae-966b-0d5abe7b8fb9/>. Acesso em: 4 set. 2024.

VOLKMAR, Fred R.; MCPARTLAND, James C. From Kanner to DSM-5: autism as an evolving diagnostic concept. **Annual review of clinical psychology**, v. 10, n. 1, p. 193-212, 2014.

WING, Lorna. Asperger's syndrome: a clinical account. **Psychological medicine**, v. 11, n. 1, p. 115-129, 1981.

WING, Lorna. The relationship between Asperger's syndrome and Kanner's autism. **Autism and Asperger syndrome**, p. 93-121, 1991.