

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

Cartografias da Diferença: deslocando o Diagnóstico do Autismo com Fernand Deligny

Carlos Henrique Machado

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.15550>

Submetido em: 2026-03-22

Postado em: 2026-05-21 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Cartografias da Diferença: deslocando o Diagnóstico do Autismo com Fernand Deligny

Cartographies of Difference: shifting the Diagnosis of Autism with Fernand Deligny

Cartografías de la diferencia: cambiando el diagnóstico del autismo con Fernand Deligny

Carlos Henrique Machado

FLUP – Faculdade de Letras da Universidade do Porto - Portugal

<https://orcid.org/0000-0003-0774-972X>

Resumo: O artigo propõe uma crítica ao enquadramento biomédico do autismo, mostrando como os critérios diagnósticos produzem narrativas de insuficiência e reforçam padrões normativos que reduzem a diferença a déficit. A partir da obra de Fernand Deligny, desenvolve-se uma alternativa conceitual que compreende o autismo como modo de existência dotado de normatividade própria, expressa em gestos, trajetões e ritmos que não se submetem ao modelo da sociabilidade típica. Essa abordagem destaca a importância de ambientes que acolham diferentes formas de habitar o mundo, deslocando o foco da adaptação individual para a construção de espaços de convivência. Por fim, o texto argumenta que políticas públicas inspiradas em Deligny podem ampliar a garantia de direitos, reconhecendo a pluralidade das formas de vida e promovendo práticas de cuidado baseadas na coexistência, e não na normalização.

Palavras-chave: Autismo, Fernand Deligny, modos de existência, diferença.

Abstract: This article proposes a critique of the biomedical framing of autism, showing how diagnostic criteria produce narratives of inadequacy and reinforce normative patterns that reduce difference to deficit. Based on the work of Fernand Deligny, a conceptual alternative is developed that understands autism as a mode of existence endowed with its own normativity, expressed in gestures, paths, and rhythms that do not conform to the model of typical sociability. This approach highlights the importance of environments that welcome different ways of inhabiting the world, shifting the focus from individual adaptation to the construction of spaces for coexistence. Finally, the text argues that public

policies inspired by Deligny can broaden the guarantee of rights, recognizing the plurality of life forms and promoting care practices based on coexistence, not normalization.

Keywords: Autism, Fernand Deligny, modes of existence, difference.

Resumen: Este artículo propone una crítica del enfoque biomédico del autismo, mostrando cómo los criterios diagnósticos generan narrativas de inadecuación y refuerzan patrones normativos que reducen la diferencia a déficit. A partir de la obra de Fernand Deligny, se desarrolla una alternativa conceptual que entiende el autismo como un modo de existencia dotado de normatividad propia, expresado en gestos, trayectorias y ritmos que no se ajustan al modelo de sociabilidad típica. Este enfoque destaca la importancia de entornos que acogen diferentes formas de habitar el mundo, desplazando el enfoque de la adaptación individual a la construcción de espacios de convivencia. Finalmente, el texto argumenta que las políticas públicas inspiradas en Deligny pueden ampliar la garantía de derechos, reconociendo la pluralidad de formas de vida y promoviendo prácticas de cuidado basadas en la convivencia, no en la normalización.

Palabras clave: Autismo, Fernand Deligny, modos de existencia, diferencia.

Introdução

O texto mais recente da *Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas com TEA*, publicado pelo Ministério da Saúde (2025), ancora sua abordagem no conceito de deficiência, focalizando os impedimentos, barreiras e opressões que incidem sobre indivíduos autistas em seu cotidiano. Tal enfoque denuncia as atitudes e estruturas que tornam a vida familiar, escolar e comunitária mais difícil, e busca corrigi-las por meio de políticas inclusivas. Contudo, ao manter o enquadramento diagnóstico do autismo como um “transtorno” comportamental e cognitivo — isto é, como um desvio em relação a padrões normativos de desenvolvimento, fala e cognição — esse modelo tende a obscurecer uma dimensão fundamental: o autismo pode ser compreendido menos como déficit e mais como um modo singular de existir no mundo.

Quando definido prioritariamente pelo que falta — capacidade comunicativa típica, habilidades sociais esperadas, funções cognitivas normalizadas — o olhar clínico e institucional perde a oportunidade de reconhecer que muitas das dificuldades enfrentadas por pessoas autistas derivam não de um suposto déficit interno, mas de regras implícitas de interação, de modelos rígidos de convivência e de formas hegemônicas de

ocupação dos espaços públicos. Em outras palavras, aquilo que aparece como “impedimento” muitas vezes é o resultado direto de um ambiente que não sabe acolher outras maneiras de perceber, relacionar-se e habitar o comum.

Nesse sentido, carecemos de uma mudança paradigmática: uma abordagem que não apenas combata barreiras externas, mas que seja capaz de captar as singularidades dos modos autistas de habitar o mundo. Uma política de cuidado realmente transformadora só pode emergir de práticas que instituem lugares comuns de convivência onde a diferença não seja reduzida ao déficit, mas reconhecida como potência. Criar condições para que indivíduos autistas produzam seus próprios ritmos, percursos e formas de estar — em vez de tentar ajustá-los a normas pré-definidas — é o que permite a emergência de afetos que ampliam sua potência de agir.

Trata-se, em última instância, de deslocar a atenção das funções “normais” que alguém supostamente deveria desempenhar para os modos efetivos de vida que já se expressam, ainda que fora dos códigos dominantes. Isso implica redesenhar espaços, ritmos, interações e expectativas, a fim de que a convivência não seja uma pedagogia da adaptação, mas uma ética do encontro. É somente a partir desse horizonte que podemos construir políticas que façam justiça às existências autistas como formas legítimas e plenas de estar no mundo.

É inegável que as políticas de inclusão têm desempenhado um papel decisivo na ampliação de direitos civis e no reconhecimento da cidadania de pessoas que, durante décadas, foram afastadas dos processos sociais educativos e laborais. A crítica a práticas segregadoras, a defesa da acessibilidade e a criação de dispositivos de suporte constituem conquistas históricas que não podem ser negligenciadas. No entanto, reconhecer esses avanços não implica aceitar sem reservas o modo como a diferença tem sido estruturada no interior dessas políticas. A inclusão, quando ancorada exclusivamente na noção de deficiência, corre o risco de reforçar uma lógica normalizante: se a diferença é definida prioritariamente como “impedimento”, sua superação tende a ser pensada como adaptação a um modelo físico, cognitivo ou simbólico previamente instituído.

Essa perspectiva acaba reproduzindo silenciosamente o paradigma segundo o qual existe um padrão de funcionamento — comunicacional, corporal, afetivo, perceptivo — que teria validade universal. A partir dessa lógica, a singularidade autista é lida menos como forma legítima de vida e mais como variação que precisa ser corrigida, orientada

ou compensada. O resultado é paradoxal: ao mesmo tempo que se afirma combater a exclusão, reafirma-se o ideal normativo como horizonte a ser alcançado. Assim, é fundamental problematizar em que medida a descrição de um modo de existência singular como uma deficiência não acaba reforçando justamente aquilo que pretende combater — a reprodução de barreiras simbólicas, práticas e institucionais que inviabilizam a participação social de indivíduos que não se ajustam ao modelo dominante.

A questão que se coloca, portanto, é a seguinte: como construir políticas de cuidado e inclusão que não tomem a diferença como falta, mas como potência? Como formular intervenções que reconheçam que aquilo que aparece como “impedimento” muitas vezes é efeito direto de ambientes e expectativas sociais que não são capazes de acolher modos outros de habitar o mundo? Avançar nessa direção exige deslocar a centralidade do déficit para uma compreensão relacional, sensível às formas diversas de percepção, interação e presença que caracterizam a experiência autista. Implica também interrogar criticamente o próprio estatuto normativo que define o que conta como funcionamento típico, evidenciando seu caráter histórico, político e cultural, e não natural ou universal.

É nesse ponto que a discussão sobre o autismo ultrapassa a esfera biomédica e se inscreve no campo mais amplo da ética, da política e da ontologia: trata-se de produzir um pensamento e uma prática que não reduzam a existência ao que ela deixa de ser em relação ao padrão, mas que saibam reconhecer o que nela insiste, cria e resiste. Uma política verdadeiramente inclusiva, neste sentido, não é aquela que busca ajustar o indivíduo à norma, mas aquela que redesenha o próprio comum para acolher a multiplicidade de modos de vida que o compõem.

Apesar dos avanços obtidos pelas políticas de inclusão e pelos dispositivos normativos que orientam o cuidado às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no Brasil, persiste uma tensão fundamental no modo como o autismo é enquadrado nos documentos oficiais e nas práticas institucionais. Ainda que a *Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas com TEA* enfatize a importância de enfrentar barreiras e opressões sociais, seu arcabouço conceitual permanece ancorado na noção de deficiência e no diagnóstico de um “transtorno” que expressaria desvios cognitivos e comportamentais em relação a um padrão normativo de desenvolvimento.

Essa matriz interpretativa produz efeitos práticos e simbólicos: ao descrever a singularidade autista como impedimento ou falta, reforça um ideal de funcionamento “típico” como horizonte desejável e, assim, tende a reposicionar a adaptação ao modelo dominante como objetivo central das intervenções em saúde, educação e assistência social. O problema do nosso trabalho emerge justamente desse paradoxo: em que medida a definição do autismo como deficiência, ainda que situada no interior de políticas inclusivas, contribui para a reprodução de lógicas normalizantes que limitam a participação social e a autonomia de pessoas autistas?

Cabe-nos, então, investigar como o enquadramento do autismo como déficit cognitivo-comportamental opera como princípio organizador das práticas institucionais e das políticas públicas. Isso implica compreender de que modo essa classificação interfere na possibilidade de reconhecer o autismo como modo singular de existência, dotado de formas próprias de percepção, interação e ocupação do espaço social e quais são os efeitos dessa concepção sobre a produção — ou manutenção — de barreiras simbólicas e práticas que restringem a potência de agir de indivíduos autistas. A partir daí poderemos perceber em que medida modelos alternativos, que consideram o autismo a partir da singularidade dos modos de vida, podem contribuir para a formulação de políticas mais sensíveis à diversidade existencial.

Assim, não pretendemos nos restringir a avaliar a eficácia das políticas inclusivas, mas busca interrogar criticamente o paradigma conceitual que fundamenta essas políticas. Trata-se de compreender como diferentes formas de nomear, classificar e descrever o autismo transformam — ou limitam — as possibilidades de convivência, cuidado e participação social. Ao situar o problema nesse ponto de tensão entre inclusão e normalização, este artigo pretende contribuir para a elaboração de uma abordagem que viabilize a criação de um espaço que afirme a diversidade dos modos de existência autista e que permita que indivíduos com modos de existências singulares possam aumentar a sua potência de agir no mundo.

Por trás do modelo biomédico

A Lei Federal de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012, vem instituir a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Para os efeitos dessa

Lei, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela que reúna certas características clínicas que caracterizem os sintomas elencados no DSM - 5, que foi responsável por reenquadrar o autismo a partir de um quadro nosográfico mais amplo. Para os efeitos legais, o autismo é tomado por uma deficiência de efeitos persistentes e clinicamente significativa.

A referida Lei garante o direito das pessoas autistas à vida digna, à integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer, à proteção contra qualquer forma de abuso e exploração, ao acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, o acesso à educação e ao ensino profissionalizante, à moradia, inclusive à residência protegida, ao mercado de trabalho e à previdência social e à assistência social.

Tal proteção legal está diretamente ligado ao modelo biomédico e parte dele para gerar os seus efeitos e assim garantir direitos para indivíduos diagnosticados com TEA. O enquadramento legal permite a formulação de políticas públicas, a exemplo da Linha de Cuidado para pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de suas grandes políticas: Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, Política Nacional de Saúde Mental, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência, Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, Política Nacional de Atenção Especializada.

A geração de uma rede de proteção e cuidado às pessoas com deficiência (PCD) é fundamental para a integração social de indivíduos que historicamente foram marginalizados e excluídos dos processos sociais. Tais conquistas foram fruto de uma mobilização histórica dos próprios indivíduos com deficiência que levou ao reconhecimento da necessidade de medidas que viessem garantir os seus direitos e pudessem corrigir as distorções verificadas em diversas estruturas da sociedade civil.

Assim, qualquer crítica que se dirija ao modelo biomédico que norteia a conceituação de deficiência, deve ser muito cuidadosamente colocada, uma vez que ele define critérios de enquadramentos legais que irão definir direitos fundamentais. O mesmo cuidado que se tem, ao formular uma política de cuidado, de não reduzir a deficiência ao diagnóstico biomédico, deve ser mantido quando dirigimos nossas críticas

ao modelo que localiza as singularidades de certos indivíduos como impedimentos que caracterizam determinadas deficiências.

Georges Canguilhem (1943/2009), já criticava a tentativa de se conceber um estado normal como um valor universal a partir do qual passariam a ser considerados anormais (patológicos) todos os estados que dele se afastam. Isso demonstra que a noção de normal esta vinculada, em certa medida, a um valor que passara a determinar todo o enquadramento da anormalidade. Diríamos que o valor determinante da normalidade é a eficiência orgânica capaz de produzir um trabalho útil. Cada órgão do corpo passa a estar presidido pela lógica do organismo e este se determina a partir de um funcionamento eficiente. Qualquer desequilíbrio nesse funcionamento é visto sob a perspectiva de uma anormalidade patológica que deve ser tratada para que o organismo volte aos seu funcionamento homeostático.

São esses desequilíbrio que transformam o corpo em um problema e determinam exigência de saber que passaram a configurar necessidades de cuidado e intervenção. Tal saber institui o que Vladimir Safatle (2011) irá chamar de “gramática da doença”, “ou seja, esse modo com que o saber transforma a doença em discurso pronto para ser lido e interpretado pelo olhar clínico” (p. 11 e 12). A anormalidade biomédica é expressa em termos de sintomas, nosografias, distúrbios, transtornos e síndromes, sendo que a gramática da doença se vincula, a maneira como se fala da doença, depende da maneira como se organiza aquilo que há de ser visto e ouvido e não de fatos que falam por si mesmos.

Isso implica que aquilo que deve estar submetido ao cuidado clínico dependa de disposições normativas variáveis de acordo com contextos sócio-históricos. A própria normatividade de um estado normal também é relativa a determinada relação do organismo com o seu meio, cujo resultado acaba se transformando modelo que se transformou em um padrão de funcionamento. Desse modo, não existe um “estado normal” como medida universal a partir da qual se possam avaliar todos os organismos. O normal não é um dado natural, mas um valor: trata-se de um critério instituído pela própria vida quando esta se vê confrontada com obstáculos, exigências e condições mutáveis. Assim, aquilo que é considerado normal não corresponde a uma essência estável, mas a uma capacidade normativa do próprio organismo — a aptidão para estabelecer novas normas de funcionamento quando as anteriores se tornam inviáveis.

A partir desse horizonte, o patológico não é simplesmente um desvio ou uma insuficiência mensurável em relação a um funcionamento ideal. O patológico, para Canguilhem, é antes uma outra forma de vida, dotada de sua própria normatividade, porém reduzida em sua margem de variação e de enfrentamento do meio. A doença não elimina a normatividade do organismo, mas a reorganiza segundo novos critérios de equilíbrio. Conseqüentemente, o que se define como “anormal” resulta de uma comparação com valores previamente instituídos como desejáveis, e não de uma constatação objetiva de déficit. A patologia, nesse sentido, não é pura ausência, mas positividade vital que institui outras maneiras de se relacionar com o meio — maneiras que podem ser menos amplas, mas não são destituídas de sentido. Para Safatle:

(...) por trás das mudanças e redefinições do que está em jogo na partilha entre normal e patológico, encontramos um problema vinculado à maneira com que a razão moderna determina a articulação entre vida e conceito, entre ordem e desordem, entre norma e erro. Uma grande parte do trabalho canguilhemeano de historiador das ciências está ligada à tentativa de demonstrar como as decisões clínicas a respeito da distinção entre normal e patológico são, na verdade, um setor de decisões mais fundamentais da razão a respeito do modo de definição daquilo que aparece como seu Outro (a patologia, a loucura etc.). Isto nos lembra como problemas que parecem obedecer a um desenvolvimento ditado apenas pelo estado da técnica ou pela configuração natural do dado são, ao contrário, espaços privilegiados nos quais a razão configura, silenciosamente, os campos da experiência possível (Safatle, 2011, p. 14 e 15).

Essa constatação implica reconhecer que o próprio ato de diagnóstico — a classificação e organização dos fenômenos vitais em entidades nosográficas distintas — depende de um conjunto de decisões normativas que modulam o que pode ser considerado sintoma, síndrome ou disfunção. Desse modo, a medicina não reage simplesmente à natureza: ela constitui seus objetos a partir de uma relação normativa com a vida. Aquilo que se apresenta como descrição objetiva é, na verdade, atravessado por valores que se cristalizam na forma de critérios diagnósticos, protocolos terapêuticos e categorias classificatórias. Com afirma Safatle:

No caso específico de Canguilhem, isso significa que um problema clínico nunca é apenas um problema clínico, até porque ele só é determinado enquanto problema por partilhar um padrão de racionalidade, historicamente situado, cujas raízes não se esgotam apenas no campo da clínica (Safatle, 2011, p. 16).

A gramática da doença, enquanto dispositivo discursivo, não apenas descreve: ela orienta a percepção, estrutura o julgamento clínico e institui uma forma particular de sensibilidade à vida. O que aparece como dado clínico é, assim, efeito de uma forma de ordenação do visível que separa, hierarquiza e qualifica certos fenômenos como sinais de sofrimento, déficit ou anormalidade. Safatle (2011) lembra que problemas que se

apresentam como evoluções naturais do conhecimento técnico-científico são, na verdade, campos nos quais se configuram expectativas, valores e imaginações que orientam o exercício da razão. A clínica, portanto, torna-se parte de um processo mais amplo de constituição histórica de racionalidades.

As implicações filosóficas dessa análise são vastas. Em primeiro lugar, significa que a distinção entre saúde e doença não pode ser tomada como natural, mas deve ser compreendida como um processo de avaliação. A vida saudável não é ausência de doença, mas capacidade de instituir novas normas diante das variações do meio. Em segundo lugar, evidencia-se que a medicina, ao tomar o organismo homeostático como referência, tende a patologizar variações que poderiam ser reconhecidas como expressões legítimas da capacidade normativa da vida. Por fim, torna-se claro que o saber biomédico opera sempre dentro de um horizonte de valores historicamente produzidos — valores que definem o que deve ser corrigido, compensado ou normalizado.

Essa compreensão impede que se trate a medicina como um domínio puramente técnico e neutro. Ao contrário, ela se revela como campo atravessado por escolhas normativas que orientam a construção de categorias, o desenho de intervenções e a própria definição do que é considerado um problema clínico. As nosografias, os critérios diagnósticos e as técnicas de observação não são apenas instrumentos de descrição, mas engrenagens de uma racionalidade que decide o que conta como vida desejável, funcionamento adequado e desvio intolerável.

A partir disso, compreende-se que as definições biomédicas de transtorno, insuficiência ou déficit — incluindo as que estruturam o diagnóstico do TEA — não são apenas constatações clínicas, mas efeitos de uma racionalidade que determina quais diferenças serão tratadas como anormalidades e quais modos de vida serão convertidos em patologias. O desafio, portanto, consiste em reconhecer que os impedimentos não residem necessariamente nos indivíduos, mas emergem da afirmação de certos valores como universais e de sua conseqüente tomada como medida para julgar formas de existência que não se ajustam ao padrão instituído.

As definições biomédicas do Transtorno do Espectro Autista

As definições biomédicas do TEA — atualmente consolidadas no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) e na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) — baseiam-se na identificação de padrões de comportamento considerados desviantes em relação a expectativas normativas de sociabilidade, comunicação e desenvolvimento. Esses critérios se articulam segundo a lógica discutida anteriormente: um conjunto de valores sobre funcionamento típico é tomado como referência para a classificação do que se afasta dele.

A definição biomédica do autismo passou por transformações significativas desde sua formulação inicial nos anos 1940. Leo Kanner (1943) descreveu um conjunto de crianças com padrões de comportamento e interação que não se alinhavam às expectativas de sociabilidade da época, inaugurando o que viria a ser chamado de “autismo infantil precoce”. Hans Asperger (1944), no mesmo período, descreveu crianças com padrões semelhantes, mas com graus distintos de linguagem e cognição, reforçando a ideia de que o autismo não era um quadro homogêneo.

A partir do DSM-III (1980) e do DSM-IV (1994), o autismo passa a integrar os “Transtornos Invasivos do Desenvolvimento”, com subdivisões (autismo infantil, síndrome de Asperger, transtorno desintegrativo e outros). Já o DSM-5 (2013) unifica todas essas categorias sob o rótulo único de “Transtorno do Espectro Autista”, inaugurando uma matriz diagnóstica baseada em níveis de suporte necessários. A nova classificação amplia o alcance do diagnóstico, mas também reforça sua natureza deficitária, uma vez que os critérios permanecem estruturados em torno de “prejuízos”, “comprometimentos” e “limitações”.

O DSM-5 define o TEA a partir de dois eixos fundamentais: Déficits persistentes na comunicação social e na interação social, incluindo reciprocidade socioemocional, comportamentos comunicativos não verbais e desenvolvimento/ manutenção de relações sociais e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, incluindo insistência em rotinas, padrões motores repetitivos e hipersensibilidades ou hipossensibilidades sensoriais.

Além disso, o DSM-5 introduz níveis graduais de suporte (níveis 1, 2 e 3), vinculando o diagnóstico à capacidade do indivíduo de atender às demandas sociais impostas pelo ambiente. Tal estrutura reforça o pressuposto de que existe um modelo de

funcionamento que deve ser alcançado, cabendo ao diagnóstico medir o grau de afastamento desse funcionamento e, assim, dimensionar a intervenção necessária.

A Classificação Internacional de Doenças (CID-11), da Organização Mundial da Saúde, alinhou-se ao DSM-5 ao adotar a denominação “Transtornos do Espectro Autista” sob o código 6A02. A definição enfatiza padrões persistentes de dificuldades na iniciação e manutenção de interações sociais e na flexibilidade comportamental, juntamente com diferenças sensoriais.

A análise dos manuais diagnósticos evidencia que a constituição biomédica do TEA opera a partir dos certos pressupostos. O primeiro deles é o de que existe um funcionamento típico ideal, tomado como referência universal. Diferenças que se afastam desse ideal são descritas como déficits, independentemente de sua coerência interna ou de seu valor adaptativo em contextos particulares. Assim a clínica opera como instrumento de normalização, ao medir o grau em que o indivíduo deve ser aproximado do funcionamento esperado. As definições biomédicas, portanto, não são apenas instrumentos diagnósticos neutros: elas são dispositivos normativos que organizam a experiência, modulam políticas públicas e determinam práticas de cuidado.

Para Michel Foucault (1963/1977) os diagnósticos clínicos distribuem em um determinado espaço corpos e olhares, estando sempre prontos a serem alterados a medida que novas configurações em que a linguagem se apoia passam a relacionar posturas entre o que fala e aquilo de que se fala. A doença surgiria, então, a medida que ela aparece “aos olhos de um médico previamente armado” (p. 8), pronto a direcionar o seu olhar a partir de um princípio estruturante da anormalidade.

Foucault (1963/1977) demonstra que o olhar médico moderno não é simplesmente uma capacidade de ver, mas uma tecnologia de visibilidade. Ele organiza, separa e hierarquiza fenômenos que, até então, não existiam como entidades clínicas. O diagnóstico é, nesse sentido, uma forma de leitura do corpo e do comportamento, sustentada por uma ordem discursiva que define os critérios de inteligibilidade da doença. O que conta como sintoma, o que deve ser registrado como sinal e o que deve ser considerado indiferente não depende da natureza bruta dos fatos, mas de uma matriz epistemológica que dá forma ao campo do visível.

O que constitui agora a unidade do olhar médico não é o círculo do saber em que ele se completa, mas esta totalização aberta, infinita, móvel, sem cessar, deslocada e

enriquecida pelo tempo, que ele percorre sem nunca poder detê-lo: uma espécie de registro clínico da série infinita e variável dos acontecimentos (Foucault, 1977, p. 32).

Foucault (1963/1977) mostra que a medicina moderna institui uma “geometria do olhar”: o corpo é distribuído segundo regiões legíveis, e o discurso clínico estabelece conexões específicas entre o visível e o dizível. A doença não é simplesmente algo que “está lá” e precisa ser descoberto; ela é constituída pela articulação entre práticas discursivas, técnicas de observação e instrumentos classificatórios. Assim, o diagnóstico é sempre o efeito de um regime de enunciação que determina o que pode aparecer como doença.

Essa crítica é fundamental para compreender que o diagnóstico clínico — inclusive os diagnósticos do campo da psiquiatria e da neuropsiquiatria — não são produtos de um encontro passivo entre o olhar do médico e a realidade natural da patologia. Eles são resultados de uma rede histórica de práticas institucionais, saberes acumulados, tecnologias de observação e formas específicas de problematizar a vida. O diagnóstico torna visível aquilo que a estrutura de saber permite ver; e torna invisível tudo aquilo que não se encaixa nos modos de classificação disponíveis.

Outro aspecto decisivo levantado por Foucault é que o diagnóstico não apenas observa: ele produz sujeitos. Em *Os Anormais* (1974/2001), ele argumenta que as categorias médicas participam de uma economia geral de normalização, na qual indivíduos são distribuídos conforme escalas de perigosidade, desvio, anomalia ou inadequação. A clínica não apenas identifica um desvio — ela o nomeia, o organiza, o torna objeto de intervenção e, com isso, o transforma em uma categoria de existência. Nas suas palavras, o olhar médico moderno é inseparável das práticas de poder que administram, corrigem e regulam comportamento, “saber que nasce das técnicas pedagógicas, das técnicas de educação coletiva, de formação de aptidões (Foucault, 2001, p. 77).

A análise dos critérios diagnósticos do Transtorno do Espectro Autista (TEA) revela uma série de tensões conceituais e epistemológicas que merecem problematização. A primeira questão a ser considerada diz respeito ao modo como os critérios do DSM-5 e da CID-11 se organizam em torno da identificação de déficits. Os domínios clínicos definidos — comunicação social, interação socioemocional, flexibilidade comportamental, responsividade sensorial — são estruturados por expectativas sobre como um indivíduo deve perceber, agir e se relacionar. Essas expectativas funcionam

como parâmetros normativos implícitos; quando o comportamento diverge deles, a divergência é imediatamente convertida em sinal clínico. Assim, a referência da normatividade não está explicitada, mas opera silenciosamente como horizonte avaliativo.

Além disso, os critérios diagnósticos transformam variações comportamentais — muitas das quais observáveis em toda a população — em manifestações clínicas a partir do momento em que apresentam persistência ou intensidade superiores ao que é estatisticamente esperado. A fronteira entre diferença e patologia torna-se, nesse contexto, artificialmente produzida: ela depende de uma distribuição estatística tomada como referência e não de um argumento ontológico sobre a natureza da vida mental. A própria noção de “espectro” reforça esse ponto, pois ao ampliar o alcance diagnóstico, multiplica também a probabilidade de que formas diversas de subjetividade sejam enquadradas sob o mesmo rótulo deficitário.

Ian Hacking (1996) irá denominar de *efeito de looping*, o mecanismo que explica a interação causal entre classificações diagnósticas e os tipos de pessoas. Ele descreve como classificações científicas sobre pessoas (tipos humanos), a exemplo de diagnósticos psiquiátricos, criam novas categorias de pessoas que não existiam antes, e essas pessoas, ao se reconhecerem nessas categorias, mudam seu comportamento, retroalimentando e alterando o próprio conceito da classificação. Hacking (2009) dá o exemplo o diagnóstico de personalidade múltipla, nomeada pela primeira vez como fenômeno clínico, em 1875, por Pierre Janet. Até esse momento apenas um ou dois possíveis casos por geração haviam sido registrados, sendo que depois da afirmação de um enquadramento nosográfico, os casos se multiplicaram exponencialmente. Ele concorda com Foucault (1980) no ponto de que devemos tentar descobrir de que modo os tipos subjetivos são progressivamente constituídos através de uma série de dispositivos que formatam a sua existência.

Outro aspecto crítico refere-se à ênfase na adaptação funcional. O DSM-5 utiliza a necessidade de suporte como marcador da gravidade do transtorno, de modo que a avaliação clínica depende não apenas de características intrínsecas ao indivíduo, mas de sua capacidade de atender às demandas sociais esperadas. Isso revela, novamente, que o diagnóstico não mede uma unidade interna ou biológica, mas uma relação. O critério de adaptabilidade pressupõe que o meio social define o padrão adequado de funcionamento e que cabe ao indivíduo aproximar-se dele. Trata-se de um mecanismo de normalização,

no sentido foucaultiano do termo: a clínica identifica o desvio para poder propor sua correção.

Por fim, os critérios diagnósticos apresentam uma consequência epistemológica relevante: empobrecem a descrição da experiência ao convertê-la em categorias clínicas predefinidas. A gramática da doença, como observou Safatle, reduz a complexidade da vida a um conjunto de sinais interpretáveis. Com isso, perspectivas, sensações, formas de habitar o mundo e ritmos de existência deixam de ser compreendidos em seus próprios termos e passam a ser lidos a partir da lógica do déficit.

O autismo como modo de existência: para além do déficit e da normatização

Compreender o autismo para além das categorias deficitárias do diagnóstico biomédico exige um deslocamento ontológico: é preciso abandonar a ideia de que o autismo constitui um desvio de uma norma natural e reconhecê-lo como um modo de existência singular, dotado de uma coerência interna e de uma normatividade própria. A partir daí torna-se possível formular uma abordagem que não reduz o autismo ao que lhe falta em relação ao ideal normativo, mas busca captar o que nele se afirma como potência de vida.

Esse deslocamento é fundamental para romper com a lógica que organiza o diagnóstico como narrativa de insuficiência. Se o modelo biomédico captura comportamentos divergentes como sinais de déficit, a perspectiva dos modos de existência evidencia que tais comportamentos podem expressar uma forma distinta de perceber, sentir, relacionar-se e habitar o mundo. A pergunta deixa de ser: o que falta? e passa a ser: o que se afirma aqui como forma de vida, como consistência, como maneira de existir?

É justamente nesse ponto que a obra e a prática de Fernand Deligny oferecem uma das contribuições mais fecundas para pensar o autismo fora do eixo corretivo da patologização. Deligny (1975/2017a, 1975/2017b, 1976/2017c, 1978/2017d) parte da constatação de que a linguagem — fundamento da clínica tradicional e das práticas de normalização — não é o parâmetro adequado para compreender certos modos de vida, sobretudo aqueles de crianças autistas não falantes. Ele propõe suspender a exigência de significação e deixar aparecer o que ele chama de vacância da linguagem, isto é, a

possibilidade de que a existência não se organize em torno da fala, da intenção e da estrutura sujeito–objeto.

Desde o início de sua carreira, Fernand Deligny dedicou-se a criar modos de vida alternativos para indivíduos considerados fora dos padrões majoritários de existência. Seu trabalho sempre se orientou pela recusa das práticas corretivas e pela busca de formas de convivência que não subjugassem a diferença às normas institucionais. Seu trabalho em foi marcado por práticas abertas às singularidades dos indivíduos envolvidos. Entre 1938 e 1967, Deligny atuou em diferentes instituições francesas voltadas à correção de comportamentos vistos como anormais ou inadequados, no âmbito educacional, médico e jurídico, experimentando práticas não disciplinadoras e abertas às singularidades dos indivíduos com os quais convivia.

Em 1967, instalou-se na região montanhosa de Cévennes, no sul da França, onde iniciou uma experiência comunitária inédita com crianças autistas, a maioria delas com mutismo severo. Junto a operários, camponeses e estudantes voluntários, organizou uma vida coletiva centrada em atividades simples — fabricar pão, cuidar de ovelhas, trabalhar a madeira — e em formas de convivência que não exigiam linguagem, interpretação ou adaptação aos padrões normativos. Ele chama essa forma de estar-com o outro de *présence proche*; uma convivência que não busca compreender, corrigir ou domesticar, mas apenas estar ali, acompanhar, seguir.

A *presença próxima* não é vigilância, cuidado técnico ou intervenção clínica. É atenção sustentada ao modo de existir do outro, sem impor sentido, intenção, finalidade ou adaptação. É nesse espaço desarmado que os gestos e trajetórias das crianças aparecem com toda a sua riqueza, permitindo ver que: há caminhos que se repetem porque constroem segurança; há movimentos que fazem sentido para quem os realiza, mesmo quando desprovidos de propósito comunicativo; há formas de relação que não passam pela reciprocidade típica, mas pela coexistência.

Deligny (1978/2018b) mostra que, quando a exigência de compreensão desaparece, uma outra inteligibilidade do autismo se torna possível. Assim ele propõe que se acompanhem e registrem os movimentos das crianças através de mapas, onde traços, repetições e percursos cotidianos formam redes quase invisíveis. Esses traçados constituídos por *linhas costumeiras* e *linhas de errância* — revelam a lógica própria de um modo de existência que não se submete às expectativas simbólicas e comportamentais

da sociedade. Nesses mapas, o gesto não é sintoma, mas expressão; a repetição não é rigidez, mas ritmo; a distância não é isolamento, mas forma própria de relação.

Através dos mapas é possível ver que o autismo compõe mundos espaciais em que as repetições constroem um território existencial. Os gestos cartografados formam uma gramática não verbal que possibilita organizar o território da vida, demonstrando, assim, que há uma ordem sensível no que é visto como desordem, uma constância no que é percebido como aleatório, uma regularidade vital no que é nomeado como sintoma. A cartografia torna evidente que o autismo não é falta de sentido: ele é sentido outro.

Em vez de tratar o autismo como déficit cognitivo ou falha de representação — como faz grande parte da psicologia e da psiquiatria — Deligny o compreende como modo de ser que não se organiza em torno da figura do sujeito. Isso implica reconhecer que nem todo ser precisa comunicar-se para existir plenamente e que nem toda vida se estrutura pela intencionalidade. O autismo para Deligny revela uma forma de vida pré-reflexiva, que opera no nível do gesto, da sensação, da aproximação e do afastamento. Ao retirar o sujeito do centro, Deligny permite que a existência autista seja lida não como déficit de subjetividade, mas como presença plena que não se articula nos termos da subjetividade clássica.

Como nos fala Pascal Sévérac (2017):

O gesto fundamental da abordagem deligniana do autismo consiste, portanto, em não “semelhantizar”: respeitar a criança autista é antes reconhecer que ela e nós não somos da mesma família, que nela não há instância psíquica – razão teórica ou prática, consciência de si, projeto ou intenções – que possa fazer dela nosso próximo, ou nosso semelhante (p. 123)

Para Deligny (1979/2017e) o cuidado não busca normalizar, ensinar, corrigir ou adaptar. O cuidado torna-se a possibilidade de coexistência em um espaço comum que é viabilizado pelo respeito aos ritmos próprios através da atenção ao gesto e da escuta do espaço. Cuidar é acompanhar sem submeter, é fazer existir um espaço onde a diferença tenha lugar sem ser reduzida ao déficit. A clínica tradicional pergunta: “como corrigir?”. Deligny pergunta: “como conviver?”. Esse deslocamento permite construir práticas que não violentem o modo de ser autista, mas que permitam que ele aconteça em sua consistência.

O que o diagnóstico chama de impedimento ou déficit, Deligny revela como gesto, ritmo, traço, consistência. O que a clínica nomeia como isolamento, Deligny mostra como

coexistência não mediada pela linguagem. O que se interpreta como rigidez, Deligny lê como constância estruturante de um território sensível. Assim, o autismo deixa de ser falha de adaptação e se torna exercício singular de vida — uma forma de existir que não precisa ser trazida de volta à norma, mas apenas reconhecida, respeitada e acompanhada.

Tratava-se, então, de instalar um espaço propício para levar aqueles indivíduos a atividade através da produção de afectos que aumentassem a sua potência de agir, bem no sentido espinosista. Marlon Miguel (2024) nota que a partir daí Deligny radicaliza uma virada de perspectiva, que passa do sujeito inadaptado ao mundo ao meio inadaptado aqueles indivíduos. Assim a questão principal era como fabricar meios adequados ou produzir circunstâncias favoráveis, em vez de considerar isoladamente o diagnóstico. “Contra a abstração do “caso”, trata-se antes de voltar à materialidade e à concretude do meio e das circunstâncias” (Miguel, 20124, p.20).

A abordagem delignyana do autismo, ao deslocar o foco do déficit para os modos de existência, exige uma profunda reconfiguração das práticas de cuidado, das políticas públicas e dos espaços de convivência. Se o autismo não se define pela insuficiência em relação a um padrão, mas pela afirmação de uma normatividade própria, torna-se necessário repensar não apenas o diagnóstico, mas também os modos de produzir ambientes capazes de acolher essa diferença.

Deligny não oferece um modelo terapêutico, mas uma política do viver junto, centrada na convivência, na atenção aos gestos e na construção de ambientes que não violentem a singularidade. A partir dessa perspectiva, cuidado, educação e inclusão deixam de ser instrumentos de ajustamento e tornam-se práticas de composição, nas quais o mundo se reorganiza para acolher modos diversos de existir.

As intervenções tradicionais voltadas às pessoas autistas partem de premissas que Deligny colocaria em questão. O tratamento diagnóstico trabalha a partir da necessidade de desenvolver competências sociais típicas, aproximando o indivíduo tratado a padrões comunicacionais esperados. A meta de adequar comportamentos a critérios de uma funcionalidade padrão, tendo a comunicação como eixo de integração social a partir de técnicas de reforço para moldar condutas. A prática de Deligny revela que tais metas podem constituir violências normativas, pois exigem que o indivíduo alinhe sua existência a um regime que não é o seu. Em contraposição, Deligny propõe que a intervenção se desloque da tentativa de moldar o sujeito para a tentativa de moldar o

ambiente. Cuidar passa a significar criar as condições para que o modo de existir autista aconteça sem ser submetido ao julgamento normativo.

A mudança de perspectiva exige a aceitação da não existência de uma única forma legítima de relação, permitindo que o gesto não intencional organize o encontro. Além disso cabe reconhecer a imutabilidade da repetição não como um sintoma, uma como uma necessidade existencial. A atenção as necessidades especiais desses indivíduos implica favorecer ambientes que reduzam a sobrecarga sensório-motora, criando espaços que acolham ritmos próprios e que não imponham temporalidades rígidas. O objetivo deixa de ser a adaptação do indivíduo e passa a ser a coexistência possível.

Uma política inspirada nas experiências de Deligny não se organiza por metas de correção, mas por condições de possibilidade: acesso a espaços, ritmos, objetos, territórios, práticas e relações que favoreçam modos singulares de estar no mundo. Isso requer uma ética que parta do princípio de não constranger o gesto e não submeter o outro à norma, não exigindo aquilo que ele não oferece. Essa ética se funda na ideia de que viver juntos não existe aderir ao mesmo regime de existência, convivência que não requer simetria, mas sim um comum que pode ser tecido pela vizinhança de mundos possíveis na idiorritmia que Roland Barthes já tinha anunciado:

Alcançaríamos, aqui, aquele valor que tento pouco a pouco definir sob o nome de "delicadeza" (palavra um tanto provocadora no mundo atual). Delicadeza seria: distância e cuidado, ausência de peso na relação, e, entretanto, calor intenso dessa relação. O princípio seria: lidar com o outro, os outros, não os manipular, renunciar ativamente às imagens (de uns, de outros), evitar tudo o que pode alimentar o imaginário da relação" (Barthes, 1977/2003, p. 260).

Essa ética oferece uma alternativa profunda à lógica clínica da adaptação: não se trata de transformar o outro para torná-lo social, mas de transformar o social para que ele acolha o outro. A partir daí compreender o autismo como modo de existência significa entender o cuidado como uma prática que cria mundos possíveis, e não como um conjunto de técnicas para corrigir desvios. Sob essa perspectiva o mundo não é dado, é co-criado, a convivência não é uma imposição, mas uma composição, o cuidado não é adestramento, é atenção e a diferença não é falta, é modo de ser. O desafio que resta às políticas de inclusão, aos serviços de saúde e às instituições educativas é o de construir espaços que sejam menos dispositivos de normalização e mais espaços de mundo, nos quais a vida autista possa acontecer segundo suas próprias linhas, gestos, ritmos e potências.

Considerações finais

A análise realizada ao longo deste artigo evidenciou que o lugar ocupado pelo autismo nas políticas públicas, nas práticas clínicas e nos discursos institucionais continua fortemente atravessado por um paradigma biomédico que define a diferença segundo critérios deficitários. Os diagnósticos, embora se proponham a assegurar direitos e acesso a serviços, operam como dispositivos de normalização que delimitam modos legítimos de existir, subordinando a singularidade à lógica do desvio e do prejuízo. Como mostraram Essa lógica não descreve simplesmente a vida: ela produz um campo de visibilidade no qual determinados comportamentos, ritmos e gestos passam a ser reconhecidos como patológicos, enquanto outros são naturalizados como normais.

Contudo, como procuramos demonstrar, a crítica epistemológica e política desse modelo não implica negar a relevância das políticas de proteção. Implica, antes, reformular a compreensão que sustenta tais políticas, substituindo uma ontologia do déficit por uma ontologia da variação. A partir dessa mudança, o autismo deixa de ser entendido como falha de adaptação e passa a ser reconhecido como modo de existência singular, dotado de normatividade própria. Trata-se, portanto, de deslocar o eixo interpretativo do que falta ao sujeito para aquilo que se afirma nele como forma de vida.

Nesse horizonte, a obra de Fernand Deligny oferece uma alternativa poderosa ao olhar normativo da clínica. Suas práticas de convivência, sua atenção ao gesto e sua recusa à interpretação patologizante revelam que existem mundos possíveis — coerentes, sensíveis e consistentes — que não se deixam capturar pelos critérios da sociabilidade típica. Ao mapear trajetórias, acompanhar gestos e instaurar espaços de presença próxima, Deligny mostra que o autismo, mais que a ausência de linguagem, é uma outra gramática do existir; não é isolamento, mas outro modo de coabitar o mundo; não é rigidez, mas ritmo próprio de organização da vida.

Desse modo, mais do que corrigir comportamentos ou desenvolver habilidades esperadas, o cuidado passa a significar compor ambientes, criar condições de possibilidade, abrir espaço para ritmos singulares, desfazer solicitações sobrecarregantes e reconhecer que o comum não é um padrão, mas uma construção compartilhada. Essa perspectiva exige transformar políticas públicas, práticas educativas e relações institucionais, substituindo metas de normalização por práticas de convivência que respeitem e ampliem o campo da diferença.

Assim, temos que escapar da abordagem diagnóstica e de sua premissa de que existe um único funcionamento típico que define a normalidade, e que o autismo constitui um afastamento mensurável desse padrão. A o invés de identificar as singularidades do comportamento autista como impedimentos e orientar práticas de intervenção calcadas na adaptação do indivíduo a uma padrão típico, uma abordagem alternativa aos registros biomédicos parte desses modos de existir que se manifestam nos gestos, nos trajetos e nos ritmos de uma coexistência comum.

A partir daí, torna-se possível pensar políticas públicas que não se organizem exclusivamente em torno do diagnóstico como chave de acesso, mas que reconheçam a singularidade dos modos de existência autistas como fundamento ético e político. Isso significa conceber políticas que não busquem apenas corrigir déficits ou promover adaptações comportamentais, mas que criem ambientes acessíveis às diferentes formas de perceber e habitar o mundo. Em vez de programas restritos a protocolos terapêuticos padronizados, uma tal política priorizaria a criação de espaços de convivência sensíveis aos gestos, aos ritmos e às trajetórias singulares — ambientes onde o estar-junto não dependa da reciprocidade típica, mas da possibilidade de coexistência.

Esse horizonte implica ampliar a noção de acessibilidade para além da lógica arquitetônica ou comunicacional, incorporando dimensões sensoriais, espaciais e relacionais que são fundamentais para sujeitos autistas. Políticas educacionais, por poderiam reconhecer que a participação não se reduz à comunicação verbal e à interação normativa, mas pode ocorrer através de presenças silenciosas, manipulação de objetos, trajetos próprios, ou modos alternativos de atenção. Da mesma forma, políticas de saúde poderiam deslocar o foco do treinamento de habilidades para o acompanhamento atento dos modos de vida, reduzindo a pressão por adequação e criando dispositivos que respeitem as formas autistas de regular o ambiente. Ao ampliar essa concepção de acessibilidade, a política pública torna-se capaz de sustentar direitos que não exigem normalização como condição de reconhecimento.

Além disso, poderia ser pensadas políticas públicas que favorecessem a favorecer a criação de redes comunitárias de convivência, que não dependam exclusivamente de instituições formais, mas que se articulem como espaços plurais de compartilhamento. Assim como nas redes de Cévennes, esses espaços permitiriam uma circulação não impositiva, onde o gesto encontra lugar, e onde a presença não é solicitada nem submetida a avaliações constantes. Tais redes poderiam ser reconhecidas juridicamente como formas

legítimas de cuidado, ampliando o espectro de práticas consideradas válidas pelo Estado. Ao reconhecer essas formas de vida em sua positividade — e não como insuficiências — as políticas públicas deixam de operar pelo paradigma da tutela e passam a garantir o direito fundamental de existir segundo outras normas, assegurando que a dignidade não seja condicionada à adaptação, mas ao reconhecimento da multiplicidade das formas de viver.

Referências

American Psychiatric Association – APA (1980). DSM III. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition. Washington, D.C. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association – APA (1994). DSM IV. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, D.C. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association – APA (2013). DSM 5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Washington, D.C. American Psychiatric Association.

Asperger, H. (1944) Die Autistischen Psychopathen' im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. 117, p. 76-136.

Barthes, R. (2003) *Como viver junto*. São Paulo: Martins Fontes. 2003. (Publicado originalmente em 1977).

Canguilhem, G. (2009) *O normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Publicado originalmente em 1943)

Deligny, F. (2017a). *Nous et l'innocent*. In: *Oeuvres*. Paris: L'Arachnéen. (Publicado originalmente em 1975)

Deligny, F. (2017b). *Dérives*. In: *Oeuvres*. Paris: L'Arachnéen. (Publicado originalmente em 1975).

Deligny, F. (2017c). *Au défaut du langage*. In: *Oeuvres*. Paris: L'Arachnéen. (Publicado originalmente em 1976).

Deligny, F. (2017d). *Les Détours de l'agir ou le Moindre geste*. In: *Oeuvres*. Paris: L'Arachnéen. (Publicado originalmente em 1978).

Deligny, F. (2018a). *O agir e o agido*. In: *O aracniano e outros textos*. São Paulo: n-1. (Publicado originalmente em 1978).

Deligny, F. (2018b). *Quando o homenzinho não está (aí)*. In: *O aracniano e outros textos*. São Paulo: n-1. (Publicado originalmente em 1978)

Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Publicado originalmente em 1963)

Foucault, M. (1980).. *Power Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. New York: Pantheon, 1980.

Foucault, M. (2001). *Os anormais*. São Paulo: Martin Fontes. (Publicado originalmente em 1975)

Hacking, I. (1996). The looping effects of human kinds. In: Dan Sperber, David Premack, and Ann James Premack (eds), *Causal Cognition: A Multidisciplinary Debate, Symposia of the Fyssen Foundation Oxford*.

Hacking, I. (2009). *Ontologia Histórica*. Porto Alegre: Editora Unisinos.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, p. 217-250.

Miguel, M. (2024). *Fernand Deligny e as ecologias do humano*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.

Ministério da Saúde (2025). *Linha de cuidado para pessoas com transtorno do espectro autista – TEA*. Brasília.

Organização Mundial da Saúde (2024) *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11)*. 11ª ed. Genebra: OMS.

Safatle, V. (2011). O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientiae Studia*, São Paulo: v. 9, n. 1, p. 11-27.

Sévérac, P. (2017). Fernand Deligny O agir no lugar do espírito. Rio de Janeiro: *Revista Trágica: estudos de filosofia da imanência*, v.10 n° 3, p. 118-135.

Declaração de Conflitos de Interesse

Declaro não possuir nenhum conflito de interesse de natureza financeira, comercial, política, acadêmica ou pessoal que possam ter influenciado os resultados ou as interpretações apresentadas neste manuscrito.

Declaração de Disponibilidade de Dados

Em virtude da natureza teórico-conceitual deste trabalho, não foram gerados conjuntos de dados empíricos.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.