

**DO DIAGNÓSTICO ESQUIZOFRÊNICO AO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:
TRANSFORMAÇÕES E IMPLICAÇÕES DO DSM-5**

**FROM SCHIZOPHRENIC DIAGNOSIS TO AUTISM SPECTRUM DISORDER:
TRANSFORMATIONS AND IMPLICATIONS OF DSM-5**

**DEL DIAGNÓSTICO ESQUIZOFRÉNICO AL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA:
TRANSFORMACIONES E IMPLICACIONES DEL DSM-5**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n9-195>

Data de submissão: 22/08/2025

Data de publicação: 22/09/2025

Deise Priscila Delagnolo

Mestranda em Educação

Bolsista CAPES

Psicóloga

Instituição: Universidade Regional de Blumenau (FURB)

E-mail: ddelagnolo@gmail.com

RESUMO

Este artigo descreve as transformações do conceito de autismo ao longo do século XX. O objetivo geral é analisar a transformação do conceito de autismo em relação à expansão diagnóstica. Entre os objetivos específicos, o estudo busca: a) apresentar perspectivas históricas presentes na transformação do conceito de autismo; b) problematizar o autismo nas diferentes versões do DSM; c) analisar a ingerência do saber/poder psiquiátrico na ampliação de diagnósticos de autismo. A justificativa para o estudo encontra referencias quantitativas nos dados do INEP (2022), no qual se observa que em 2012, havia 20.511 estudantes com diagnóstico de autismo matriculados na educação especial brasileira, o número que chegou a 405.056 em 2022. Ao final, a pesquisa analisa como as mudanças no conceito de autismo, conforme as diferentes versões do DSM, podem ter contribuído para a expansão dos diagnósticos. Em consonância com essas análises, discutem-se ainda o viés classificatório e generalizante associado ao uso do referido manual.

Palavras-chave: Autismo. Expansão Diagnóstica. DSM.

ABSTRACT

This article describes the transformations in the concept of autism throughout the 20th century. The overall objective is to analyze the transformation of the concept of autism in relation to the expansion of diagnoses. Among the specific objectives, the study seeks to: a) present historical perspectives present in the transformation of the concept of autism; b) problematize autism in the different versions of the DSM; c) analyze the influence of psychiatric knowledge/power in the expansion of autism diagnoses. The justification for the study finds quantitative references in data from INEP (2022), which observes that in 2012, there were 20,511 students diagnosed with autism enrolled in Brazilian special education, a number that reached 405,056 in 2022. Finally, the research analyzes how changes in the concept of autism, according to the different versions of the DSM, may have contributed to the expansion of diagnoses. In line with these analyses, the classificatory and generalizing bias associated with the use of the aforementioned manual is also discussed.

Keywords: Autism. Diagnostic Expansion. DSM.

RESUMEN

Este artículo describe las transformaciones del concepto de autismo a lo largo del siglo XX. El objetivo general es analizar la transformación del concepto de autismo en relación con la expansión de los diagnósticos. Entre los objetivos específicos, el estudio busca: a) presentar perspectivas históricas presentes en la transformación del concepto de autismo; b) problematizar el autismo en las diferentes versiones del DSM; c) analizar la influencia del conocimiento/poder psiquiátrico en la expansión de los diagnósticos de autismo. La justificación del estudio se basa en datos cuantitativos del INEP (2022), que observa que en 2012 había 20.511 estudiantes con diagnóstico de autismo matriculados en educación especial brasileña, cifra que alcanzó los 405.056 en 2022. Finalmente, la investigación analiza cómo los cambios en el concepto de autismo, según las diferentes versiones del DSM, pueden haber contribuido a la expansión de los diagnósticos. En consonancia con estos análisis, también se discute el sesgo clasificatorio y generalizador asociado al uso del manual mencionado.

Palabras clave: Autismo. Expansión Diagnóstica. DSM.

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa apresentada neste artigo busca oferecer ao leitor diferentes perspectivas sobre os saberes a respeito do autismo a partir do século XX. Aborda-se a transformação do conceito de autismo a partir das versões do DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Por fim, articula-se a expansão dos diagnósticos de autismo com as discussões de autores que analisam as influências do DSM na questão em debate¹.

As noções de saber e poder utilizadas no texto se baseiam nas teorias do filósofo francês Michel Foucault. Para Foucault (2008) o saber é um conjunto de práticas, discursos e enunciados que se referem as condições de possibilidade para que algo se torne dito, pensando e legitimado como verdade. Importante salientar a indissociabilidade saber/poder para o filósofo, ou seja, [...] “[...] o poder produz; produz o real; produz domínios de objetos e rituais da verdade. O indivíduo é o conhecimento que dele se pode obter resultam dessa produção” (Foucault, 1972, p. 227).

O objetivo geral do estudo é analisar a transformação do conceito de autismo em relação à expansão diagnóstica. Os objetivos específicos contemplam: a) apresentar algumas perspectivas históricas presentes na transformação do conceito de autismo; b) problematizar o autismo nas diferentes versões do DSM; c) analisar a ingerência do saber/poder psiquiátrico, pelo uso do DSM-5 na ampliação de diagnósticos de autismo.

A justificativa para o presente estudo decorre da observação, em diferentes contextos sociais contemporâneos da expansão dos diagnósticos de autismo. Contudo, para solidificar a afirmação, desenvolveu-se levantamento dados sobre o aumento dos diagnósticos de autismo. Os dados evidenciam que, em 2012, havia 20.511 estudantes matriculados na educação especial brasileira com diagnósticos de autismo, enquanto em 2022 este número saltou para 405.056 (INEP, 2022). Dados recentes indicam que em 2024 o número de estudantes com diagnósticos de autismo na educação especial brasileira saltou de 636.202 para 918.877 (INEP, 2025).

Diante do exposto, o estudo propõe-se a analisar diferentes perspectivas de saberes sobre o autismo, as transformações do conceito nas diferentes versões dos DSMs e as problematizações relativas à ingerência do saber/poder psiquiátrico na expansão de diagnósticos de autismo. A primazia do referencial teórico são os estudos do filósofo Michel Foucault.

¹ Este estudo é parte das fundamentações teóricas desenvolvidas na dissertação em desenvolvimento no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Regional de Blumenau – FURB.

2 ALGUMAS PERSPECTIVAS DE SABERES SOBRE O AUTISMO

A produção dos discursos contemporâneos sobre o autismo foi se desenvolvendo ao longo do século XX, perpassando por distintos saberes, contudo, sem construir-se, até o momento, uma resposta etiológica consolidada acerca da “patologia”.

Os saberes sobre o autismo se iniciaram no início do século XX. Na gênese da constituição destes saberes estavam presentes as formações discursivas da psiquiatria (com bases biológicas) e da psicanálise (recém estruturada por Sigmund Freud) (Cavalcanti; Rocha, 2007).

A primeira utilização do termo autismo foi feita pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler, em 1911. O conceito foi usado para designar um grupo de crianças que apresentavam comportamentos de desligamento do mundo externo, focando excessivamente ao mundo interno. Eugen Bleuler associou os comportamentos apresentados por estes grupos de crianças como sintomas da esquizofrenia estudada na época (Donvan; Zucker, 2017).

Influenciado pelos saberes da psicanálise e do modelo científico empírico presente no início do século XX, Leo Kanner observou um grupo de 11 crianças que apresentavam características de baixa interação social. Donald Triplett foi o primeiro paciente descrito na formação do discurso sobre o autismo, uma criança com 7 anos que foi diagnosticada por Leo Kanner como autismo infantil precoce (Donvan; Zucker, 2017).

Os saberes de Leo Kanner vincularam-se à psicanálise na medida em que ele observava dificuldades familiares em crianças com autismo infantil precoce, sem, contudo, atribuir etiologia direta às mães.

A formação do diagnóstico de autismo, nomeado por Fernandes; Tomazelli; Girianelli (2020) como autismo clássico, foi descrito como “Distúrbios autísticos do contato afetivo”, englobando inabilidade para estabelecer contato afetivo, comportamentos obsessivos, ecolalia e estereotipia.

Em seus estudos Kanner (1943) fez indicações ambíguas no que concerne a etiologia do autismo: articulação com a personalidade dos pais e tipo de relações precoces estabelecidas entre eles e as crianças; forma precoce de esquizofrenia; e entidade nosológica específica da esquizofrenia infantil, pois o rompimento com a realidade ocorria desde o início da vida. Na tangente da transformação do conceito e sua origem etiológica tem-se nas elaborações de Kanner a ideia de vinculação aos preceitos organicistas, ou melhor, uma origem inata para o desenvolvimento do autismo, estabelecendo, então, vinculação às teorias bioquímicas, genéticas e neuropsicológicas para a compreensão do autismo (Fernandes; Tomazelli; Girianelli 2020).

No mesmo ano, (não há uma demarcação precisa do ano, alguns estudos retratam o ano de 1943), o psiquiatra Hans Asperger, que não tinha contato com Leo Kanner, descreveu um quadro

semelhante aos descritos por Kanner. Asperger descreveu crianças que não apresentavam atrasos no campo da linguagem e com um alto grau de inteligência. Seus estudos indicavam maior incidência em meninos. Estes apresentavam, além do amplo desenvolvimento da inteligência, falta de empatia, baixa capacidade de fazer amizades, conversação unilateral, foco intenso e movimentos desordenados (Dias; Silva, 2022).

Os estudos de Asperger passaram a denominar a *Síndrome de Asperger*, a qual passa a integrar o quadro de descrições do Autismo na história da transformação do conceito. Asperger escreveu artigo denominado “*A psicopatia Autística na infância*” para descrever este grupo específico de crianças (Dias; Silva, 2022).

As crianças estudadas por Asperger, foram denominadas de *pequenas professoras*, vista sua ampla capacidade intelectual e de foco em temáticas específicas. Seus trabalhos foram publicados no final da Segunda Guerra Mundial. Contudo, os estudos citados só receberam importância no início de 1980, quando sua obra é traduzida para o inglês. Tem-se, então, um tipo de *autismo de alto desempenho*, o qual foi denominado de Síndrome de Asperger (Dias; Silva, 2022).

Apesar das transformações conceituais descritas sobre o autismo, a publicação da primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais - DSM-I, no ano de 1952, associou o autismo como um subgrupo da *esquizofrenia infantil* (Romeiro, 2024).

O conceito de autismo, passou por reformulações pelo psicanalista e psicólogo suíço Bruno Bettelheim em 1967. Bettelheim vinculou os estudos etiológicos do autismo como provenientes de uma predeterminação biológica e por falta de amor parental. Sua interpretação das causas do fenômeno foi extremamente refutado pelos pais das crianças. A refutação se deu principalmente por Bettelheim sustentar as dificuldades afetivas destas crianças como de origem da falta de desejo materno por seus filhos (Romeiro, 2024). Bettelheim considerava a importância do internamento dessas crianças, justamente por compreender que os pais poderiam ser culpabilizados pela ocorrência do autismo em seus filhos.

Até este período as explicações psicanalíticas em torno da compreensão do autismo estavam em evidência, contudo o psicólogo e pesquisador Bernard Arthur Rimland passou a descrevê-lo como de etiologia biológica, com atrasos neurológicos. Para Rimland em sua obra *Infantile Autism* (1964) o autismo possuía causas neurológicas e biológicas. Pela primeira vez a explicação do autismo se afasta da psicanálise e se aproxima das formulações comportamentais.

O início dos anos 1970 foi um período de ampliação e consolidação de tendências surgidas no final dos anos 1960, entre elas a da separação entre esquizofrenia e autismo. Na medida em que o

autismo era diferenciado da esquizofrenia, aumentavam as apostas na identificação do déficit cognitivo específico e determinante do quadro (Lima; 2014).

Outro movimento importante na transformação conceitual do autismo foi quando o psiquiatra Britânico Michael Rutter, em 1978, descreveu quatro critérios como base para a compreensão do autismo: Atrasos cognitivos e desvios sociais (distinguindo-o do retardo mental); problemas de comunicação; comportamentos indesejados (movimentos repetitivos e compulsões), cronologia anterior aos 30 meses de idade (compreensão de que o autismo se desenvolve na primeira infância) (Piccolo, 2024).

As pesquisas em torno do conceito de autismo no contexto da neurologia e da psicologia comportamental, bem como as definições do psiquiatra Michael Rutter, tornaram-se essenciais para a inserção do autismo na versão do DSM-III, publicada em 1980. Nesta publicação do DSM, o autismo é colocado pela primeira vez como uma condição específica, e conceituado em uma nova categoria diagnóstica, como categoria dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento – TDI ou Transtorno Globais do Desenvolvimento – TGD.

Em 1981, a psiquiatra inglesa Lorna Wing, torna-se referência na transformação do conceito de autismo, englobando-o na categoria que conhecemos atualmente, como um espectro. A compreensão do espectro perpassa a noção de que não há uma definição única para o autismo, não há um comportamento único à ser observado nos sujeitos autistas, sendo o espectro uma construção de particularidades diante das características entendidas como do conceito de autismo (Romeiro, 2024).

Nos estudos das abordagens da psicologia comportamental no contexto da etiologia e tratamento do autismo, tem-se a adoção da teoria comportamental frente ao autismo, pelo psicólogo norueguês Ivar Lovass. Em 1987 Lovass publicou um estudo sobre a eficiência do modelo de tratamento comportamental intensivo para crianças diagnosticadas autistas. Lovass, desenvolve um pioneirismo nos estudos comportamentais do autismo. Trabalhou com 19 crianças, entre 4 e 5 anos de idade, o qual passa a comprovar a eficácia dos modelos comportamentais, bem como sua intensidade, como modo de modificar os comportamentos apresentados pelas crianças com autismo. Lovass, criou um centro para tratamento de autistas: o *The Lovass Institute*.

Pode-se dizer, que os estudos desenvolvidos por Lovass, constituem os fundamentos para os modelos de saberes contemporâneos da ciência da Análise Básica do Comportamento Aplicada - ABA a qual se tornou referência na disseminação dos saberes sobre o autismo, com uma abordagem de mudança comportamental, sendo uma abordagem privilegiada nas terapêuticas atuais designadas ao autismo.

Em 1998, Andrew Wakefield publicou um artigo na revista Lancet, no qual era afirmada a etiologia do autismo como vinculada a utilização de vacinas. Trata da afirmação de que vacinas como as de sarampo e rubéola, poderiam estar ligadas à etiologia do autismo (Ryan, 2019).

Outro saber evidente no decurso das formações discursivas sobre o autismo foi o da neurodiversidade, saber difundido como etiologia nas perspectivas sociais, a qual toma como fundamento estudos das neurociências para designar as compreensões sobre o autismo. Para o saber neurodiverso, o autismo seria uma condição neurológica única.

No século XXI, o autismo toma o cenário social e educacional, constituindo-se como uma formação discursiva de nossa época. Contudo, ainda é um saber sem etiologias justificáveis no campo da ciência, existindo concomitantemente, inúmeros saberes que emergem para a elucidação etiológica do autismo (Bezerra, 2021).

Sabe-se que outros saberes sobre o autismo foram se estruturando nas distintas formações discursivas sobre o autismo, contudo, a escolha destas referências na transformação do conceito se justifica pela prevalência nos materiais de estudo bibliográfico.

2.1 SABERES NOS DIAGNÓSTICOS DAS CLASSIFICAÇÕES DO DSM

Com o objetivo de explicarmos como a psiquiatria foi estruturando seus diagnósticos por meio da utilização do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), apresentamos a seguir as formações discursivas presentes no início do século XX, que nos mostram os primeiros movimentos para a classificação das doenças em um modelo de manual universal para transtornos mentais.

Esses manuais surgiram com o intuito de classificar e universalizar questões relacionadas à saúde mental, pois no início do século XX, compreendia-se que os transtornos presentes nos Estados Unidos, por exemplo, não eram classificáveis em outras partes do mundo, deste modo, havia a necessidade de universalizar a prática diagnóstica (Dunker, 2014).

“A primeira versão do DSM, publicada em 1952, desenvolveu-se a partir de coletas de hospitais psiquiátricos e das estatísticas oficiais do exército norte-americano, utilizadas para seleção e acompanhamento dos recrutas” (Picollo, 2025, p. 75). A elaboração do primeiro manual foi fortemente influenciada pelos saberes de Adolf Meyer², a saber, a oposição entre neurose e psicose, advindas dos estudos da psicanálise (Picollo, 2025).

² Médico psiquiatra suíço. Foi presidente da (APA). Um influente psiquiatra da primeira metade do século XX.

Na primeira versão do DSM, o autismo foi categorizado como uma reação esquizofrênica tipo infantil, tendo como amparo elucidativo as compreensões da Associação Psiquiátrica Americana (APA).

Descrição do autismo no DSM-I:

Reação esquizofrênica, tipo paranoico:

Esse tipo de reação é caracterizada por um pensamento autista e irrealista, com conteúdo mental composto principalmente por delírios de perseguição e/ou de grandeza, ideias de referência e, frequentemente, alucinações. É frequentemente caracterizada por um comportamento imprevisível, com uma atitude bastante constante de hostilidade e agressão. Uma religiosidade excessiva pode estar presente com ou sem delírios de perseguição. Pode haver um sistema delirante expansivo de onipotência, gênio ou habilidade especial. Os estados hipocondríacos paranoides sistematizados estão incluídos neste grupo (APA, p. 26-27, 1952, tradução própria).

Picollo (2025) articula os estudos sobre o DSM à Classificação Internacional de Doenças (CID), citando que desde a década de 1950, em sua sexta edição, a Classificação passou a ser coordenada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A partir da 6ª Edição do manual citado, (CID) - 6, passou-se a incluir nas categorizações transtornos de origem mental, de modo que o autismo ficou figurado na categoria de perturbações esquizofrênicas até a nona edição da (CID). Em 1979 a categoria é publicada do seguinte modo: “Psicose Infantil” ou “Síndrome da Kanner” (Picollo, 2025).

Dunker (2014) ao se referir aos saberes dos diagnósticos em distintos momentos das formações discursivas do DSM, nos mostra que o mesmo teve em sua primeira edição a incorporação de um dualismo diagnóstico, ou seja, os saberes do DSM – I atentam uma formação patológica referenciada nos sintomas, onde a personalidade do indivíduo seria uma caracterização do normal e o que demandaria atenção clínica seria a classificação e terapêutica sobre os sintomas, pois a causa das doenças estaria atrelada à produção sintomatológica.

As doenças mentais nos critérios do DSM estão representadas nos sintomas, não havendo algo do patológico na personalidade dos pacientes, mas sim nos sintomas observados, sintomas estes que em uma terapêutica psiquiátrica devem ser controlados, modificados, adaptados. Dunker (2014), nos adverte que este modo de conceber a psicopatologia irá permanecer em todas as versões do (DSM).

O DSM foi publicado em sua segunda versão, em 1968, uniformizando os critérios semiológicos dos diagnósticos, compondo a categorização de 180 distúrbios, tendo como pressuposto de suas categorizações as noções da psicodinâmica (Dunker, 2014).

A segunda versão do DSM, continua a categorizar o autismo como uma esquizofrenia do tipo infantil.

Esquizofrenia, tipo infantil:

Esta categoria é para casos em que sintomas esquizofrênicos aparecem antes da puberdade. A condição pode se manifestar por comportamento autista, atípico e retraído; falha em desenvolver uma identidade separada da mãe; e uma irregularidade geral, imaturidade grosseira e inadequação no desenvolvimento. Esses **defeitos** de desenvolvimento podem resultar em retardo mental, que também deve ser diagnosticado. (Esta categoria é para uso nos Estados Unidos e não aparece no CID-8. É equivalente a "Reação esquizofrênica, tipo infantil" no DSM-I) (APA, p. 35, 1968, tradução própria. Grifos próprios).

“Tanto o DSM-I quanto sua segunda versão refletiam a predominância da psicodinâmica psiquiátrica, embora eles também incluíssem as perspectivas biológicas e conceitos do sistema de Kraepelin de classificação” (Dunker, 2014, p. 85). “Neste não há uma especificação sintomatológica, mas uma noção de conflitos provenientes de conflitos maiores, como a noção de oposição entre neurose e psicose, oposição entre ansiedade ou depressão e alucinações ou delírios” [...] (Dunker, 2014, p. 85).

No DSM-II havia um vértice de análise referenciado nos saberes da biologia e da sociologia, contudo essa noção de análise da normalidade e anormalidade não foi bem aceita pelos clínicos (Dunker, 2014).

Para Dunker (2014), este incremento na razão diagnóstica, teria amplificado a construção de “epidemias” de depressão, de déficit de atenção com hiperatividade e de diagnóstico de autismo. “A grande mudança no modo de classificar e indicar os diagnósticos a partir do DSM, virá com os avanços científicos em áreas como a neurologia, anatopatologia cerebral e, claro, da genética” (Caponi, 2011, p. 30).

A mudança ocorrida nos anos de 1980 com o DSM III provocou um forte impacto no modo como hoje são pensados, diagnosticados e tratados os sofrimentos psíquicos. Analisamos o contexto em que reaparecem as velhas teses de Kraepelin, agora como bandeira dos psiquiatras da APA, pois elas delimitarão o modo como a psiquiatria mundial passará, dali em diante, a estabelecer as fronteiras e os limites que separam o normal do patológico (Caponi, 2011, p. 31).

Dunker, (2014) salienta que houve uma necessidade de conciliar os saberes do DSM com os da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a CID, de modo que, os saberes da psicanálise passaram a serem refutados pela OMS e a CID, pois *grosso modo*, os saberes da psicanálise poderiam não ser aceitos universalmente. Para o autor, a partir do DSM – III há um processo de retirada do saber psicanalítico na construção dos modelos diagnósticos do DSM.

O DSM III, desenvolvido por um conjunto de psiquiatras que atuaram no contexto pós-guerra, emerge enquanto influência das teorias desenvolvidas por Kraepelin. Os pesquisadores denominaram-se de neokraepelianos, contudo, apesar das extensas influências da teoria psiquiátrica do século XIX,

com o intuito de manter a “cientificidade” da psiquiatria, retiram-se dos estudos dos manuais questões relacionadas a etiologia biológica.

Sob as premissas do risco, Caponi (2015) indica que as patologias se multiplicaram, principalmente na infância, onde todos os comportamentos que pudessem indicar determinados fatores de risco, incluíam o início das intervenções médicas, cita a pesquisadora:

A multiplicação de categorias diagnósticas que aparecem nos sucessivos DSM a partir do ano 1980, fazem parte desta lógica que promete antecipar o risco de sofrer uma patologia mental grave no futuro, possibilitando a crescente multiplicação de patologias mentais na infância (TDAH, dislexia, ansiedade, dentre outras). (p. 6)

“Assim, desconsiderando a pluralidade dos contextos nos quais podem aparecer os sofrimentos, sempre que exista um conjunto determinado de sintomas [...] se tenderá a realizar um mesmo diagnóstico, utilizando um mesmo código burocrático [...]” (Caponi, 2015, p. 7)

De acordo com Dunker (2014), em 1977, a (APA) convocou um grupo de trabalho, liderado por Robert Spitzer, tendo como objetivo a criação de critério clínicos com sintomas observáveis, ou seja, sustentado na medicina baseada em evidências. Com os estudos realizados, o termo doença é modificado para o termo desordem, mudança que é estudada por Frances (2016) como modo de manter o caráter científico da psiquiatria, haja vista sua insuficiência etiológica.

“O autismo passa a ter designação própria: “Transtorno Autista”, incluído nos transtornos invasivos de desenvolvimento (TID)” “[...] A décima versão da (CID), publicada em 1989, adotou a terminologia autismo infantil e autismo atípico nos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), sob o código F84” (Fernandes; Tomazelli; Girianelli, 2020, p. 2).

No (DSM) – III o autismo é classificado como um Distúrbio Global do Desenvolvimento, aparecendo como um diagnóstico separado da esquizofrenia. Cabe salientar, que foi somente com o DSM – III que o autismo passou a ser descrito como uma categoria nosológica, ou seja, separado das noções de esquizofrenia (Picollo, 2025). Contudo, a categorização do autismo em sua terceira versão gerou problemas no que se refere ao autismo na idade adulta, passando em sua denominação no DSM – III-R, edição revisada do DSM) – III a incluir o autismo como Transtorno Autista (Picollo, 2025).

Alguns apontamentos da descrição do autismo com base no DSM III:

As características essenciais são a falta de capacidade de resposta a outras pessoas (autismo), comprometimento grosseiro nas habilidades comunicativas e respostas bizarras a vários aspectos do ambiente, todos se desenvolvendo nos primeiros 30 meses de idade. O autismo infantil pode estar associado a condições orgânicas conhecidas, como rubéola ou fenilcetonúria materna [...]. (DSM-III, p. 87, 1980) Tradução nossa.

A relação desta categoria com a esquizofrenia é controversa. Alguns acreditam que o Autismo Infantil é a forma mais precoce de Esquizofrenia, enquanto outros acreditam que são duas condições distintas. No entanto, aparentemente não há aumento da incidência de Esquizofrenia nas famílias de crianças com Doença Infantil Autismo, que apoia a hipótese de que os dois transtornos não estão relacionados. (DSM-III, p. 87, 1980) Tradução nossa.

Descrição do autismo com base no DSM III-R

Uma síndrome presente desde o nascimento ou início quase invariavelmente nos primeiros 30 meses. As respostas aos estímulos auditivos e, às vezes, visuais são anormais e geralmente há problemas graves na compreensão da linguagem falada. A fala é atrasada e, se se desenvolve, é caracterizada por ecolalia, inversão de pronomes, estrutura gramatical imatura e incapacidade de usar termos abstratos. Geralmente, há um comprometimento no uso social da linguagem verbal e gestual. Os problemas nas relações sociais são mais graves antes dos cinco anos de idade e incluem uma deficiência no desenvolvimento do olhar olho no olho, apego social e brincadeiras cooperativas. O comportamento ritualístico é usual e pode incluir rotinas anormais, resistência à mudança, apego a objetos estranhos e padrões estereotipados de brincadeira. A capacidade de pensamento abstrato ou simbólico e de brincadeiras imaginativas é diminuída. A inteligência varia de severamente subnormal a normal ou acima (DSM-III-R, 1987, p. 33).

SUBITEM INFANTILE AUTISM DO DSM-III R

Uma síndrome presente desde o nascimento ou início quase invariavelmente nos primeiros 30 meses. As respostas aos estímulos auditivos e, às vezes, visuais são anormais e geralmente há problemas graves na compreensão da linguagem falada. A fala é atrasada e, se se desenvolve, é caracterizada por ecolalia, inversão de pronomes, estrutura gramatical imatura e incapacidade de usar termos abstratos. Geralmente, há um comprometimento no uso social da linguagem verbal e gestual. Os problemas nas relações sociais são mais graves antes dos cinco anos de idade e incluem uma deficiência no desenvolvimento do olhar olho no olho, apego social e brincadeiras cooperativas. O comportamento ritualístico é usual e pode incluir rotinas anormais, resistência à mudança, apego a objetos estranhos e padrões estereotipados de brincadeira. A capacidade de pensamento abstrato ou simbólico e de brincadeiras imaginativas é diminuída. A inteligência varia de severamente subnormal a normal ou acima. (DSM-III-R, 1987, p. 456)

O DSM-IV engloba a caracterização sintomatológica em diferentes eixos de análise, sendo: Eixo 1: distúrbios clínicos, incluindo os principais transtornos mentais, bem como desenvolvimento e distúrbios de aprendizagem; Eixo 2: Retardo subjacente penetrante ou condições de personalidade, bem como mental; Eixo 3: Situações clínicas agudas e doenças físicas; Eixo 4: Fatores psicosociais e ambientais que contribuem para a desordem; Eixo 5: Avaliação global de funcionamento (Dunker, 2014).

O Manual, em sua IV edição, passa a caracterizar 297 desordens comportamentais, tendo sido publicado em 1994. O manual passa a agregar uma soberania das síndromes e da psicofarmacologia,

rechaçando possíveis noções de sofrimento singular e/ou advindos do social, sendo uma maneira de diagnosticar pela previsibilidade e universalização dos sintomas (Dunker, 2014).

No DSM IV, a palavra distúrbio foi substituída pelo termo “transtorno”, designando comportamentos tidos como desajustados. O Manual objetivava uma linguagem clara e baseada em evidências, dialogando com os princípios do CID – 10. O autismo permanece como categoria dos transtornos globais do desenvolvimento, diagnosticados na infância, não descartando a possibilidade de diagnóstico na vida adulta (Picollo, 2025).

O DSM-IV engloba a caracterização sintomatológica em diferentes eixos de análise, sendo: Eixo 1: distúrbios clínicos, incluindo os principais transtorno mentais, bem como desenvolvimento e distúrbios de aprendizagem; Eixo 2: Retardo subjacente penetrante ou condições de personalidade, bem como mental; Eixo 3: Situações clínicas agudas e doenças físicas; Eixo 4: Fatores psicossociais e ambientais que contribuem para a desordem; Eixo 5: Avaliação global de funcionamento (Dunker, 2014).

O Manual, em sua 4^a edição, passa a caracterizar 297 desordens comportamentais, tendo sido publicado em 1994. O manual passa a agregar uma soberania das síndromes e da psicofarmacologia, rechaçando possíveis noções de sofrimento singular e/ou advindos do social, sendo uma maneira de diagnosticar pela previsibilidade e universalização dos sintomas (Dunker, 2014).

No DSM IV, a palavra distúrbio foi substituída generalizada pelo termo “transtorno”, designando comportamentos tidos como desajustados. O Manual objetivava uma linguagem clara e baseada em evidências, dialogando com os princípios do CID – 10. O autismo permanece como categoria dos transtornos globais do desenvolvimento, diagnosticados na infância, não descartando a possibilidade de diagnóstico na vida adulta (Picollo, 2025).

NO DSM-IV, o autismo é enquadrado na categoria Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, apresentado a separação entre as categorias: *Autistic Disorder, Rett's Disorder, Childhood Disintegrative Disorder, Asperger's Disorder, and Pervasive Developmental Disorder or Otherwise Specified* (APA, 1994, p. 69) Os Transtorno Invasivos do Desenvolvimento são assim descritos no DSM-IV:

Os Transtornos do Desenvolvimento Pervasivos são caracterizados por comprometimentos severos e persistentes em várias áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação ou a presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipados. Os comprometimentos qualitativos que definem essas condições são

distintamente desviantes em relação ao nível de desenvolvimento ou à idade mental do indivíduo³. (APA, 1994, p. 69. Tradução nossa.)

O autismo é descrito no DSM-IV como associado aos seguintes distúrbios: Como achados laboratoriais (Na maioria dos casos, há um associado ao Retardo Mental, que pode variar de leve a profundo. Pode haver anormalidades no desenvolvimento de habilidades cognitivas); características descritivas associadas à transtornos mentais (referente a prevalência de casos nomeados como de retardo mental); achados de exame físico associados e condições médicas gerais.

O prejuízo na interação social recíproca é grosseiro e sustentado. Pode haver ser um comprometimento acentuado no uso de múltiplos comportamentos não verbais (por exemplo, olho o olho e expressão facial, posturas corporais e gestos) para regular a interação social e comunicação. Pode haver falha no desenvolvimento de relacionamentos com colegas adequado ao nível de desenvolvimento que pode assumir diferentes funções em diferentes idades. Indivíduos mais jovens podem ter pouco ou nenhum interesse em estabelecer amizades.

“Na edição revisada do DSM- IV, versão TR, o Transtorno autista é ocasionalmente chamado de autismo infantil precoce, ou autismo da infância ou autismo de Kanner” (Picollo, 2025, p. 83) Não há mudanças significativas entre a versão IV e a edição revisada o Manual.

O DSM procura constituir-se num sistema classificatório fidedigno dos padecimentos psíquicos e não possui a pretensão de ser uma psicopatologia. Seu critério de objetivo está alicerçado na descrição formal do plano empírico dos fatos clínicos.

A quinta versão do DSM foi publicada em maio de 2013, revelando-se um marco no campo dos diagnósticos psiquiátricos. Allen Frances, médico psiquiatria que atuou na organização da quarta versão do DSM, rompeu com o modelo explicativo do DSM – 5, destacando em suas publicações vastas críticas ao modelo de classificação, dentre elas a possibilidade de uma epidemia de falsos positivos com a orientação do DSM na prática clínica em saúde mental.

O DSM-V, fundamentou-se em categorias, das quais são organizadas em três sessões, totalizando 947 páginas. A seção I nos indica orientações com finalidades para o uso clínico e forense. A segunda critérios e códigos diagnósticos dos transtornos. Na última seção, descrevem-se os instrumentos para avaliações dos sintomas, critérios para a formulação cultural dos transtornos etc (Caponi; Martinhago, 2019).

³ Texto original: Pervasive Developmental Disorders are characterized by severe and pervasive impairment in several areas of development: reciprocal social interaction skills, communication skills, or the presence of stereotyped behavior, interests, and activities. The qualitative impairments that define these conditions are distinctly deviant relative to the individual's developmental level or mental age (DSM-IV, p. 69. 1994).

O DSM-V passou a considerar o autismo como um espectro, um transtorno do neurodesenvolvimento, englobando os critérios de outros quadros designados pelo manual como patológicos em níveis de suporte, no caso do autismo, por exemplo. É na quinta versão do DSM, que o autismo é descrito como Transtorno do Espectro Autista – Nível I, Nível II e Nível III.

O DSM-5 rompe com modelo multiaxial, embora mantenha a recomendação de avaliar fatores psicossociais e ambientais; também é retirada a escala de Avaliação Global do Funcionamento, mas sem contraindicar a utilização de diversas escalas para auxiliar o diagnóstico. Nessa categorização nosológica, o autismo passa a ser considerado um transtorno do neurodesenvolvimento (Araújo & Neto, 2014) e denominado transtornos do espectro autista (TEA). (Fernandes; Tomazelli; Girardi, 2020, p.2)

Conforme as pesquisas de Picollo (2025) o autismo na 5^a versão do DSM passa a figurar também o Transtorno de Asperger e transtornos globais do desenvolvimento. Cita o DSM-V: “Os sintomas desses transtornos representam um continuum único de prejuízos com intensidades que vão de leve a grave nos domínios de comunicação social e de comportamentos restritivos e repetitivos em vez de constituir transtornos distintos”. (DSM-5, p. 42, 2014). A justificativa para fusão dos quadros patológicos se dá pela necessidade de melhora na sensibilidade e especificidade dos critérios para o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista – TEA (APA, 2014). Corroborando a noção de fusão de categorias diagnósticas distintas. Desenvolve o DSM-V:

Tais alterações incluíram a fusão de áreas diagnósticas anteriormente separadas em espectros mais dimensionais, como o que ocorreu com o transtorno do espectro autista, com os transtornos por uso de substâncias, com as disfunções sexuais e com o transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados (APA, 2014, p. 9).

O Transtorno do Espectro Autista é categorizado no DSM-V como um transtorno do neurodesenvolvimento, este último categorizado pelo manual como um grupo de condições presentes no início do desenvolvimento. Os transtornos no neurodesenvolvimento se expressam cedo no desenvolvimento, de acordo com o manual, antes da criança ingressar na escola, caracterizando-se por déficits no desenvolvimento que culminam em prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Desenvolve o Manual:

Os déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência. É frequente a ocorrência de mais de um transtorno do neurodesenvolvimento; por exemplo, indivíduos com transtorno do espectro autista frequentemente apresentam deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), e muitas crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) apresentam também um transtorno específico da aprendizagem. No caso de alguns transtornos, a apresentação clínica inclui sintomas tanto de excesso quanto de déficits e atrasos em atingir os marcos esperados. Por

exemplo, o transtorno do espectro autista somente é diagnosticado quando os déficits característicos de comunicação social são acompanhados por comportamentos excessivamente repetitivos, interesses restritos e insistência nas mesmas coisas (APA, 2014, p. 31).

O transtorno do espectro autista caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Considerando que os sintomas mudam com o desenvolvimento, podendo ser mascarados por mecanismos compensatórios, os critérios diagnósticos podem ser preenchidos com base em informações retrospectivas, embora a apresentação atual deva causar prejuízo significativo (APA, 2014).

No diagnóstico do transtorno do espectro autista, as características clínicas individuais são registradas por meio do uso de especificadores (com ou sem comprometimento intelectual concomitante; com ou sem comprometimento da linguagem concomitante; associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental), bem como especificadores que descrevem os sintomas autistas (idade da primeira preocupação; com ou sem perda de habilidades estabelecidas; gravidez). Tais especificadores oportunizam aos clínicos a individualização do diagnóstico e a comunicação de uma descrição clínica mais rica dos indivíduos afetados. Por exemplo, muitos indivíduos anteriormente diagnosticados com transtorno de Asperger atualmente receberiam um diagnóstico de transtorno do espectro autista sem comprometimento linguístico ou intelectual (APA, 2014).

A deficiência intelectual é comum entre pessoas com transtorno do espectro autista. Sua investigação pode ser complicada por déficits socio comunicacionais e comportamentais, inerentes ao transtorno do espectro autista, que podem interferir na compreensão e no engajamento nos procedimentos dos testes. Uma investigação adequada da função intelectual no transtorno do espectro autista é fundamental, com reavaliação ao longo do período do desenvolvimento, uma vez que escores do QI no transtorno do espectro autista podem ser instáveis, particularmente na primeira infância (APA, 2014).

Dentro da Categoria Transtorno da Linguagem o autismo é associado do seguinte modo: Regressão da linguagem. Perda da fala e da linguagem em criança com menos de 3 anos de idade pode sinalizar transtorno do espectro autista (com regressão do desenvolvimento) ou uma condição neurológica específica, como a síndrome de Landau-Kleffner. Entre crianças com mais de 3 anos, a

perda da linguagem pode ser sintoma de convulsões, havendo necessidade de avaliação diagnóstica que exclua presença de epilepsia (p. ex., eletroencefalograma de rotina e em sono) (APA, 2014).

No DSM-V, o Transtorno do Espectro Autista é também descrito como uma Comorbidade do transtorno da linguagem. Assim, ele está fortemente associado a outros transtornos do neurodesenvolvimento, em termos de transtorno específico da aprendizagem (leitura, escrita e aritmética), transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno do espectro autista e transtorno do desenvolvimento da coordenação. Está, ainda, associado a transtorno da comunicação social (pragmática). História familiar positiva de transtornos da fala e da linguagem costuma estar presente.

O Transtorno do Espectro Autista aparece ainda como diagnóstico diferencial do Transtorno da Comunicação Social, Síndrome de Rett, Mutismo Seletivo, Transtornos da linguagem e transtorno da comunicação social (pragmática), Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) sem transtorno do espectro autista, Transtorno do movimento estereotipado; Especificação do Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor; Categoria do Transtorno de Ansiedade Social; categoria no Transtorno de Apego Reativo, enquanto categoria de diagnóstico diferencial da PICA⁴; categoria do Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo.

O transtorno do espectro autista é um novo transtorno do DSM-V que engloba o transtorno autista (autismo), o transtorno de Asperger, o transtorno desintegrativo da infância, o transtorno de Rett e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação do DSM-IV. “Ele é caracterizado por déficits em dois domínios centrais: 1) déficits na comunicação social e interação social e 2) padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses e atividade” (APA, 2014, p. 809).

A palavra autismo aparece citada 195 vezes no DSM-V; ele é caracterizado por atrasos que devem apresentar-se desde a primeira infância. Os déficits elencados pelo DSM-V incluem atrasos na comunicação social, presença de padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades. Conforme já descrito, o DSM-V fusiona no Espectro Autista a Síndrome de Asperger e Transtorno Desintegrativo da Infância. O Espectro passa a ser constituído por uma gama de adjetivos e características que podem ser encontradas nas pessoas diagnosticadas (Maurício, 2024).

As crianças com TEA podem apresentar comportamentos e habilidades muito diferentes, variando de dificuldades de comunicação e interação social até habilidades notáveis em áreas como memória ou atenção aos detalhes. Essas variabilidades, ou espectro, explica por que algumas crianças com TEA podem necessitar de apoio intensivo, enquanto outras conseguem levar uma vida independentemente (Mauricio, Galhardo, p. 48, 2024).

⁴ PICA transtorno alimentar caracterizado pela ingestão de substâncias que não são alimentos.

Apresenta-se, a seguir quadro, explicativo relativo à transformação do conceito de autismo nas diferentes versões do DSM:

Quadro 1 – Transformação do conceito de autismo nas diferentes versões dos DSMs.

Versão do DSM	Transformação do Conceito
DSM I	Reação Esquizofrênica tipo Infantil
DSM II	Reação Esquizofrênica tipo Infantil
DSM III	Transtornos Invasivos do Desenvolvimento/ Autismo infantil <i>(Tradução nossa)</i>
DSM III- R	Transtornos Invasivos do Desenvolvimento/ Transtorno Autista <i>(Tradução nossa)</i> Aparece também mencionado no item: Psychoses with origin specific to childhood, especificado como: Infantile autismo; Infantile psychosis; Kanner's syndrome.
DSM IV	Transtornos Invasivos do Desenvolvimento/ Transtorno Autista <i>(Tradução nossa)</i>
DSM IV – TR	Transtornos Invasivos do Desenvolvimento/ Transtorno Autista <i>(Tradução Nossa)</i>
DSM - V	Transtorno do Espectro Autista
DSM – V Revisado	Transtorno do Espectro Autista

Fonte: Elaborado pela autora com base em estudos das versões do DSM.

2.2 AS INFLUÊNCIAS DO DSM-5 NA EXPANSÃO DOS DIAGNÓTICOS DE AUTISMO NA ATUALIDADE

A revisão apresentada teve como objetivo demonstrar ao leitor como o autismo emerge da categorização de uma reação esquizofrênica infantil no DSM-I, à expansão de diagnósticos referenciada nos saberes do DSM-5. Este estudo busca demonstrar, que os DSMs não podem ser compreendidos como os únicos saberes a atuarem na expansão contemporânea de diagnósticos de autismo. A estas considerações, Picollo (2025) nos descreve hipóteses para o aumento de diagnósticos de autismo, a saber: a mercantilização do autismo (entendendo como o sistema capitalista cria seus consumidores e as demandas pelos objetos), as mudanças sociais e culturais da atualidade, dentre outros.

Contudo, se quer demonstrar neste estudo a hipótese dos aumentos de diagnósticos de autismo sob a concepção de métricas comportamentais universalizantes dos diagnósticos psiquiátricos, presentes nas transformações dos DSMs (Picollo, 2025; Dunker, 2014; Frances, 2016; Caponi, 2014).

Dunker (2014) nos mostra que os DSMs rompem com as características psicodinâmicas dos diagnósticos, criando a partir de sua III versão um rompimento, por exemplo, com a teoria

psicanalítica, observando-se que as noções de psiquismo e comportamento humano da psicanálise não seriam passíveis a generalização nos diagnósticos.

Para o autor, o DSM rompe com todos os pressupostos de singularização subjetiva, criando uma esfera diagnóstica baseada única e exclusivamente em padrões sintomatológicos passíveis de generalização (Dunker, 2014).

Picollo (2025) demonstra que os manuais diagnósticos, como o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), passaram a agregar categorias anteriormente tratadas de forma separada nos diagnósticos em saúde mental. Um exemplo significativo é o DSM-5, que ao abordar o autismo, incorporou em uma mesma categoria diagnóstica a Síndrome de Asperger e outros transtornos globais do desenvolvimento descritos nas edições anteriores.

Corroborando com essas afirmativas, o mesmo autor correlaciona o aumento de diagnósticos de autismo na educação especial com a retirada do retardo mental, por exemplo, como categoria específica e inclusão desta, nos Transtornos Globais do Desenvolvimento, a partir do DSM-III.

Os estudos de Caponi (2009; 2014) também nos são importantes, pois, a autora demonstra em suas produções intelectuais, como a psiquiatria através da imposição de seu poder sobre a normalidade e anormalidade passa a ditar as regras dos comportamentos humanos, como já demonstrado por Foucault (2006) passa não somente a intervir sobre seus objetos, mas indicar seus modos de funcionamento.

Segundo Caponi (2014) o DSM-V, publicado no dia 18 de maio de 2013, apresentou amplas críticas, de vários pesquisadores, apresentando dentre as características críticas a fragilidade epistemológica, o que a pesquisadora salienta sobre o manual unicamente elencar “sintomas pouco claros para um conjunto cada vez maior de sintomas” (Caponi, 2014 p. 742).

“Uma imensa literatura hoje está dedicada a estudar os limites e as dificuldades dessa proliferação de diagnósticos que redefinem quase todos nossos sofrimentos e condutas em termos médicos” (Caponi, 2014, p. 743-744).

Para a pesquisadora o DSM, a partir da “ruptura operada no campo da psiquiatria, no ano 1980, pelo DSM-III” (Caponi, 2014 p. 744) passa a operar com uma lógica de agrupamentos de sintomas, eliminando narrativas de pacientes, possibilidades de sofrimentos advindos de outros contextos que não aquilo que se entende como uma superficialidade diagnóstica da psiquiatria, presentes nos DSMs a partir da terceira versão. A superficialidade dos sintomas é apresentada, por exemplo, nos estudos de Foucault (2008; 2006) sobre os impressionismos diagnósticos.

Diante das críticas apresentadas por diferentes pesquisadores ao DSM-V, se quer aprofundar o debate com o objetivo de responder à questão que movimentou este estudo, a saber: Como o DSM

transformou o autismo de uma condição “rara” (reação esquizofrênica infantil no DSM-I) e a colocou em uma categoria passível de expansão pela noção de espectro (Transtorno do Espectro Autista – TEA no DSM-5)?

O aumento da categorização do Espectro, envolvendo a ampliação de sinais e sintomas, a possibilidade de enquadrar as sintomatologias em níveis de suporte, a possibilidade de incluir ou não a deficiência intelectual, o acoplamento de diagnósticos antes separados como Asperger e os Transtornos Globais do Desenvolvimento.

Tal ampliação de sinais e sintomas é baseada nas discussões propostas pelos autores citados anteriormente, corroborando com uma noção de superficialidade e generalização diagnóstica no contexto dos diagnósticos de autismo na atualidade, os quais podem ser comparados às premissas desenvolvidas por Foucault (2008; 2006).

Se espera que as discussões colocadas em debate neste estudo sirvam para ampliar as sensibilizações sobre o uso acentuado e expansivo de diagnósticos de autismo na atualidade.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do percurso histórico dos saberes sobre o autismo nos permitem compreender como a formação discursiva emerge de uma formulação advinda de sintomas esquizofrênicos por Bleuler 1911 a diferentes estudos por distintas áreas de saber e a criação de métricas de anormalidades tais quais desenvolvidas nos Manuais Psiquiátricos.

Se entende que a temática da expansão dos diagnósticos de autismo é mais complexa que a análise realizada neste estudo, a saber, o poder psiquiátrico não é a única esfera passível de nos elucidar sobre o aumento dos diagnósticos de autismo na atualidade, mas, se faz relevante atentar como a noção de métrica de generalização de anormalidades comportamentais inferem na expansão diagnóstica do autismo.

Diante disso, os DSMs a partir de sua terceira versão nos permite compreender como a multiplicação de comportamentos tidos como anormais são identificados como patologia e como a última versão do DSM, passa a incorporar diferentes comportamentos e designações patológicas para o enquadre do autismo como patologia cada vez mais abrangente de comportamentos.

Por fim, estudos que questionem e contribuam para a ruptura dos paradigmas psiquiátricos mostram-se fundamentais para reduzir o número de diagnósticos e o consequente estigma. Num contexto contemporâneo em que o laudo tende à naturalização e à normalização de condutas nas esferas social e educativa, é urgente problematizar as categorias diagnósticas e as práticas institucionais que as sustentam, de modo a revelar seus efeitos normativos e as alternativas possíveis.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. DSM-I. 1952.

American Psychiatric Association. DSM-II. 1968

American Psychiatric Association. DSM-III. 1980.

American Psychiatric Association. DSM-III-R. 1987.

American Psychiatric Association. DSM-IV. 1994.

American Psychiatric Association. DSM-V. 2013.

CAVALCANTI, Ana Elizabeth; ROCHA, Paulina. Autismo. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2007.

CAPONI, Sandra. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. Ciência & saúde coletiva, v. 14, p. 95-103, 2009.

CAPONI, Sandra. A propósito das classificações psiquiátricas: O DSM e suas dificuldades. Grandes Temas do Conhecimento. Mythos Editora, São Paulo, 2015.

CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 24, p. 741-763, 2014

DONVAN, John; ZUCKER, Caren. Outra sintonia: a história do autismo. Editora Companhia das Letras, 2017.

DIAS, Suzana Cazati; SILVA, Mirelli Caroline Oliveira da. As contribuições do aba às crianças autistas. 2022

DUNKER, Christian. Subjetivações e gestão dos riscos na atualidade: reflexões a partir do DSM-5. Revista Epos, v. 5, n. 1, p. 181-190, 2014

FERNANDES, Conceição Santos; TOMAZELLI, Jeane; GIRIANELLI, Vania Reis. Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. Psicologia Usp, v. 31, p. e200027, 2020.

FOUCAULT, MICHEL. A arqueologia do saber. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 2008.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. Perspectiva, São Paulo, 1972.

FRANCES, Allen. Voltando ao normal. Rio de Janeiro: versal editores, 2016.

INEP – INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. Brasília: Inep, 2022.

INEP – INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. Brasília: Inep, 2023.

INEP – INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. Brasília: Inep, 2024.

LIMA, Rossano Cabral. A construção histórica do autismo (1943-1983). Ciências Humanas e Sociais em revista, v. 36, n. 1, p. 109-123, 2014.

MAURICIO, Karina Courel. TEA: conhecer para atuar inclusão escolar na primeira infância. Dissertação de Mestrado. 2024.

PICOLLO, Gustavo Martins. Se todo mundo é deficiente, ninguém é deficiente. Curitiba, Appris, 2025.

ROMEIRO, Ana Julia Maciel. A escola outra e o autismo: A criança como sujeito. Cadernos da Pedagogia, v. 18, n. 41, 2024

RYAN, Eugene. Compartilhando um Diagnóstico de Autismo para seu Filho. In: Oasis: bulletin of the Connections forum. 2019.

SANTOS, Larissa Yule Amado; AMORIN, Simone Silveira. Considerações sobre os primeiros diagnósticos do autismo: Leo Kanner, o pai do autismo. 2021