

**AUTISMO COMO JUSTIFICATIVA PARA COMPORTAMENTOS INDESEJÁVEIS: REFLEXÃO A PARTIR DE UM ESTUDO DE CASO****AUTISM AS A JUSTIFICATION FOR UNDESIRABLE BEHAVIORS: REFLECTION FROM A CASE STUDY****EL AUTISMO COMO JUSTIFICACIÓN DE CONDUCTAS INDESEABLES: REFLEXIÓN A PARTIR DE UN ESTUDIO DE CASO**

Alberto Shodi Yamashiro<sup>1</sup>  
Marcos Roberto Vieira Garcia<sup>2</sup>

**RESUMO**

Com as recentes mudanças nos critérios diagnósticos com sua maior abrangência, houve uma maior possibilidade na identificação do autismo nos últimos anos. Isso pode se refletir também em uma nova forma de se justificar comportamentos e sentimentos considerados desviantes ou indesejados por meio deste transtorno de neurodesenvolvimento. Este estudo tem como objetivo investigar o fenômeno da patologização na atribuição do diagnóstico de autismo por parte de profissionais da saúde, da educação, das famílias e também da própria pessoa diagnosticada. A partir de um estudo de caso de um jovem de 18 anos atendido em um Caps II e de reflexões acerca da literatura científica, discutimos a possibilidade de alguns casos de investigação de Transtorno do Espectro Autista (TEA) estarem relacionados à patologização de comportamentos normais. A coleta dos dados foi realizada a partir de informações de prontuário multiprofissional deste paciente, com autorização da família e do paciente, e com a aprovação de comitê de ética em pesquisa. A análise do material foi feita a partir da proposta de análise qualitativa compreensiva. O diagnóstico de TEA, dessa forma, pode surgir como uma justificativa socialmente aceitável para comportamentos de outra ordem, como timidez, dificuldade de comunicação ou mesmo a homossexualidade, como no estudo de caso analisado.

**Palavras-chave:** transtorno do espectro autista; patologização; medicalização; normatização de comportamentos.

**ABSTRACT**

---

<sup>1</sup> Psiquiatra. Mestre em Tecnologias e Atenção à Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Doutorando em Educação pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Integrante do Grupo de Pesquisa "Saúde Mental e Sociedade" da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1743-630X>, E-mail: [alberto190@gmail.com](mailto:alberto190@gmail.com)

<sup>2</sup> Doutor em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). Professor da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Coordenador do Grupo de Pesquisa "Saúde Mental e Sociedade" da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5668-2923>, E-mail: [mgarcia@ufscar.br](mailto:mgarcia@ufscar.br)

With recent changes in diagnostic criteria with greater scope, there has been a greater possibility of identifying autism in recent years. This may also be reflected in a new way of justifying behaviors and feelings considered deviant or unwanted through this neurodevelopmental disorder. This study aims to investigate the phenomenon of pathologization in the attribution of the diagnosis of autism by health professionals, education professionals, families and also by the diagnosed person themselves. Based on a case study of an 18-year-old young man treated at a Caps IJ and reflections on the scientific literature, we discuss the possibility that some cases of investigation of Autism Spectrum Disorder (ASD) are related to the pathologization of normal behaviors. Data collection was carried out based on information from this patient's multidisciplinary medical records, with authorization from the family and the patient, and with the approval of the research ethics committee. The analysis of the material was carried out based on the proposal of comprehensive qualitative analysis. The diagnosis of ASD, in this way, can emerge as a socially acceptable justification for behaviors of another order, such as shyness, difficulty communicating or even homosexuality, as in the case study analyzed.

**Keywords:** autism spectrum disorder; pathologization; medicalization; standardization of behaviors.

## RESUMEN

Con los recientes cambios en los criterios diagnósticos con mayor alcance, ha habido una mayor posibilidad de identificar el autismo en los últimos años. Esto también puede reflejarse en una nueva forma de justificar conductas y sentimientos considerados desviados o no deseados a través de este trastorno del neurodesarrollo. Este estudio tiene como objetivo investigar el fenómeno de la patologización en la atribución del diagnóstico de autismo por parte de profesionales de la salud, profesionales de la educación, familias y también por la propia persona diagnosticada. A partir del estudio de caso de un joven de 18 años atendido en un Caps IJ y reflexiones sobre la literatura científica, discutimos la posibilidad de que algunos casos de investigación del Trastorno del Espectro Autista (TEA) estén relacionados con la patologización de conductas normales. La recolección de datos se realizó con base en la información de la historia clínica multidisciplinaria de este paciente, con autorización de la familia y del paciente, y con la aprobación del comité de ética en investigación. El análisis del material se realizó a partir de la propuesta de análisis cualitativo integral. El diagnóstico de TEA, de esta forma, puede surgir como una justificación socialmente aceptable para conductas de otro orden, como la timidez, la dificultad para comunicarse o incluso la homosexualidad, como en el caso de estudio analizado.

**Palabras clave:** trastorno del espectro autista; patologización; medicalización; estandarización de conductas.

## INTRODUÇÃO

De acordo com Christofari, 2022, é frequente a estigmatização por meio da redução do estudante ao seu diagnóstico psiquiátrico como forma de se mascarar problemas sociais que deveriam ser discutidos ampla e profundamente, tornando os

problemas individuais e enclausurando o aluno a um rótulo. De forma semelhante, Collares e Moyses (1995) relatam que a medicalização individualiza um problema que é determinado coletivamente. Dessa forma, as situações sociais e políticas são consideradas adversidades de origem biológica, culpabilizando-se a pessoa pelo seu fracasso. Assim, crenças em doenças mentais como justificativa para problemas nos comportamentos tornam-se culturalmente aceitas.

Com aumento de informações sobre o autismo e de sua identificação clínica, não raramente muitas pessoas que não se enquadram nos modelos de sentimentos e comportamentos esperados numa sociedade, podem encontrar no diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) uma justificativa para estes padrões.

Assim, o diagnóstico de autismo pode servir de explicação conveniente para comportamentos indesejados do ponto de vista comunitário, escolar, familiar e pessoal sem que se precise aprofundar nas causas dessas atitudes, nos interesses envolvidos ou na falta de análise crítica da real situação patologizante que estamos vivenciando atualmente.

## **OBJETIVOS**

O presente artigo pretende investigar o fenômeno da patologização na atribuição do diagnóstico de autismo por parte de profissionais da saúde, da educação, das famílias e das próprias pessoas diagnosticadas.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Para maior aprofundamento dos aspectos abordados na discussão deste artigo, optamos por esta fundamentação teórica realizada por meio de revisão não-sistemática da literatura científica recente sobre o tema. Pretende-se discorrer sobre os conceitos de neuroplasticidade nas adaptações comportamentais humanas, sua relação com o autismo e com a ampliação nas suas possibilidades diagnósticas. Entendemos que isso, de acordo com interesses e conveniências, pode agravar ainda mais o fenômeno da patologização e medicalização da vida.

Na concepção vigotskiana, o estado psíquico e comportamental desenvolvido remete à autorregulação adaptativa, por meio de interações sociais, com fundamental importância do papel da escola e da comunidade onde a pessoa está inserida (Teixeira, 2022). Assim, o cérebro seria um órgão modificável em que haveria a relação do desenvolvimento cognitivo como função da aprendizagem.

A neuroplasticidade é um campo de estudo das neurociências e, dentre vários objetivos, busca explicar os fatores cerebrais envolvidos não somente na origem dos transtornos mentais, mas também das adaptações comportamentais normais. O termo foi popularizado a partir da década de 50 do século passado e também é conhecido como plasticidade neural ou plasticidade cerebral. A neuroplasticidade é definida como a capacidade do sistema nervoso de alterar sua atividade e promover mudanças estruturais e adaptativas, em resposta a estímulos intrínsecos ou extrínsecos, reorganizando sua estrutura, suas funções e/ou suas conexões. Esse fenômeno pode ocorrer de maneira a regenerar as células neuronais ou as conexões entre elas (plasticidade sináptica) e através de reorganização de sua função. Essas alterações são duradouras e dependentes da experiência de vida (Puderbaugh *et al.*, 2023).

Atualmente há descrições abundantes e robustas na literatura científica sobre as influências sociais na neuroplasticidade. É sabido que os fatores psicossociais promovem, diretamente, alterações na estrutura e na função do cérebro de maneira significativa. Além disso, há estudos de nível molecular sobre como os eventos de vida como ambiente favorável ou isolamento social interferem na neuroplasticidade de neurônios cerebrais (Milbocker *et al.*, 2024).

O cérebro é um órgão dinâmico e mantém com essa característica durante todo o período pré-natal até a idade adulta (Ho e King, 2021). As primeiras conexões sinápticas dos circuitos neurais ocorrem desde as primeiras semanas de gestação e vão aumentando gradualmente, durante o desenvolvimento do feto, no número de neurônios, de outras células nervosas e suas respectivas sinapses (Pritschet *et al.*, 2024).

À medida que a criança cresce, desenvolve-se e amadurece cognitivamente, ela interage mais com os pares e a vizinhança, mantém vínculos com a escola e a comunidade que servem de oportunidades de enriquecimento mental e proteção social. Por outro lado, podem surgir nesses ambientes mais conflitos com colegas e

vulnerabilidades que podem ser definidoras surgimento ou agravamento de sofrimentos emocionais (Ho e King, 2021).

Segundo Milbocker *et al.* (2024) as experiências humanas podem modificar a base genética além de modular a organização estrutural do cérebro de maneira significativa e incluem fatores de educação e acontecimentos de vida, além do estilo de vida saudável como atividade física regular, correta higiene do sono, elevada escolaridade e alimentação saudável que afetam positivamente a reserva cognitiva e o funcionamento cerebral por meio da plasticidade cerebral e da neutralização de danos neurodegenerativos.

No caso do autismo, acredita-se que as alterações de neuroplasticidade também ocorram desde o momento intrauterino e possivelmente de maneira divergente àquela em que a maioria das pessoas desenvolvem, pois há formação de distintas conexões em determinadas regiões cerebrais que podem justificar algumas diferenças nos comportamentos e modos de funcionamento cognitivo (Lord *et al.*, 2020).

Descrito por Leo Kanner há mais de 80 anos, somente após 40 anos o autismo teve sua primeira descrição oficial como uma categoria diagnóstica independente, na terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-III, desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria, com prevalência inicial estimada em 3 a 7 acentados em 10 mil crianças. À época, naquele manual diagnóstico, todas as características descritas deveriam estar presentes, reunindo portadores com quadros mais homogêneos e critérios mais rígidos. Essa tendência seria mais flexibilizada a partir do DSM-III-R em que haviam 16 critérios e exigência de, pelo menos, 8 critérios presentes. Isso levou a uma menor concordância entre clínicos com variados níveis de experiência clínica para se identificar os casos de autismo, algo que foi bastante considerado na criação do DSM-IV numa tentativa de novamente homogeneizar a identificação de seu diagnóstico. No DSM-5 houve uma importante mudança para o conceito de autismo que incorporou vários diagnósticos categoriais em um único diagnóstico com múltiplas dimensões, definindo-se assim o transtorno do espectro autista (TEA). A Classificação Internacional de Doenças (CID), sistema de códigos desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na sua décima primeira edição, a CID-11, também mantém essa mesma tendência de

considerar o TEA como uma condição mais abrangente e multidimensional (Rosen *et al.*, 2021).

Estas últimas mudanças provocaram um aumento nas possibilidades diagnósticas já que considera o paciente portador de sofrimento mental como parte de um espectro que se inicia desde ausência dos sintomas da enfermidade ou presença de sintomas subliminares até o transtorno na sua maior gravidade. Permite-se, portanto, a possibilidade de diagnóstico psiquiátrico mesmo que no período da remissão total dos sintomas (Goldberg, 2010). Isso gerou uma “explosão” de crianças diagnosticadas: no ano 2000, de acordo com dados do Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos da América, 1 a cada 150 crianças eram portadoras de autismo. Atualmente, este número subiu para 1 a cada 36 crianças (CDC, 2023).

A forma com que o autismo é compreendido foi se modificando conforme o momento histórico e científico da época. No período das descrições iniciais de Kanner, sob significativa influência da psicanálise, houve a tendência a culpabilização dos pais, especialmente das mães, que supostamente teriam falhado no estabelecimento das relações objetais precoces com seus filhos, apontadas à época como “mães geladeira” (Cleary *et al.*, 2023).

Posteriormente a isso, com a maior influência dos estudos em neurociências, houve a substituição da responsabilização do comportamento dos pais para o da alteração no cérebro cujas origens seriam principalmente biológicas. Assim, o autismo seria produto de uma alteração do neurodesenvolvimento que demandaria estratégias de suporte específicas para a adaptação do comportamento e tratamento de sintomas-alvo (Cleary *et al.*, 2023).

Segundo Ortega, 2009, o movimento da neurodiversidade, muitas vezes liderado fundamentalmente por portadores de TEA leves ou de “alto funcionamento”, portanto com perfil social não representativo na sua totalidade, advoga uma nova interpretação para estes conceitos biológicos, em que o autismo seria uma variação comportamental, de funcionamento e de interpretação de mundo distinto dos demais indivíduos. Dessa forma, não haveria necessidade nem motivos para adaptação, reabilitação, tratamento ou cura, tal qual não haveria para pessoas neurotípicas.

O diagnóstico de autismo desafia também o Sistema Único de Saúde (SUS) pois, supostamente, não seria suficiente seu acompanhamento em um Caps



infantojuvenil, serviço já bem estabelecido da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mas em serviços específicos de detecção e tratamento precoces. Isso porque haveria no autismo um senso de urgência em sua identificação, visto que o diagnóstico precoce levaria à necessidade de tratamentos especializados imediatos para evitar a perda da importante janela de oportunidade terapêutica baseada na neuroplasticidade. O pronto diagnóstico levaria à rápida promoção da construção identitária e demandaria acompanhamento em serviços especializados prioritários e exclusivos para esta população (Rios e Camargo, 2019). Dessa forma, há percepção cada vez maior de que deveriam haver mecanismos de rastreio para autismo mais abrangentes na população geral infantil, mas com riscos de uma utilização de instrumentos insuficientes para sua correta identificação que incluem o excesso de diagnósticos (Rios e Camargo, 2019).

Diversas escalas ou questionários amplamente utilizados para triagem e auxílio diagnóstico são validados e utilizados atualmente no Brasil, apesar de elevada possibilidade de identificação de casos “falsos positivos” de TEA, se forem utilizados prioritariamente os testes psicológicos na investigação em relação ao acompanhamento multiprofissional longitudinal e especializado (Moon *et al.*, 2019 e Alves *et al.*, 2022).

Embora a identificação precoce seja benéfica para alguns casos, a falta de treinamento no rastreio pode gerar maior identificação de casos, com maior risco de encaminhamentos inadequados e demanda superior ao que o sistema de saúde consegue lidar (Onishchenko *et al.*, 2021).

Além disso, há a possibilidade de estar se estabelecendo e fortalecendo uma suposta “indústria do autismo” com interesses neste excesso de diagnósticos e consequentemente, nas suas terapias (frequentemente intensas e desnecessárias), além de precarização do trabalho dos terapeutas, reforçando ainda mais a tendência a patologização dos comportamentos (Ricci *et al.*, 2022).

Ainda, a literatura científica aponta que há uma diferença significativa nas percepções de pais, professores e profissionais de saúde em relação avaliação da comunicação social desses indivíduos em investigação para TEA (Walton *et al.*, 2024). Além disso, há uma baixa concordância entre pais e professores na identificação e descrição de características intrínsecas do autismo principalmente nas suas formas mais leves, podendo-se erroneamente levar ao entendimento de que uma pessoa com comportamento normal ser portador de TEA (Stadnick *et al.*, 2017).

Algumas pessoas sem nenhum transtorno mental, a exemplo de alguns portadores de TEA, podem apresentar ingenuidade social, dificuldades na comunicação e na compreensão das situações sociais e regras, além de comportamento agressivo e de interesses restritos e, devido a essas características, podem apresentar maiores prejuízos nos relacionamentos interpessoais e, eventualmente, buscar no diagnóstico de TEA uma justificativa de maior aceitação social, familiar e pessoal para essas dificuldades (Collins *et al.*, 2023).

Há ainda relatos de avaliação deficiente na atenção primária à saúde para o reconhecimento adequado do TEA devido à falha na formação profissional acadêmica. Um diagnóstico precipitado causaria efeitos iatrogênicos e um risco de normatização de comportamentos que priorizem uma reeducação dos supostos autistas (Onishchenko *et al.*, 2021). Ao se aventar a possibilidade de diagnóstico de autismo, sempre há impactos significativos à família da pessoa avaliada, com mudanças na rotina, da aceitação, dos cuidados e nos sentimentos (Magalhães *et al.*, 2021).

## METODOLOGIA

Neste trabalho, é feito um estudo de caso de um adolescente que é acompanhado em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Caps IJ) de um município de médio porte no estado de São Paulo, no qual o primeiro autor deste artigo trabalha como psiquiatra. Como suporte para a discussão da relação à patologização de comportamentos e sentimentos de jovens em idade escolar, a discussão se apoiará em estudos recentes sobre o tema na determinação dos transtornos mentais.

Foram utilizados dados do prontuário de atendimento multiprofissional deste adolescente que continham encaminhamento até o Caps IJ, folha de atendimento inicial, anamnese, atendimentos médico, psicológico e de enfermagem, questionários psicológicos e relatório escolar que foram aplicados pelos próprios profissionais do referido serviço de saúde (incluindo o primeiro autor desta pesquisa), e que continham todas as informações utilizadas para o desenvolvimento deste estudo.



Como método de análise de dados, optamos pelo procedimento de análise dos fenômenos sociais de Guy Michelat, que considera a apreensão dos sistemas de valores, de normas, de representações e de símbolos próprios de uma cultura ou subcultura. A análise qualitativa compreensiva proposta pelo autor é baseada em interpretações a partir de múltiplas releituras para se chegar a uma espécie de “impregnação” para se permitir uma “tradução interpretativa” que leve em consideração, não apenas os aspectos psicológicos, como também sociológicos e culturais para a captação de informação mais aprofundada (MICHELAT, 1982).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos – CEP/UFSCar, sob número 80481924.8.0000.5504. Foram realizados termos de consentimentos da família e do paciente para autorização de estudo e publicação de caso clínico.

## RESULTADOS

Gabriel<sup>i</sup> tem 18 anos e, por demanda inicial de sua mãe, iniciou acompanhamento no Caps IJ em junho de 2023, aos 16 anos de idade. É branco e cursa ensino técnico em administração em uma Escola Técnica Estadual (ETEC), além de curso de inglês em paralelo. Mora com o pai (motorista de aplicativo) e a mãe (vigilante). Tem dois irmãos mais velhos de 26 e 21 anos de idade que já não moram na mesma casa.

No atendimento clínico conduzido pelo primeiro autor desse artigo, na presença de Gabriel, ela frequentemente respondia no lugar dele que, por sua vez, discordava e a corrigia. A mãe, Joana<sup>i</sup>, contou que a gestação não foi planejada, mas foi desejada. Ela necessitou de uso de fluoxetina na gestação e outra medicação da qual não recorda o nome, mas que servia para tratamento da ansiedade. O parto foi cesáreo.

Gabriel foi amamentado exclusivamente com leite materno até 6 meses de idade quando foi tentada introdução de canja com arroz, batata amassada, mas ele sempre rejeitou. Joana finalizou a amamentação quando Gabriel tinha um ano e sete meses. Na escola recusava totalmente comer legumes, frutas e verduras, mas aceitava os bolos de fubá e de chocolate quando eram oferecidos.

Joana disse que quando Gabriel tinha cerca de um ano e meio de idade, a diretora da creche onde ele estudava descreveu seu comportamento como muito agitado e que ele era diferente das demais crianças - tinha diversos episódios de choro inconsolável muito intensos, além de ser muito sensível ao barulho elevado. De acordo com esta profissional de educação, por todas essas características, ele precisaria estudar em escola especial. Ao ser questionada se acreditava que, naquela época, a diretora teria errado sobre a necessidade de escola especial, Joana respondeu que não, pois, para ela, talvez Gabriel se beneficiasse mais de escola especial para aprender a se relacionar com outras pessoas e ser uma pessoa mais confiante.

As primeiras palavras foram com 2 anos e meio de idade. Porém falava de forma errada e precisou fazer acompanhamento com fonoaudiologia, pois falava “meio enrolado e com palavras de difícil compreensão”.

À medida que crescia, Gabriel continuava a ter choro muito intenso, segundo Joana, “estrondoso, com olhar fixo”. Ela relata que o levou inúmeras vezes ao pronto socorro devido a este comportamento e alega já ter ouvido de pediatra que ele teria “síndrome do pânico do pesadelo”, pois algumas vezes o choro se iniciava quando estava dormindo. Devido aos episódios de choro frequentes, dificuldade na alimentação e isolamento dos colegas, Joana optou por mudar Gabriel de escola, aos 7 anos, para tentar uma nova adaptação em outro ambiente escolar, mas lembra que ele continuou com as mesmas dificuldades, que foram melhorando gradualmente com mais idade.

Joana conta que Gabriel gostava de brincar enfileirando os brinquedos e separava-os por tons de cor e acredita que ele era organizado em excesso. Também tinha crises de nervosismo quando frustrado, demorando até 20 minutos para se acalmar e era muito isolado na escola.

Gabriel até hoje tem “seletividade alimentar”, que envolve a sensação de náusea com alguns alimentos. Faz quatro refeições por dia, prefere alimentos mais secos e duros como arroz, carnes e macarrão. Não gosta de verduras, legumes, frutas (mas aprecia o suco dessas frutas) e alimentos pastosos. Não há relação com textura, cor ou sabor.

Joana lembrou de alguns momentos em que Gabriel tinha alguns medos que outras crianças não teriam, como um encontro com um palhaço em que tocava ao fundo uma música alta em que ele ficou muito agitado e choroso.

Joana refere Gabriel como nervoso, ingênuo, ansioso, preocupado, estudioso e inteligente. Tem um interesse concentrado, que ela define como um “hiperfoco”, em aprender línguas estrangeiras. Joana se preocupa por ele recusar qualquer alimento fora de casa e não usar banheiro para evacuar, somente para urinar quando não está na sua residência. Tem medo de que ele sofra na vida adulta e no trabalho. Refere que tem receio de que ele seja mal compreendido, pois algumas vezes responde agressiva ou rispidamente e talvez por isso, passou por vários estágios profissionais e não permaneceu. Acredita que com um diagnóstico psiquiátrico, permitiria que as pessoas o compreendessem e o aceitassem melhor.

As informações dos atendimentos psicológicos de Gabriel, registrados em prontuário, ressaltam que ele atualmente gosta de ir à escola, acredita que faz amizade com facilidade e refere ter muitos amigos e, dentre esses, duas melhores amigas com quem conversa todos os dias. Alega ter dificuldade somente em matemática na escola e que sua família não tem contato frequente com coordenadores e professores da escola.

Rafael relata que gosta de manter sempre rotina, organização e limpeza e diz que balança as pernas para um certo alívio quando algo não sai conforme esperado. Costuma acordar às 5:30h e vai dormir às 22h, com sono reparador e tranquilo. Mas nas férias dorme de madrugada e acorda ao meio dia.

Acredita que os pais exageram nas regras e nos limites, pois tentam saber e controlar as companhias com quem vai sair, horários e os locais onde frequenta.

Toma 3 banhos por dia pois se sente sujo, mas sem presença de pensamentos obsessivos, intrusivos ou rituais de limpeza ou maiores sofrimentos caso seja limitado a tomar somente um banho no dia.

Fala sobre sua afetividade somente na ausência de familiar no consultório. Refere ser “gay” e os pais sabem disso, mas não aceitam pois, depois de tomarem conhecimento, tornaram-se ainda mais rígidos e controladores nas suas saídas de casa.

Gabriel diz ter sensação de estar sufocado e preso em casa, pois gosta de usar anéis, pulseiras e delineador nos olhos, mas retira-os assim que chega em casa. Relata

que pais controlam até seu corte de cabelo. Refere que tem pouco diálogo sobre isso em família, como se fosse algo proibido ou um tabu.

Gosta de assistir filmes, desenhar, ouvir música, andar de bicicleta, fazer caminhadas e acredita se adaptar com facilidade às mudanças de rotina. Aprecia tocar teclado, ler e escrever poesias. Dedicar-se a estudar línguas estrangeiras e desenhar.

Ao ser questionado sobre a forma de brincar quando criança enfileirando objetos, Gabriel alega que gostava de brincar com carrinhos e imaginava que também paravam no semáforo e no trânsito congestionado de maneira enfileirada. Sempre preferiu brincar sozinho.

Tem planejamento de aprender piano no conservatório de música de um município próximo, e se aprofundar no aprendizado de línguas estrangeiras para poder trabalhar como músico no exterior. Gosta de pesquisar e tem interesse países como Noruega, Tailândia Japão, Austrália, entre outros.

Gabriel refere que quando era menor, estudava como bolsista na escola infantil de propriedade de uma grande clínica na cidade onde Joana era funcionária. Nesta época, observou que as outras crianças o excluía por ser pobre e bolsista, fato que só percebeu muitos anos após, mas chegou a fazer amizade com outra aluna bolsista. Conta ainda um episódio em que uma das crianças estava entregando convites para seu aniversário e não quis convidá-lo por ser pobre, mas depois a professora o mandou entregar o convite para ele.

Relata que sempre quis fazer amizades, mas também sempre foi muito tímido e inseguro sobre a opinião dos outros, com receio de o reprovarem ou de ser julgado. Já no ensino médio técnico, isso foi melhorando e atualmente tem um bom grupo de amigos, com menos preocupações acerca do assunto. Acredita ser uma pessoa carente de afetos, gosta de ser ouvido e cede à vontade dos outros para que eles se sintam bem.

Gabriel trabalhou por um ano, no programa de jovem aprendiz, com atendimento ao público de uma empresa privada, mas foi dispensado há poucos meses, alegando que o chefe preferia funcionárias meninas. Tem planos para futuro, quer ter um emprego, comprar as próprias coisas, viajar bastante e conhecer outras culturas. No entanto, refere que tem insegurança em relação ao mercado de trabalho e medo de fracassar. Diz que, desde a infância, a mãe sempre o protegeu, mas que agora ela age

como se ele fosse incapaz de ter autonomia e realizar suas tarefas e obrigações. Acredita que o pai também corrobora com essas atitudes dela.

No início dos atendimentos no Caps IJ, acreditava que poderia “ter autismo”, mas basicamente por ter uma restrição alimentar, pois reconhecia não ter grandes dificuldades na interação social e nem limitação ou restrição de repertório de interesses. Acredita que o que Joana diz ser “hiperfoco em línguas” tem a ver com seu planejamento e empenho em aprender línguas estrangeiras para futuramente conseguir morar no exterior. Refere que o diagnóstico de TEA, que a mãe ainda suspeita dele ter, poderia lhe dar um direcionamento a partir de uma compreensão de si.

O caso de Gabriel foi discutido em equipe multiprofissional do Caps IJ, onde foi definido acompanhamento psicológico individual e em grupo terapêutico para desenvolvimento de habilidade interpessoais, além da inserção da mãe em grupo de familiares para orientações. Não necessitou uso de medicamentos psiquiátricos no curso de todo o acompanhamento, tampouco recebeu um diagnóstico de doença mental.

Com os atendimentos, foram identificadas melhorias nas relações de Gabriel com familiares (pais e irmãos) e maior aproximação com amigos. Reconheceu que ao completar 18 anos algumas questões serão diferentes pois teria maior responsabilidade. Demonstra interesse em viver fora do Brasil, talvez na Noruega ou Canadá. Acredita ter aprofundado mais seus diálogos nas amizades e ter melhorado seus relacionamentos sociais.

De acordo com o relatório escolar, seus professores o definem como uma pessoa com bastante interesse, amigoso, tranquilo, participativo, com comportamento apropriado e sem maiores problemas.

Com a possibilidade de não ser diagnosticado com TEA e devido à frequente sensação de náusea com certos alimentos, Gabriel pesquisou sobre isso na internet e identificou-se com o diagnóstico de “Transtorno Alimentar Evitativo Restritivo”. Ao contar para Joana, contudo, percebeu que isso a frustrou, pois ela ainda acredita que seu diagnóstico seja o de TEA.

## DISCUSSÃO

Este artigo, por meio da apresentação de um estudo de caso, ilustra situações cada vez mais recorrentes na rotina de um Caps IJ, com demandas provenientes da escola, da comunidade, da família e do próprio adolescente. O caso em questão resume um conjunto de comportamentos considerados disfuncionais e indesejados socialmente e que foram frequentemente enquadrados no espectro do diagnóstico de autismo. Todavia, o entendimento da equipe de saúde e a evolução significativa por meio da intervenção psicossocial, com acolhimento e suporte terapêutico e afetivo, sugere fortemente que tal diagnóstico não se sustenta.

Gabriel buscou, com a família, atendimento no Caps IJ especificamente na fase da adolescência e, segundo Kapadia (2024), nessa conjuntura há também de se considerar o agravamento das desigualdades social, econômica e racial, uso frequente de mídias digitais (associadas à redução da influência e do controle da família tradicional), além de mudanças nas expectativas da maioria dos adolescentes, relacionadas a um período mais prolongado de preparo para a vida adulta, acompanhada do adiamento da entrada no mercado de trabalho e das expectativas de constituir família. Além disso, Branje, *et al.* (2021) relata que nessa idade há maior possibilidade de busca de novas experiências e descobertas tanto do próprio corpo quanto de sua autonomia. Também é uma fase com maior tendência a comportamentos impulsivos, de autodeterminação e de experimentação, além de uma constante busca por identidades definidoras das especificidades de cada pessoa.

Um diagnóstico psicopatológico, como o autismo, se não for muito bem avaliado de maneira integral e a partir de saberes interdisciplinares, pode facilmente servir nessa busca identitária, encobrindo sua origem social, o que resulta no processo de patologização visto anteriormente, que corresponde à individualização de problemas de origem coletiva, transformando adversidades sociais e políticas em questões biológicas e responsabilizando a pessoa pelo próprio fracasso.

Neste estudo de caso apresentado, os familiares foram avisados, precocemente, pela escola, de que seria possível estarem diante de um caso de autismo e que Gabriel necessitaria de auxílio de escola especial. Esse fato pode ter sido decisivo na busca da família e do aluno por uma explicação biológica para alterações do comportamento desde a idade infantil. A crença nas doenças mentais, como vimos, para justificar problemas de comportamento tem sido apontada criticamente como um problema



crescente no campo da Educação. Além disso, como discutimos anteriormente, há de sempre considerar que análises unilaterais de professores, familiares ou profissionais de saúde podem ser insuficientes para uma visão integral do indivíduo.

Desde a infância, o jovem deste estudo apresentava algumas preferências alimentares e tinha uma personalidade intensa nas demandas e nos choros, mas também sistemática e organizada desde o início do ciclo escolar. Considerou que sua infância foi marcada por um maior isolamento dos demais colegas, em resposta à discriminação de colegas que sentia e podemos supor que seu desenvolvimento cognitivo foi influenciado por sua insegurança e timidez, como ele mesmo descreve.

Ao considerar os conceitos de neuroplasticidade, com tantas possibilidades de desenvolvimento plástico cerebral, é de se concluir que os seres humanos apresentem características bastante variáveis entre si e que diagnósticos como TEA e demais transtornos mentais poderiam até ser uma forma de limitar a descrição das infinitas possibilidades de desenvolvimento, na medida em que os manuais diagnósticos necessitariam enquadrar nos supostos diagnósticos psiquiátricos toda a variabilidade de comportamentos humanos.

Por fim, o presente caso também pode estar relacionado à tentativa de se explicar a homossexualidade do filho pela atribuição a uma determinação mais conveniente do ponto de vista de algumas famílias, como o suposto diagnóstico de TEA, que seria, de alguma forma “tratável”. Como vimos anteriormente, com o aumento de informações sobre autismo, muitas pessoas que não se encaixam nos comportamentos sociais esperados podem ter um diagnóstico como justificativa para esses padrões. Neste caso clínico, a familiar não chegou a citar sobre a sexualidade do paciente, talvez por acreditar que não interfira no funcionamento da família e no comportamento do paciente, mas o referido estudante acredita que este fato pode estar prejudicando o seu relacionamento com os seus pais. O diagnóstico de autismo pode ter sido utilizado como uma explicação conveniente para comportamentos indesejados, evitando uma análise mais profunda das causas e interesses envolvidos na situação atual de patologização.

## CONCLUSÃO

Apesar de escassos estudos sobre a possibilidade de falsos diagnósticos de autismo como forma de justificar comportamentos, posturas e atitudes consideradas disfuncionais, nos serviços de saúde mental tem sido possível observar essa incipiente, mas crescente tendência, como observado no estudo de caso apresentado.

Como vimos, pessoas sem transtornos mentais podem apresentar características como ingenuidade social, dificuldade de comunicação ou, até mesmo, a homossexualidade buscando refúgio no diagnóstico de TEA como uma justificativa socialmente aceitável para essas dificuldades.

Embora o diagnóstico precoce de TEA seja considerado benéfico, a falta de treinamento e de rastreamento adequado pode resultar como vimos, em diagnósticos excessivos e encaminhamentos inadequados. Além disso, a comunicação deficiente entre pais, professores e profissionais de saúde contribui para mal-entendidos na identificação do TEA. A avaliação na atenção primária à saúde é frequentemente insuficiente, levando a diagnósticos precipitados que impactam significativamente as famílias. Por fim, o autismo pode ser usado como uma explicação conveniente para comportamentos indesejados, evitando uma análise mais profunda das causas subjacentes.

<sup>i</sup> Foram utilizados codinomes para se preservar a identidade das pessoas envolvidas no estudo de caso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBASS, A.A.; NOWOWEISKI, S.J.; BERNIER D; *et al.* **Review of psychodynamic psychotherapy neuroimaging studies.** *Psychother Psychosom.* 2014;83(3):142-7.

ALVES, M.R.; MAIA, F.A.; ALMEIDA, M.T.C.; *et al.* **Estudo de Propriedades Psicométricas do M-Chat no Brasil.** *Psicol cienc prof.* 2022;42:e238467.

BABAEI, P.; AZARI, H.B. **Exercise Training Improves Memory Performance in Older Adults: A Narrative Review of Evidence and Possible Mechanisms.** *Front Hum Neurosci.* 2022 Jan 27;15:771553.

BRANJE, S., DE MOOR, E. L., SPITZER, J.; *et al.* **Dynamics of Identity Development in Adolescence: A Decade in Review.** *Journal of research on adolescence.* 2021 31(4), 908–927.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) (US). **Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder**. 23 de março de 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/media/releases/2023/p0323-autism.html>. Acesso em: 12 set. 2024

CLARK, D.A.; BECK, A.T. **Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings**. Trends Cogn Sci. 2010 Sep;14(9):418-24.

COLLARES, C.M.A.L.; MOYSÉS, M.A.A. **A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (A patologização da Educação)**. Publ. Série Idéias, São Paulo, v. 23, p. 25-31, 1995.

COLLINS, J.; HORTON, K.; GALE-ST IVES, E.; *et al.* **A Systematic Review of Autistic People and the Criminal Justice System: An Update of King and Murphy** (2014). J Autism Dev Disord. 2023 Aug;53(8):3151-3179.

CHRISTOFARI, A.C. **Medicalização na infância: disciplinamento, controle e punição**. Zero-a-Seis, n. Especial. 2022. (24): 685-713.

ERICKSON, K.I., VOSS, M.W., PRAKASH, R.S.; *et al.* **Exercise training increases size of hippocampus and improves memory**. Proc Natl Acad Sci U S A. 2011 Feb 15;108(7):3017-22.

GOLDBERG, D. **The classification of mental disorder: A simpler system for DSM-V and ICD-11**. Advances in Psychiatric Treatment, [s. l.], v. 16, p. 14-9, 2010.

HO, T.C.; KING, L.S. **Mechanisms of neuroplasticity linking early adversity to depression: developmental considerations**. Transl Psychiatry. Oct 9;11(1):517.

KAPADIA F. **Adolescent Mental Health and Well-Being: A Public Health of Consequence**. American journal of public health. 2024 Feb 114(2), 158–160.

LI, M.; D'ARCY, C.; MENG, X. **Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions**. Psychol Med. 2016 Mar;46(4):717-30.

LORD, C.; BRUGHA, T.S.; CHARMAN, T.; *et al.* **Autism spectrum disorder**. Nat Rev Dis Primers 6, 5 (2020)

MAGALHÃES, J.M.; RODRIGUES, T.A.; NETA, M.M.R; *et al.* **Experiences of family members of children diagnosed with autism spectrum disorder**. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2021, v. 42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200437> Acesso em: 11 set. 2024.

MANDOLESI, L.; GELFO, F.; SERRA, L.; *et al.* **Environmental Factors Promoting Neural Plasticity: Insights from Animal and Human Studies**. Neural Plast. 2017;2017:7219461.

MCEWEN, B.S. **Protection and damage from acute and chronic stress: allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders.** Ann NY Acad Sci. 2004;1032:1–7

MICHELAT, G. Sobre a Utilização da Entrevista Não-Diretiva em Sociologia. In THIOLLENT M.J.M (org.). **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária.** 3. ed. São Paulo: Polis, 1982. P.191-211.

MILBOCKER, K. A.; SMITH, I. F.; KLINTSOVA, A. Y. **Maintaining a Dynamic Brain: A Review of Empirical Findings Describing the Roles of Exercise, Learning, and Environmental Enrichment in Neuroplasticity from 2017-2023.** Brain plasticity. 2024 9(1-2), 75–95.

MOON, S.J.; HWANG, J.S.; SHIN, A.L.; *et al.* **Accuracy of the Childhood Autism Rating Scale: a systematic review and meta-analysis.** Dev Med Child Neurol. 2019 Sep;61(9):1030-1038.

ONISHCHENKO, D.; HUANG, Y.; VAN HORNE, J.; *et al.* **Reduced false positives in autism screening via digital biomarkers inferred from deep comorbidity patterns.** Science advances, 2021 7(41), eabf0354.

ORTEGA, F. **Deficiência, autismo e neurodiversidade.** Ciência & Saúde Coletiva. 2009 14(1), 67–77.

PRITSCHET, L., TAYLOR, C. M., COSSIO, D.; *et al.* **Neuroanatomical changes observed over the course of a human pregnancy.** Nature neuroscience, 2024 27(11), 2253–2260.

PUDERBAUGH, M.; EMMADY, P.D. **Neuroplasticity.** [Updated 2023 May 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557811/> Acesso em: 23 out. 2024.

RICCI, T.E.; FERNANDES, A.D.S.A.; CESTARI, L.M.Q.; *et al.* **Tired therapists: from the precariousness of work to the precariousness of care in the autism industry.** In SciELO Preprints (2023). Disponível em <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.6634> Acesso em: 23 out. 2024.

RIOS, C.; CAMARGO, K.R. **Especialismo, especificidade e identidade - as controvérsias em torno do autismo no SUS.** Ciência & Saúde Coletiva, (2019) 24(3), 1111–1120.

ROSEN, N.E.; LORD, C. VOLKMAR, F.R. **The Diagnosis of Autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and Beyond.** J Autism Dev Disord. 2021 Dec;51(12):4253-4270.

STADNICK, N., CHLEBOWSKI, C.; BROOKMAN-FRAZEE, L. **Caregiver-Teacher Concordance of Challenging Behaviors in Children with Autism**

**Spectrum Disorder Served in Community Mental Health Settings.** J Autism Dev Disord. 2017 Jun;47(6):1780-1790.

**TEIXEIRA, S.R. dos S. A Educação em Vigotski: prática e caminho para a liberdade.** Educação & Realidade, 2022 47, e116921.

**WALTON, K.M.; BOROWY, A.R.; TAYLOR, C.A. "It just depends": Parent, teacher, and expert conceptualization of social communication in young autistic children.** Autism. 2024 Apr;28(4):920-931.

*Submetido em: 31/10/2024*

*Aceito em: 17 /02/2025*