





UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO - UNICAP
PRÓ-REITORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E
PSICANÁLISE

REBEKA DE PAULA GOMES DA SILVA

O Diagnóstico de Autismo: impasses e desafios na transmissão à família

RECIFE - 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO - UNICAP
PRÓ-REITORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E
PSICANÁLISE

REBEKA DE PAULA GOMES DA SILVA

O Diagnóstico de Autismo: impasses e desafios na transmissão à família

Dissertação apresentada à Universidade Católica de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica na Linha de Pesquisa Psicopatologia Fundamental e Psicanálise, sob orientação da Professora Doutora Maria Consuelo Passos.

S586d

Silva, Rebeka de Paula Gomes da

O diagnóstico de autismo : impasses e desafios na transmissão à família / Rebeka de Paula Gomes da Silva ; orientador Maria Consuelo Passos, 2013.

108 f : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação. Mestrado em Psicologia Clínica, 2013.

1. Psicologia clínica. 2. Autismo. 3. Crianças autistas – Relações com a família. 4. Psicanálise. 5. Crianças autistas – Diagnóstico. 6. Crianças autistas – Aspectos psicológicos. I. Título.

CDU 159.964.2

REBEKA DE PAULA GOMES DA SILVA

O Diagnóstico de Autismo: impasses e desafios na transmissão à família

Dissertação apresentada à Universidade Católica de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica na Linha de Pesquisa Psicopatologia Fundamental e Psicanálise, sob orientação da Professora Doutora Maria Consuelo Passos.

BANCA EXAMINADORA

PROF^a. DR^a. MARIA CONSUÉLO PASSOS

PROF^a. DR^a. SILVANA RABELLO

PROF. DR. ZEFERINO DE JESUS BARBOSA ROCHA

Aos meus pequeninos,

que diariamente me ensinam a arte de
reinventar a vida.

AGRADECIMENTOS

A João Paulo,

pela dádiva da vida concebida através dos abraços protetores e olhares repletos de amor, que escreviam as fugazes memórias felizes, de modo a fazer toda uma vida se sustentar e valer a pena.

A Elizabete Gomes,

por imenso desejo materno que me dirigia, sufocando por uma diretriz e sustentando-me enquanto ente que florescia.

A Elionora Gomes (Minha Tia),

que apostou em meus investimentos e acreditou no meu potencial, ainda que eu mesma não conseguisse concebê-lo, festejando cada pequeno passo, sendo referencial de força, dignidade e ética, ainda que diante da turbulência do existir. E, também, por entender minhas ausências.

A Hecilda Melo,

por funcionar como o elo mediador e referência, ensinando a vida pelas antigas histórias contadas no aconchego dos braços fraternos, acompanhadas pelos deliciosos quitutes que davam rubor à infância nostálgica.

A Robson Campos,

pelas ausências, que deram espaço a outras possibilidades.

A Patrícia Sieber Padilla Pandolfi,

pela presença sensível que sustenta a insanidade em mim, de modo a possibilitar a ressignificação dos labirintos funestos do meu ser, entendendo o indizível, o que nem consigo dizer.

Ao professor Marcos Andrade,

pela aposta no meu potencial para entrada no programa de Mestrado, criando uma possibilidade até então invisível aos meus olhos, sustentando minhas dúvidas e medos. Por meio dessa aposta eu pude acreditar em mim mesma e seguir avante.

À professora Maria Consuelo Passos,

por sustentar toda essa trajetória escarpada, acolhendo minhas angústias e apostando em minhas potencialidades, orientando para além de uma Dissertação de Mestrado, mas para a vida.

Ao professor Zeferino Rocha,

pela sua presença genuína e acolhedora que nos implica ao exercício de reescrever a vida para além do âmbito acadêmico. Por ser uma referência de viver criativo.

A Silvana Rabello,

pela escuta sensível e valiosas contribuições.

Às amigas Julianne Gomes, Fabíola Barbosa, Jackeline Martini e Débora Rocha,

pelas possibilidades de endereçamento diante do caos, através da presença sensível e amiga que me faz sentir pertencente a um lugar pela primeira vez. Por cada sorriso, abraço, aplauso, lágrima e loucura, que cura a vida.

Ao amigo Paulo Bender (Meu pequeno príncipe),

pela aposta nessa amizade sincera de cada dia. Pelo abraço, pelo aconchego, pelos risos, pelo sarcasmo diário, pelas longas conversas catárticas em dias de caos interno. E, principalmente, pelo lisonjeio de permitir conhecer seu íntimo e pela possibilidade que proporciona de ser eu mesma sem medo.

À amiga Karla Lima,

pelo incentivo nessa caminhada árdua e pelas piadas que deixaram o caminho mais leve.

A Nair Araújo e Toni Coutelo,

pela delicadeza e disponibilidade para a revisão técnica desta pesquisa.

Aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil Zaldo Rocha,

pela disponibilidade a troca de ricas experiências que contribuíram decisivamente ao desenvolvimento desse trabalho.

Aos familiares atendidos no Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil Zaldo Rocha,
que se dispuseram a dividir fragmentos de suas histórias de vida, colaborando primordialmente a realização dessa pesquisa.

Ao Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil Zaldo Rocha,
pelo acolhimento na realização desta pesquisa.

À UNICAP,
que proporcionou um ambiente institucional à realização desses aprendizados.

Obrigado a todos, os lembrados e esquecidos, que contribuíram de forma positiva e negativa. Afinal, fazendo apologia a Fernando Pessoa, por meio das pedras no caminho foi possível construir nosso castelo.

Então, Tistu — perguntou ele— que foi que você aprendeu? Que sabe de medicina?
— Aprendi — respondeu Tistu — que a medicina não pode quase nada contra um coração muito triste. Aprendi
que para a gente sarar é preciso ter vontade de viver.
Doutor, será que não existem pílulas de esperança?
O Dr. Milmales ficou espantado com tanta sabedoria num garoto tão pequeno.
— Você aprendeu sozinho a primeira coisa que um médico deve saber.
— E qual é a segunda, Doutor?
— É que para cuidar direito dos homens é preciso amá-los bastante.
(Druon, 2004, p. 61)

Ilustração:
The Therapist
Donna Williams¹

¹ Donna Williams é uma jovem australiana nascida em 1963, que se diz e a quem deram o diagnóstico de autista em 1965. Hoje ela é casada, trabalha como consultora numa escola, participa de palestras sobre autismo, escreve música e também faz escultura.

RESUMO

Silva, Rebeka de Paula Gomes da (2013). *O Diagnóstico de Autismo: impasses e desafios na transmissão à família*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

Esta pesquisa surge de uma preocupação com os diagnósticos de autismo na infância, principalmente com a maneira como eles são feitos e transmitidos pelos profissionais de saúde aos familiares, visto que este diagnóstico nem sempre é claro. Em muitos casos, não se diferencia o autismo da psicose infantil. Além disso, o modo como o diagnóstico é transmitido à família pode causar intenso sofrimento e desamparo, podendo gerar exclusão e dificuldades no tratamento da criança. A partir desta problemática, estudamos o processo diagnóstico de crianças com indícios de autismo, realizado num Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) na Região Metropolitana do Recife, considerando a maneira como é feito o diagnóstico, sua transmissão e as possíveis repercussões na família. Para tanto, fizemos uso fundamentalmente de referencial teórico winnicottiano, além da relação com as contribuições de outros autores para a discussão do tema. Embora Winnicott não tenha uma teoria sobre o autismo, e não seja nosso objetivo delinear uma discussão de sua etiologia, suas formulações sobre a teoria do amadurecimento infantil e a saúde psíquica serviram como baliza para o debate. A pesquisa de campo foi de natureza qualitativa, sendo realizada uma entrevista semiestruturada com 07 (sete) profissionais de saúde responsáveis pelo diagnóstico na instituição e 03 (três) mães que já haviam passado pelo processo de avaliação. A análise dos dados levou em conta a Técnica elaborada por Minayo (1996), que possui três momentos fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos a partir das considerações winnicottianas, sem perder de vista os objetivos da pesquisa. Apesar dessa pesquisa se tratar de um recorte bem restrito da saúde mental numa instituição pública, sua discussão é representativa de questões que atingem o sistema de saúde de uma forma geral, pois o que está em questão é a visão teórica, técnica, metodológica e sociopolítica imbricadas na prática clínica dos profissionais que realizam o diagnóstico de autismo.

Palavras chaves: Autismo, Diagnóstico, Dinâmica Familiar, CAPSi.

ABSTRACT

Silva, Rebeqa Paula Gomes da (2013). The Diagnosis of Autism: difficulties and challenges in the transmission to the family. Master's Dissertation. Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

This research arises from a concern with diagnoses of autism in infancy, especially with the way in which they are made and transmitted by health professionals to family members, since this diagnosis is not always clear. In many cases, does not differentiate from childhood psychosis. Moreover, the way the diagnosis is transmitted to the family can cause intense suffering and helplessness, which can generate exclusion of the child and helplessness, which can generate exclusion and difficulties in treating children. Starting with this issue, we studied the process of diagnosing children with signs of autism, performed at the Psychosocial Care Center of Children and Adolescents (CAPSi) in the Metropolitan Region of Recife, considering the way the diagnosis is made, its transmission and the potential impact on family. For this purpose, we use fundamentally the theoretical of Winnicott and the relation with the contributions of other authors to discuss the issue. Although Winnicott not have a theory about autism, and our goal is not to outline a discussion of etiology, their formulations on the theory of maturation and infant mental health serves as a beacon the debate. The field research was qualitative in nature, and performed a semi-structured interview with 07 (seven) health professionals responsible for diagnosing the institution and three (03) mothers who had already gone through the evaluation process. The analysis of data took into account the Technical by Minayo (1996), which has three fundamental moments: pre-analysis, material exploration and treatment of the results obtained from the considerations of Winnicott, without losing sight of the objectives of the research. Though this research it is a very narrow cut mental health a public institution, its discussion is representative of issues that affect the health system in general, because what is at issue is the theoretical insight, technical, methodological and social policy-overlapping clinical practice of professionals involved in the diagnosis of autism.

Keywords: Autism, Diagnosis, Family Dynamics, CAPSi.

LISTA DE SIGLAS

- ABA — Análise do Comportamento Aplicada
- ABRA — Associação Brasileira de Autismo
- AFETO — Associação de Famílias para o Bem-Estar e Tratamento da Pessoa com Autismo
- AMA — Associação de Amigo do Autista
- ASSERT — Serviço de Suporte Autismo: Educação, Pesquisa e Formação.
- BCBA-D — Board Certified Behavior Analyst
- CAPS — Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSi — Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
- CAPS I — São CAPS para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes
- CAPS II — São CAPS para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes
- CAPS III — São CAPS para atendimento diário e noturno de adultos com transtornos mentais severos e persistentes em municípios com população acima de 200.000 habitantes
- CAPS ad — Centro de Atenção Psicossocial Álcool-Drogas
- CCNE — Comitê Consultivo Nacional de Ética
- CEP — Comitê de Ética de Pesquisa
- CERVAC — Centro de Reabilitação e Valorização da Criança
- CID-10 — Classificação Internacional de Doenças (10a. ed.)
- CISAM — Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
- CRIA — Centro de Referência da Infância e da Adolescência
- DGGTES — Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
- DS — Distrito Sanitário
- DSM-IV — Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4a. ed.)
- EUA — Estados Unidos da América
- EPM — Escola Paulista de Medicina
- FACHO — Faculdade de Ciências Humanas de Olinda
- FAFIRE — Faculdade Frassinetti do Recife
- GNP — Grupo Nacional de Pesquisa
- HAS — Haute Autorité de Santé (Alta Autoridade de Saúde)
- HRAS — Harvey-ras (marcador genético)
- IMIP — Instituto Materno Infantil de Pernambuco

IRDI — Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil

JABA — Journal of Applied Behavior Analysis

MTSM — Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

OMS — Organização Mundial de Saúde

ONG — Organização Não-Governamental

PAC — Programa de Aceleração do Crescimento, usualmente chamado de Laudo pelos profissionais da unidade.

PECS — Sistema de Comunicação por Figuras

PSF — Programa de Saúde da Família

SES — Secretária de Saúde do Estado de São Paulo

SIC — Segundo Informação Consta

SUS — Sistema Único de Saúde

TCLE — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEA — Transtorno do Espectro Autista

TEACCH — Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Desvantagens na Comunicação

TID — Transtorno Invasivo do Desenvolvimento

TR — Terapeuta de Referência

UE — União Européia

UFPE — Universidade Federal de Pernambuco

UNICAP — Universidade Católica de Pernambuco

UNIFESP — Universidade Federal de São Paulo

USP — Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1. PONTO DE PARTIDA: O AUTISMO EM QUESTÃO	19
1.1 Breve histórico	19
1.2 O quadro atual das pesquisas	24
1.3 Novidades no front ... Polêmicas recentes sobre o autismo	30
2. O CONCEITO DE DIAGNÓSTICO	37
2.1 Alguns sentidos do diagnóstico	37
2.2 A perspectiva da saúde mental no SUS	42
3. REFLEXÕES WINNICOTIANAS	47
3.1 Visão do amadurecimento humano	47
3.2 O conceito de saúde e doença	50
3.3 Contribuições sobre o autismo	53
4. O MÉTODO	57
4.1 Local da pesquisa	58
4.2 Perfil dos participantes	60
4.3 Caracterização da rotina	61
4.4 Instrumento	63
4.5 Procedimento de coleta de dados	65
4.6 Procedimento de análise de dados	66
5. EXPLICITANDO OS DADOS: INDICADORES DE ANÁLISE	68
5.1 Profissionais	68
5.2 Familiares das crianças	78
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	87
6.1 Critérios utilizados na realização do diagnóstico	87
6.2 Transmissão do diagnóstico e impacto do seu recebimento na família	90
6.3 Sugestões e desafios	92
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
APÊNDICE	106

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa surge da preocupação com a realização dos diagnósticos de autismo a partir da experiência no processo de intervenção e avaliação psicológica frente às famílias de crianças com indícios ou diagnóstico de autismo, oriundas de população de baixa renda, proveniente de Olinda, cidades circunvizinhas e do interior de Pernambuco, atendidas no estágio curricular obrigatório nos Projetos *Vir-a-ser: Espaço Educativo Terapêutico*² e *Psicodiagnóstico*³ na Faculdade de Ciências Humanas de Olinda (FACHO).

Cada vez mais constatávamos um aumento significativo no número de famílias que procuravam atendimento e avaliação psicológica para crianças com hipótese diagnóstica de autismo. Os familiares comumente revelavam que eram abordados pelos profissionais de saúde com indiferença, e que estes faziam uso de termos e expressões impossíveis de serem decifrados. Em muitos casos o diagnóstico era genérico, em outros eles eram revelados precocemente como sendo “*retardo mental*”. Em diversas situações era dito às mães que elas não poderiam mais trabalhar, pois a doença do filho(a) exigiria dedicação exclusiva, o que aumentava ainda mais o sofrimento destas. Além disso, alguns casos eram nomeados como irreversíveis – onde nada se podia fazer.

Vários estudos, como os de Marie-Christine Laznik (2004), Alfredo Jerusalinsky (1993), Leda Bernardino (2006), Cristina Kupfer (1999), assim como a experiência clínica indicam que, na maioria das vezes, a maneira como o diagnóstico é transmitido pode acabar agravando o quadro psicológico apresentado pela criança. Nestas situações, o discurso dos profissionais pode gerar intenso sentimento de desamparo e insegurança em relação ao futuro da criança, o que repercute negativamente tanto no tratamento, como também na dinâmica familiar, que pode se tornar desestabilizada. O modo como é feito o processo diagnóstico e sua transmissão poderão ainda estigmatizar a criança e dificultar sua inserção social em

² Projeto criado, em 1993, a partir da necessidade de criar um espaço que pudesse acolher crianças com uma problemática mais grave e aos seus pais. Inicialmente o projeto foi nomeado como Grupo da quarta-feira e a partir da sugestão de Alfredo Jerusalinsky passou a ser chamado de Projeto Vir-a-ser. Tem como objetivo atender crianças, adolescentes e adultos com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID), como por exemplo, a psicose e o autismo, buscando novos caminhos para as intervenções clínicas através das diversas oficinas: com Água e Areia, Pedagógica, de Contos e Desenhos, com Adolescentes e de Artes.

³ Projeto criado, em 1980, com a fundação da Clínica-escola da instituição. Os serviços oferecidos pelo Psicodiagnóstico são de Avaliação Psicológica para crianças, adolescentes e adultos, e de Orientação Profissional para os dois últimos. Geralmente tem como objetivo subsidiar processos judiciais, principalmente de aposentadorias de adultos, como também interdição e auxílio na solução de casos de crimes de agressão e abuso sexual; contribuição de distúrbios de aprendizagem e/ou comportamento de crianças; avaliação de condições psicológicas para a realização de cirurgia de gastroplastia, entre outras.

diferentes grupos, tendo assim implicações severas no seu processo de desenvolvimento. Neste sentido, é fundamental compreender o lugar que a criança ocupa no universo afetivo dos pais e os investimentos que estes fazem no tratamento. Sem boas condições de acolhimento, o tratamento da criança poderá se tornar inoperante.

A escuta aos pais, seus temores e inseguranças, no que concerne a forma abrupta como os diagnósticos são transmitidos pelos profissionais de saúde, foi decisiva no interesse em pesquisar a relação entre o diagnóstico e sua transmissão à família. Pensamos que a maneira como é feito o processo diagnóstico e sua transmissão refletirá no modo como a família vai acolher essa criança, investir em seu tratamento e lidar com as dificuldades que ela venha a apresentar no seu processo de amadurecimento. Deste modo, é imprescindível escutar as demandas de cada família, levando em consideração sua singularidade e não apenas a necessidade do levantamento dos dados anamnésicos. Segundo Ana Maria Sigal (2002, p. 70):

Se a ferida narcísica que se abre na consulta pode ser tolerada e se eles (os pais) contam com recursos para elaborá-la [...] o tratamento será possível e as entrevistas periódicas com eles nos irão dando um 'timing' de sua tolerância frente à mudança da criança. Se, pelo contrário, não se suporta que a criança saia de uma posição rígida, fixa, porque sustenta uma problemática de um deles ou de ambos os pais, o tratamento se tornará imprevisível.

Portanto, o objetivo deste trabalho consistiu em investigar, junto aos profissionais responsáveis pelo diagnóstico das crianças e aos familiares, como tem sido desenvolvido o processo diagnóstico de crianças com indícios de autismo, realizado no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) na Região Metropolitana do Recife, considerando sua transmissão e as possíveis repercussões na família.

Para tal, inicialmente, fizemos um breve histórico do autismo a fim de compreendermos o atual panorama no qual ele se inscreve e as recentes polêmicas em torno do tratamento de crianças com este diagnóstico. Embora o autismo seja estudado em vários lugares do mundo, fizemos um recorte sobre os recentes acontecimentos na França e no Brasil, de modo a analisarmos suas implicações na prática clínica do nosso sistema de saúde.

O segundo capítulo do trabalho buscou refletir sobre o processo diagnóstico do autismo através de uma breve discussão sobre o conceito de diagnóstico a partir da clínica Moderna, do final do século XVIII até os dias atuais, e a implementação da Reforma Psiquiátrica no sistema de saúde, de modo a analisar o sentido de saúde implícito à prática do diagnóstico na clínica atual.

Em seguida, delineamos a perspectiva teórica da pesquisa, baseada, principalmente, na teoria do amadurecimento e na concepção de saúde psíquica de Winnicott com o intuito de

compreendermos suas considerações sobre o autismo, apesar do autor não ter construído propriamente uma teoria sobre o tema e não ser nosso objetivo sua discussão etiológica.

Para Winnicott o conceito de saúde não se restringe ao oposto de doença, pois não considera uma relação direta entre eles, mas propõe que este deriva do processo de maturação. O autor fundamenta uma perspectiva que não se preocupa em demarcar categorias, mas compreender o papel do sintoma levando em consideração a tendência natural do ser humano à maturação e, portanto, a saúde.

Nesse sentido, o autismo seria uma espécie de defesa em relação a um ambiente que dificulta severamente o desenvolvimento da saúde psíquica da criança, num momento em que este processo é crucial. A infância, portanto, não é considerada apenas um período de crescimento que vai do nascimento até a puberdade, mas se relaciona a história de cada sujeito, que se inicia mesmo antes do nascimento e se constitui a partir dos vínculos afetivos. Winnicott defende que o autismo não deve ser pensado como uma doença, mas como uma perturbação na delicada interação dos fatores individuais e ambientais nos primeiros estágios do crescimento e amadurecimento humano. Embora o autor não descarte as tendências herdadas, a ênfase é na qualidade dos cuidados iniciais direcionados ao bebê, pois acredita que é neste período que é estabelecida a base da saúde mental. (Winnicott, 1997)

Assim, a pesquisa de campo teve caráter qualitativo e o instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada realizada com 07 (sete) profissionais de saúde responsáveis pelo diagnóstico e 03 (três) mães que já haviam passado pelo processo de avaliação. A análise dos dados foi feita a partir da referência de Minayo (1996), que possui três momentos fundamentais: pré-análise (em que foi realizada uma leitura do texto, a fim verificar seus aspectos principais); exploração do material (em que foram levantadas as unidades de sentido); tratamento dos resultados obtidos a partir das considerações winnicottianas, sem perder de vista os objetivos da pesquisa.

Nosso trabalho, portanto, buscou compreender não apenas o processo diagnóstico de crianças com indícios de autismo numa unidade de serviço público, mas também refletir, através das narrativas da experiência, algumas implicações clínicas, sociais e políticas no Sistema Público de Saúde. Pretendeu-se relevar a necessidade de uma escuta sensível por parte dos profissionais responsáveis pelo atendimento, de modo a acolher as demandas e os sofrimentos psíquicos dos familiares e das crianças.

Quando nos referimos à população de baixa renda, público fundamentalmente atendido nos CAPSi, é importante considerar o escasso acesso as informações desse público sobre as doenças mentais, possuindo acentuada dificuldade de compreensão não apenas do

processo diagnóstico, assim como no recebimento de seus resultados e na concepção de seu tratamento. Nossa experiência e os estudos supracitados revelam que quanto mais cedo a intervenção frente à tal população se der, maiores são as possibilidades de mudança no tratamento, tendo em vista a natureza interina do psiquismo infantil. Sendo, portanto, imprescindível que o sistema de saúde disponha de programas dirigidos ao público em questão, sem perder de vista as considerações a respeito da detecção precoce do autismo.

1. Ponto de partida: o autismo em questão

“Imaginar que um tratamento seja mera inclusão do caso à sua regra correspondente, sem ter de pensar na contingência que representa, não é só um erro clínico, é um erro ético e político”.
(Dunker, 2013, p. 15)

A temática do autismo vem suscitando inquietações no contexto da prática clínica, revelando lacunas e apontando interrogações no que concerne à etiologia, teoria e ao modo de intervenção. Laznik (1991) acredita que talvez seja a clínica do autismo que possa permitir reinterrogar toda a metapsicologia relativa ao *infans*. A etiologia do autismo é desconhecida e o que temos, ainda hoje, são hipóteses baseadas tanto em experiências, quanto em referências teóricas. Embora este trabalho não tenha como proposta sua discussão teórica ou etiológica a respeito do autismo, faz-se necessário um breve histórico do tema, a fim de contextualizar o quadro atual das pesquisas e as recentes polêmicas em torno do tratamento do autismo.

Nesse sentido, faremos uma rápida introdução de como a criança era vista pela sociedade no decorrer da história, recortando como o trabalho da Psicanálise Infantil foi sendo edificado, de modo a compreendermos como os pontos de vista foram sendo construídos. Em seguida, abordaremos o quadro atual das pesquisas e as recentes polêmicas em torno do tratamento de autismo, situando episódios ocorridos na França e sua ressonância no Brasil, de modo a analisar o discurso da ciência que se interpõe na clínica e suas possíveis implicações. Embora os estudos sobre autismo não se restrinjam a França, tendo cores e nuances distintas em diversos lugares, nossa escolha levou em conta a relevância da psicanálise francesa e os atuais questionamentos em torno de sua eficácia no tratamento de crianças diagnosticadas com autismo.

1.1 BREVE HISTÓRICO

A fase da infância durante muito tempo foi colocada num lugar de menos valia social. Na Idade Média as crianças eram vestidas e tratadas como adultos, inclusive no que concerne à ciência médica, sendo diagnosticadas a partir de parâmetros utilizados para os adultos. No fim do século XVIII, a criança não era mais considerada um adulto em miniatura, um

indivíduo incompleto a ser treinado para que se torne adulto, passando a tomar um novo lugar no contexto social. Deste modo, a partir do século XIX começaram a aparecer as primeiras descrições de quadros psiquiátricos infantis, ligadas ao diagnóstico de retardo mental, que apontavam para o desempenho escolar. Assim, surgiram os instrumentos de medida de inteligência, destinados a critérios de admissão e triagem para classes especiais nas escolas (Ajuriaguerra, 1980; Campanário, 2008; Rocha, 1985).

Segundo Elen Key (apud Ajuriaguerra, 1980), o século XX seria destinado às crianças. A partir de então surgem os testes psicológicos, o movimento da Higiene Mental e o advento da psiquiatria dinâmica. Contudo, apesar da infância ganhar um novo estatuto nesta época, os trabalhos de psiquiatria infantil eram baseados na observação de adultos. Segundo Rocha (1985, p.17):

É somente com os trabalhos de Freud e Adolf Mayer que se passou a buscar a origem dos transtornos atuais nos acontecimentos do passado. [...] a “*psiquiatria dinâmica*” deslocou o centro de seu interesse do adulto para a criança, o que de certo modo fez com que a enfermidade mental passasse a ser considerada como culminação de enfermidades pessoais que vão se desenvolvendo no decorrer da existência. Somente então começou a se estudar o desenvolvimento normal e patológico da criança; somente agora os desvios de seu comportamento passaram a ser considerados como sintomas mórbidos que deveriam ser tratados e evitados e não como erros morais que deveriam ser corrigidos; somente assim passou ela a ser considerada não como um “*adulto em miniatura*”, mas como um ser, em desenvolvimento, que possui em cada fase do mesmo, reações especiais, características próprias e, por conseguinte, uma psicopatologia específica. (grifo do autor)

No que diz respeito à psicanálise, o trabalho com crianças teve início por volta de 1910, com os estudos de Melanie Klein e Ana Freud. Porém, foi Melanie Klein a primeira a analisar crianças pequenas na tentativa de compreender a etiologia das psicoses. Segundo Tafuri (2003), a partir do tratamento do pequeno Dick, publicado por Klein em 1930, houve o primeiro registro da clínica psicanalítica com a criança autista. A autora descreve Dick:

[...] pela pobreza de seu vocabulário e do seu desenvolvimento intelectual, estava no nível de uma criança de 15 ou 18 meses. Estavam quase completamente ausentes a adaptação à realidade e as relações emocionais com seu ambiente. Este menino, Dick, era carente de afetos e indiferente à presença ou ausência da mãe ou da ama-seca. Desde o princípio, só raras vezes manifestava ansiedade, e isto num grau anormalmente reduzido. [...] Não tinha quase interesses, não brincava e não tinha contato com seu meio ambiente. Na maior parte do tempo, articulava sons ininteligíveis e repetia constantemente certos ruídos. Quando falava, utilizava incorretamente seu escasso vocabulário (Klein, 1981, p. 298).

Melanie Klein (1981) nomeia tal quadro como esquizofrenia, porém estes traços caracterizam o que a psiquiatria, a posteriori, descreverá como autismo. O termo “*autismo*” vem da palavra grega autos (αὐτός), que significa si mesmo. A palavra foi introduzida em 1911 por Eugene Bleuler, psiquiatra alemão e contemporâneo de Freud, para delinear um

sintoma referente à Esquizofrenia. Porém, o termo foi instituído na comunidade científica em 1943, em plena segunda guerra mundial, nos relatos de seu primeiro descritor, Leo Kanner (1943), pediatra e psiquiatra de origem austríaca, que o definiu como fazendo parte de um distúrbio considerado fundamental e extraordinário: “*O excepcional, o ‘patognomônico’, a desordem fundamental é a inaptidão das crianças estabelecerem relações normais com pessoas e reagir às situações desde o início da vida*” (Kanner, 1983, apud Carvalho, 2006, p.11).

Na verdade, a noção de autoerotismo desenvolvida por Freud na teoria de sexualidade infantil para designar o investimento libidinal do ego, teve papel fundamental na criação do termo autismo. Por divergir da posição freudiana, apoiado na discórdia instalada entre Freud e Jung, Bleuler extraiu da palavra autoerotismo a referência à sexualidade designada por *Eros*, referindo ao termo autismo o investimento em si mesmo como não sendo de uma ordem sexual, por não concordar que fatores da sexualidade infantil estivessem na gênese das doenças mentais (Cavalcanti & Rocha, 2007; Tafuri, 2003).

Segundo Cavalcanti & Rocha (2007), devido à dificuldade de enquadramento de algumas crianças numa classificação psiquiátrica, Kanner desenvolveu este novo quadro nosográfico. A partir da observação e acompanhamento de onze crianças, atendidas no Serviço de Psiquiatria Infantil do Hospital John Hopkins, ele escreveu um relatório descrevendo que as crianças apresentavam características comuns essenciais que apontavam para uma síndrome única.

O autor, ao longo de seu trabalho, utilizou três níveis de análise: organicista, funcionalista e psicológica. Defendia uma causa biológica para a incapacidade inata de se relacionar com o mundo exterior, considerando que as crianças percebiam os estímulos, mas não apresentavam respostas adequadas, revelando um distúrbio funcional. Acrescentou a importância das relações psicodinâmicas, detendo-se em aspectos da personalidade, atitude e comportamentos dos pais, por considerar que tais fatores também compunham a dinâmica psicopatológica das crianças.

Os estudos de Kanner deram abertura para discutir outros posicionamentos em torno do autismo e, desde sua descrição, inúmeros estudiosos e pesquisadores trabalham para descobrir suas causas e desenvolver tratamentos adequados. Nesta época, os interesses e pesquisas difundiram-se em dois polos principais: os que assumiram uma vertente psicodinâmica e os que mantiveram uma concepção organicista.

A linha organicista partia das hipóteses levantadas por Kanner diante da incapacidade inata das crianças para o contato afetivo, que estaria relacionada a alguma disfunção de ordem

genética, bioquímica ou neuropsicológica. De acordo com Assumpção & Pimentel (2000) as primeiras releituras dessa concepção surgem por meio de Ritvo (1976), que considerava o autismo um distúrbio do desenvolvimento, relacionando-o ao déficit cognitivo e não a psicose. A partir desse ponto de vista, cada vez mais o autismo foi associado à deficiência mental.

A perspectiva psicodinâmica também possuía visões distintas sobre o autismo. Como nossa pesquisa parte de um referencial psicanalítico e, portanto, situado dentro dessa perspectiva clínica, escolhemos três dos principais estudiosos desse panorama na época para abordarmos: Margaret Mahler, Francis Tustin e Bruno Bettelheim.

Margaret Mahler, psicanalista húngara, teve sua produção situada no final da década de cinquenta até o final da década de sessenta, sobretudo entre 1965 e 1969. Desenvolveu em 1968 sua concepção do autismo a partir da teoria evolucionista, defendendo a hipótese de que o desenvolvimento normal possui três fases distintas e simultâneas: *autística*, que vai do nascimento aos três meses de vida, em que o bebê não diferencia os cuidados maternos e seus próprios esforços; *simbiótica*, que vai dos três meses a um ano de vida, um estado de fusão entre a mãe e o bebê, em que há um início no processo de diferenciação estrutural; e *processo de separação-individuação*, em que o bebê passa a investir no mundo externo e desenvolve um processo de funcionamento autônomo. (Mahler, 1975)

Para tratar do autismo primário normal a autora tomará como referência a metáfora freudiana do *ovo de pássaro*, utilizada para designar um princípio de funcionamento mental no bebê. No texto escrito em 1911, “*Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*”, Freud irá ampliar sua descrição afirmando que:

Corretamente objetar-se-á que uma organização que fosse escrava do princípio do prazer e negligenciasse a realidade do mundo externo não se poderia manter viva, nem mesmo pelo tempo mais breve, de maneira que não poderia ter existido de modo algum. A utilização de uma ficção como esta, contudo, justifica-se quando se considera que o bebê – desde que se incluíu o cuidado que recebe da mãe – quase realiza um sistema psíquico desse tipo [...] Um exemplo nítido do sistema psíquico isolado dos estímulos do mundo externo e capaz de satisfazer autisticamente (para empregar a expressão de Bleuler [1912]), mesmo que suas exigências nutricionais sejam fornecidas por um ovo de pássaro, com sua provisão de alimento encerrada na casca; para ele o cuidado proporcionado pela mãe limita-se ao fornecimento de calor. (Freud, 2006, p. 238-239)

Para a Mahler (1975) o autismo seria uma regressão ao primeiro estágio normal e primário do desenvolvimento, na qual se destacam dificuldades de integrar sensações do mundo interno e externo. Considera o autismo como sendo um subgrupo das psicoses infantis em decorrência de bloqueios do desenvolvimento e de suas funções nas relações primárias.

Tustin, psicanalista da escola inglesa, inicialmente apoiou-se nas ideias de Melanie Klein, porém num segundo momento teve forte influência de Mahler. Em seu livro *Autismo e Psicose Infantil* (1975) propõe que há um estado de autismo normal e o caminho do autismo patológico. Sugere que os processos autísticos primários normais estão na base da possibilidade do bebê originadas em disposições internas, que ainda não foram apreendidas e têm “*por função evitar que o bebê, tão mais vulnerável quanto jovem, sofra um impacto demasiado violento quando exposto a realidade externa*” (Tustin, 1975, p.10). As circunstâncias, para que isso aconteça, dependem da maneira como a criança será criada, com os cuidados que serão a ela dirigidos. O autismo patológico, por sua vez, se processa quando estas “*requeridas circunstâncias forem quase inexistentes ou, mais frequentemente, que a capacidade de a criança receber e fazer uso dos cuidados dos pais esteve seriamente bloqueada ou desorganizada*” (Tustin, 1975, p.10).

Nesta mesma linha de pensamento Bruno Bettelheim (1987), psicanalista americano, nascido na Áustria, situou sua teoria. Ele acreditava na possibilidade de um encontro primário com o outro, que, no caso da criança autista, não ocorreria, visto que esta se retiraria da cena face à ausência do desejo do outro. Embora o autor também acredite que o autismo é uma resposta a uma ameaça do ambiente, ele defendia que suas ideias estão em desacordo com a teoria de Mahler no que concerne a origem do autismo e, principalmente, quanto ao seu tratamento. Bettelheim (1987) explica que não pode aceitar a ideia da criança ser “apenas meio indivíduo”, criticando a extrema importância que Mahler dá a relação simbiótica da criança com a mãe, pois reconhece o autismo infantil como uma resposta autônoma por parte da criança. O autor possuía uma posição radical atribuindo à etiologia do autismo a uma “*falha na função materna*”, indicando que, neste caso, a criança sofre uma espécie de “*marasmo infantil*”. Em outras palavras, para Bettelheim (1987, p. 49):

[...] a falta de respostas satisfatórias por parte daqueles que cuidam dele, poderão forçar prematuramente o bebê a encarar o mundo como simplesmente frustrador, antes de ser uma possibilidade de convencer-se plenamente de que o mundo é essencialmente bom. Sendo assim, sua experiência posterior, mais realista, não será neutralizada pela anterior. Não o incitará a desperdiçar energia vital na obtenção do que quiser, mesmo quando seu crescente desenvolvimento tornar isso possível.

Tais crianças desistem de tentar. Não vêem razão para obter uma experiência frustrante, e é somente isto que o mundo parece oferecer. Assim, são estas crianças que sofrem de **marasmo infantil** (grifo nosso), são as crianças vegetativas de Spitz⁴,

⁴ Trabalhando em um orfanato, Spitz (1945) observou que os bebês que eram alimentados e vestidos, mas não recebiam afeto, nem eram segurados no colo ou embalados, apresentavam a síndrome por ele denominada hospitalismo. Esses bebês tinham dificuldades no seu desenvolvimento físico, faltava-lhes apetite, não ganhavam peso e, com o tempo, perdiam o interesse por se relacionar, o que levava a maioria dos bebês ao óbito. René

que sofrem de hospitalismo. Tais crianças não se desenvolvem social, emocional ou intelectualmente e muito em breve poderão também morrer fisicamente.

As premissas em torno da etiologia do autismo infantil associadas ao tipo de relação que suas mães desenvolviam com seus filhos foram criticadas pelo próprio Kanner em 1968 que, por sua vez, acreditava que Bettelheim cometerá um erro ao desenvolver tal teoria contida no livro *A fortaleza vazia*. Segundo Cavalcanti & Rocha (2007), Bettelheim chegou a defender a necessidade de retirar as crianças do convívio dos pais, pois julgava que a presença deles era um fator determinante na formação do quadro autístico. Na ausência deles, as crianças teriam mais condições de se restabelecer num ambiente mais favorável.

1.2 O QUADRO ATUAL DAS PESQUISAS

Os estudos sobre autismo permanecem crescentes. Várias hipóteses continuam sendo levantadas e o aparente aumento do número de crianças diagnosticadas com autismo preocupa os especialistas. O Ministério da Saúde do Brasil, em documento no ano de 2005, estima que 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais. Desse total, um grande número concentra-se no autismo e na psicose infantil, necessitando de tratamento intensivo (Ministério da Saúde, 2005).

Estudos recentes, como a Pesquisa Multicêntrica de IRDI⁵ – realizada no período 2000-2008 pelo GNP – e os relatórios da OMS (Organização Mundial de Saúde) revelam que os transtornos mentais na infância são muito relevantes, mas recebem pouca atenção das políticas públicas. Tal pesquisa apresenta indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil, enfatizando a importância de sinais de detecção precoce a fim de reduzir a probabilidade de cronificação dos quadros clínicos. A proposta é validar um instrumento com capacidade preditiva dos problemas de desenvolvimento das crianças que auxilie os profissionais da atenção básica infantil a diagnosticar sinais de risco.

De acordo com a reportagem da Revista Época (2007) e do Globo Saúde (2011), especialistas como Paula Balducci de Oliveira, presidente da ONG Autismo & Realidade, e Estevão Vadasz, coordenador do Projeto Autismo no Instituto de Psiquiatria do Hospital das

Spitz descreveu, portanto, o resultado da ausência dos pais e do afeto como fator determinante no desenvolvimento com prognóstico reservado. (Brum & Schermann, 2004, p. 458)

⁵ A Pesquisa de Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil foi desenvolvida a partir de uma leitura freudiana e das vertentes psicanalíticas de Winnicott e Lacan. O IRDI foi desenvolvido pelo GNP (Grupo Nacional de Pesquisa), grupo esse coordenado nacionalmente por Maria Cristina Kupfer, e contou com a participação de especialistas de nove estados brasileiros para construir um protocolo com 31 indicadores do desenvolvimento infantil. (Kupfer et al., 2009)

Clínicas da Universidade da USP, afirmam que o Brasil toma emprestado os números do autismo nos Estados Unidos, onde a doença atinge uma em cada 110 crianças. Vadasz (2007) diz: "*Não há nenhum estudo sério sobre o número de autistas no país [...] Mas suspeita-se que haja 1 milhão de casos ocultos.*"

Eric Fombonne (2003) afirma que o primeiro estudo epidemiológico sobre autismo foi realizado por Lotter em 1966, na Inglaterra. Um projeto realizado pelo pesquisador revisou estudos epidemiológicos de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) com amostra de 32 estudos publicados entre 1966 e 2001. Ele afirma que estudos mais recentes sugerem que a estimativa pode ser tão elevada como 60/10000.

Uma pesquisa piloto feita em 2010 em Atibaia, interior de São Paulo, revelou uma taxa de autismo de 0,3% em jovens de até 20 anos. Assim, seriam necessários uma média de 258 CAPSi no estado. Contudo, segundo o relatório de gestão 2007-2010, publicado pelo Ministério da Saúde em janeiro de 2011, há apenas 30 CAPSi para atender a população paulista. Segundo os pesquisadores, o Sistema Único de Saúde (SUS) está desenhado para atender as crianças autistas, mas na prática as estruturas são insuficientes para um atendimento satisfatório (Fombonne et al. 2011). Fazendo um paralelo entre o estado de São Paulo e Pernambuco, observamos no que concerne ao número de CAPS, que para cada cem mil habitantes o índice é de 0,56 para 0,55, respectivamente. Perfazendo o número total de seis CAPSi no estado de Pernambuco.

Os dados das pesquisas supracitados apontam para uma exacerbação no índice de crianças que são diagnosticadas com autismo, ultrapassando a realidade brasileira e culminando numa questão que aponta para a existência de uma epidemia a nível mundial. O antropólogo americano Grinker (2010) anuncia que as estimativas do Departamento de Educação Americano, por exemplo, mostram um aumento de 544% no diagnóstico do autismo em um período de nove anos. A sociedade Americana de Autismo estima que 1,5 milhão de americanos apresentam algum tipo de autismo, prevendo um aumento para 4 milhões diagnosticados até 2004.

Surgem então vários questionamentos em torno deste significativo crescimento: será que realmente há um aumento no número de casos de autismo ou a adoção de métodos diagnósticos mais rigorosos os tornaram mais visíveis? Sendo assim, por que o autismo estaria sendo diagnosticado com mais frequência? Quais os critérios utilizados nesta identificação? Há questões políticas, econômicas e culturais ligadas a esta "*epidemia*"? O que está sendo feito?

Para alguns autores, como Volnovich (1993), o autismo seria uma criação moderna sem precedentes na história da humanidade. Para o autor, tal mal-estar contemporâneo “*resulta de uma representação social da infância na sociedade moderna marcada por uma reafirmação narcisista e por um ocultamento do sentido da história do sujeito por meio de uma pseudoinformação oferecida pela educação*” (Volnovich apud Kupfer, 1999, p.100).

O antropólogo Grinker (2010), por outro lado, procurou estudar como o autismo era visto em diversos países, analisando-o como um fenômeno global, considerando não apenas a questão biológica, mas discutindo que tal “*grupo de sintomas*” é visto e tratado de forma distinta dependendo da época e do lugar.

Um estudo descritivo e observacional, realizado durante os meses de janeiro a abril de 2010, num CAPSi na Cidade do Recife com o intuito de descrever o perfil socioeconômico, demográfico, a história clínica e o desempenho funcional das crianças com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID), revelou que todas as crianças receberam hipótese diagnóstica de autismo infantil, num universo de doze famílias. Contudo, os pesquisadores acreditam que esses dados não sugerem, necessariamente, uma relação de aumento nos casos, mas um maior reconhecimento entre os profissionais a cerca da doença a partir dos critérios diagnósticos estabelecidos no DSM-IV. (Facundes et al. 2010)

A referência adotada no Brasil para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde, é a CID-10 (Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento). Este manual nosográfico atribui à etiologia do autismo à dimensão biológica. Ele é concebido aí como parte da estrutura psicótica na infância, sendo classificado no subgrupo denominado “*Transtorno Invasivo do Desenvolvimento*”. Este subgrupo é caracterizado por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e na comunicação, apresentando um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado. O autismo, portanto, é definido pela presença de desenvolvimento anormal e/ou comprometimento que se manifesta antes da idade de três anos.

Assim, fica visível que na atualidade continua havendo divergências de pensamentos, o que, acreditamos, nunca deixarão de existir. No entanto, não podemos perder de vista o questionamento acerca não apenas dos critérios utilizados nesses diagnósticos, mas da análise do discurso da ciência e de mundo implicados nesses posicionamentos e suas repercussões na prática clínica. Afinal, a serviço de quem ou do que está o diagnóstico do autismo nos dias atuais?

Alguns estudos buscam caracterizar variáveis neurológicas, psiquiátricas e genéticas para um melhor entendimento e diagnóstico do autismo. O estudo de Costa & Nunesmaia (1998), por exemplo, afirma que embora não haja um marcador biológico que caracterize o autismo, o objetivo é:

[...] confirmar uma associação entre autismo e marcadores do oncogene C, Harvey-ras (HRAS) estudaram o genótipo de um grupo de crianças autistas, bem caracterizadas clínica e geneticamente (n = 55), em comparação com um grupo controle de crianças normais (n = 55). Encontraram diferenças significantes nas frequências alélicas entre as duas populações, de dois marcadores do gene HRAS localizadas no braço curto do cromossomo 11, sugerindo que esta região do DNA no cromossomo 11 confere susceptibilidade para o autismo infantil. O achado faz antever, para um futuro próximo, a utilização de marcadores genéticos na avaliação clínica da doença. (1998, p.25)

Os resultados deste estudo sugerem a hipótese da herança multifatorial, tendo em vista a recorrência familiar e o percentual de consanguinidade entre os pais, já que o perfil genético-familiar mostra uma maior concentração de portadores de distúrbios neuropsiquiátricos do que a população geral.

Os pesquisadores Assumpção⁶ (2000) e Mercadantes⁷ (2005) afirmam que o autismo infantil é um quadro de extrema complexidade e que, apesar dos avanços nas pesquisas, ainda estamos distante de uma compreensão definida sobre o fenômeno. Ambos pautam-se nos referenciais médicos do CID-10 e do DSM-IV como critérios diagnósticos do autismo, defendendo a hipótese da multifatorialidade da etiologia do autismo. Por suporem que o autismo tenha origem em causas inatas, e não adquiridas, defendem um tratamento centrado na redução de sintomas-alvos através de intervenções medicamentosas e comportamentais. Assim, os mapeamentos de marcadores genéticos e comportamentais são de suma importância no desenvolvimento de programas racionais de intervenção (Assumpção et al. 2000; Mercadante et al. 2005).

No estado de Pernambuco, temos como principal referência desta linha teórica o psiquiatra José Marcelino Bandim⁸. Este autor afirma que “*o transtorno autista é um distúrbio neuropsiquiátrico caracterizado por atrasos significativos e anormalidade no desenvolvimento de competências cognitivas, sociais e habilidades de comunicação.*”

⁶ Francisco Assumpção atualmente é professor Associado do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Psiquiatria, atuando principalmente nos seguintes temas: deficiência mental, sexualidade, psiquiatria infantil e autismo.

⁷ Era médico pesquisador da USP, professor da pós-graduação da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP), pesquisador associado da Universidade de Yale (EUA) e foi professor-adjunto da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Com experiência na área de Medicina, com ênfase em Psiquiatria da Infância.

⁸ Professor Assistente departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e psiquiatra da Infância/Adolescência do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Recife PE, Brasil.

(Bandim et al., 2003, p. 181, tradução nossa). Em seu artigo “*Autism and Möbius sequence: an exploratory study of children in northeastern Brazil*”, publicado em 2003, sugere uma associação entre a seqüência de Möbius⁹ e o autismo, associando ao uso de misoprostol¹⁰, droga utilizada para aborto, pelas mães durante a gravidez.

Enquanto esta corrente relaciona o autismo a aspectos neurológicos, psiquiátricos e genéticos, outros estudiosos da Psicanálise, como Kupfer (1999), Jerusalinsky (1993) e Laznik (2004), levam em conta, principalmente, questões de ordem subjetiva e relacional. Segundo Kupfer (1999), para que o bebê saia de sua condição biológica é necessário um Outro que o sustente e o guie na direção do mundo humano, de modo a dirigir-lhes para além de atos reflexos, dando-lhes sentido. Anuncia que:

O autismo não seria nem o efeito de uma falha genética, nem o efeito de “*interações ambientais*” (grifo da autora) entendidas como o faz a psicologia americana, mas uma consequência da falha no estabelecimento da relação com o Outro, quer por que o outro materno não esteve disponível, quer por que falha no bebê a permeabilidade biológica ao significante (Kupfer, 1999, p.99).

Entre os psicanalistas, não há consenso no que concerne a distinção entre autismo e psicose infantil. Ledoux (1989 apud Kupfer, 1999) afirma que há diferenças radicais entre o autismo e outras formas menos severas de psicose. Kupfer (1999) e Jerusalinsky (1993) compartilham deste mesmo posicionamento, defendendo o autismo como uma *quarta estrutura clínica*, além das três clássicas propostas por Lacan: neurose, psicose e perversão.

Esta teoria defendida por Alfredo Jerusalinsky, psicanalista argentino, foi desenvolvida a partir de uma leitura lacaniana, embora coloque o autismo como uma estrutura distinta dentre as pontuadas por Lacan. O autor apoia-se na ideia de que no autismo não há inscrição de sujeito e afirma:

[...] no que se refere à lógica que articula a posição do sujeito a respeito do significante, eu diria que entre psicose e autismo não há nenhuma identidade de estrutura, porque num caso se trata da forclusão e no outro se trata da exclusão.

É evidente que no campo lacaniano não há unanimidade neste ponto, porque há quem considere (segundo a lógica que tome como referente) a exclusão como um

⁹ Seqüência de Möbius é uma condição clínica caracterizada por paralisia uni ou bilateral olho rosto associado a malformações musculares ou ósseas nos membros superiores ou inferiores; os critérios clínicos mais aceitos para caracterizar a seqüência é o envolvimento do VI e VII nervos cranianos. É definida como uma seqüência porque ela representa uma cascata de eventos que ocorrem após um trauma embrião de etiologias variadas. Entre os fatores etiológicos responsáveis pela seqüência de Möbius existem fatores genéticos, lesões ambientais (incluindo as tentativas fracassadas de aborto pelo uso de misoprostol), rupturas de membranas prolongadas e córion amostragem vilum. (Bandim et al., 2003, p.182)

¹⁰ O misoprostol é um éster de metilo de prostaglandina E1, utilizado no tratamento de úlceras gástricas; considera-se um melhor protetor de anticorpos anti-secreção do que as atividades da prostaglandina natural, mas, para além destas atividades farmacológicas, pode também causar contrações uterinas que pode levar a hemorragia vaginal e o aborto. O misoprostol é uma droga de baixo custo, facilmente acessível, que é estável à temperatura ambiente. Estas qualidades fazem dele uma droga muito popular aborto em vários países. (Bandim et al., 2003, p.182)

caso particular da forclusão, mas esse não é o meu ponto de vista. A diferença entre forclusão e exclusão consiste em que, no caso da forclusão se produz uma inscrição do sujeito numa posição tal que esta inscrição não pode ter conseqüências na função significante. No caso da exclusão não há inscrição do sujeito; no lugar onde a inscrição deveria se encontrar, se encontra o Real, ou seja, a ausência de inscrição. Esta diferença radical de estrutura conduz a efeitos clínicos observáveis (Jerusalinsky, 1993, p.63).

No entanto, o autor aponta a importância de um posicionamento teórico e ético fundamentado na pluralidade do ser humano e suas possibilidades de mudança, visto que um diagnóstico na infância não pode ser conclusivo pela natureza provisória das “*estruturas*” psíquicas ou psicopatológicas infantis, afinal esta fase é caracterizada pela não ligação definitiva entre o significante e o ato. Por não se ter produzido a solda entre a inscrição e o Real ainda, é possível um deslocamento dessa inscrição original (Jerusalinsky, 2001).

Marie-Christine Laznik (1991), pesquisadora e psicanalista franco-brasileira, embora tenha uma leitura lacaniana da obra de Freud, possui um posicionamento diferente de Jerusalinsky. Ela não acredita que haja uma *quarta estrutura*, de modo a situar o autista num tempo lógico anterior ao da constituição do espelho. Para ela o autismo é uma falha na constituição do circuito pulsional completo. Por esta razão, a autora não considera que o autista é um sujeito. Desse ponto de vista, o indivíduo é considerado sujeito na medida em que se constitui o circuito pulsional, ou seja, que há a formação de rede entre as inscrições psíquicas. Contudo, segundo o seu raciocínio isto não implica desconsiderar que estamos lidando com uma subjetividade, pois é imprescindível na atuação desta clínica que venhamos a supor a existência de alguém. Ela considera que essa estrutura é capaz de funcionar “*sem que nem por isso haja o mínimo sujeito*” (Lacan apud Laznik, 1991, p.10).

A autora define autismo como “*um defeito de estruturação primeira do aparelho psíquico por conta do fracasso do circuito pulsional, podendo levar à constituição de patologias diversas com déficits gravíssimos que fazem lembrar a oligofrenia*” (Laznik, 2004, p.204). Essa noção de circuito pulsional nasce das formulações de Lacan em torno do conceito de pulsão desenvolvido por Freud em seus estudos sobre a sexualidade, indicando que é “*por aí [o enlaçamento do circuito pulsional] que o sujeito tem que atingir aquilo que é, propriamente falando, a dimensão do Outro.*” (Lacan apud Laznik, 1991, p.43, grifo do autor).

Contudo, em conferência realizada no Recife em 2011¹¹, a autora, assim como outros psicanalistas (David Cohen - Paris, França-, Filippo Muratori - Pisa, Itália-, Kenneth Aitken - Edimburgo, Escócia-), vem desenvolvendo uma abertura em seu posicionamento, trabalhando

¹¹ Conferência realizada na Faculdade Frassinetti do Recife (FAFIRE) no ano de 2011 com o título: “*A clínica do bebê com ‘autismo’ não é a mesma que a do bebê deprimido*”.

em conjunto com neurocientistas, de modo a considerar o conceito de Epigenética¹². Esta concepção inclui o estudo de como os fatores ambientais podem modificar a maneira como os genes são expressos. Isto implica dizer que a herança genética não determina a constituição do autismo, e sim a sua articulação com os fatores ambientais.

Tais mudanças causaram grande perplexidade entre os psicanalistas. Todavia, Laznik (2011) alerta para o fato de não tomarmos posições reducionistas, correndo o risco de nos situarmos num extremo totalmente organicista e colocar a causa do autismo apenas na genética ou, noutro extremo, numa espécie de psicologismo. E assim, permanecem as diferentes posições.

1.3 NOVIDADES NO FRONT ... POLÊMICAS RECENTES SOBRE O AUTISMO

A economia mundial tem acompanhando a crise atual na Europa devido à dificuldade de alguns países europeus em pagar suas dívidas. O Presidente do Banco da Inglaterra, Mervyn King, em outubro de 2011, afirmou que *“A crise da dívida europeia é a crise financeira mais séria desde os anos 1930, se não a mais séria da história”*. O nível de tensão culmina no maior índice de desemprego dos últimos doze anos. Diversas medidas estão sendo tomadas pela União Europeia¹³ (UE) para tentar equilibrar a economia dos países em maior situação crítica, porém encontra dificuldades num consenso entre os países que compõem o grupo. Os países mais ricos da Europa estão tentando obrigar os países endividados a adotarem uma política com impostos mais altos e redução de gastos. Alguns países, dentre eles a França, se recusam a financiar o que é visto como excesso de gastos pelos integrantes em crise econômica.

Em meio a esse contexto socioeconômico, vem sendo travado um grande embate entre psicanalistas e cognitivistas. O Comitê Consultivo Nacional de Ética (CCNE)¹⁴ para as

¹² O termo epigenética refere-se a todas as mudanças reversíveis e herdáveis no genoma funcional que não alteram a seqüência de nucleotídeos do DNA. Inclui o estudo de como os padrões de expressão são passados para os descendentes; como ocorre a mudança de expressão espaço temporal de genes durante a diferenciação de um tipo de célula e como fatores ambientais podem mudar a maneira como os genes são expressos.

¹³ A UE (União Européia) é um bloco econômico, político e social de 27 países europeus que participam de um projeto de integração política e econômica. Os países integrantes são: Alemanha, Áustria, Bélgica, Bulgária, Chipre, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estônia, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Países Baixos (Holanda), Polônia, Portugal, Reino Unido, República Tcheca, Romênia e Suécia. Macedônia, Cróacia e Turquia encontram-se em fase de negociação. Estes países são politicamente democráticos, com um Estado de direito em vigor.

¹⁴ Eles têm a vocação de reunir, além de homens e mulheres de ciência, juristas e filósofos, até mesmo simples cidadãos, capazes de contribuir com uma visão diferenciada no exame do fundamento ético das questões abordadas. Originados a partir dos problemas encontrados no trabalho do pesquisador ou na atividade do médico,

ciências da vida e da saúde foi cobrado durante os últimos anos, por profissionais junto a diversas associações de familiares de pessoas diagnosticadas com autismo, a atender as queixas realizadas em março de 2004 numa carta endereçada ao Conselho Europeu. As queixas, segundo publicação no jornal *Le Monde* em maio de 2005, giram, fundamentalmente, em torno das causas exatas do autismo e quais as abordagens terapêuticas mais adaptadas para atender as pessoas que sofrem desta doença altamente incapacitante que atinge entre 60 e 80 mil pessoas na França.

De acordo com Laurent (2011), psicanalista francês, o parecer de nº 102 da CCNE ocupa-se dessa discussão sobre o autismo, construindo a categoria de síndrome autista como um problema de faculdade cognitiva, situando o método psicanalítico como obsoleto e ultrapassado, acusando a Psicanálise de ser a responsável pela culpabilização dos pais, especialmente às mães, na causa da doença de seus filhos. O autor declara que:

Dizer que a psicanálise culpabiliza as famílias é misturar vários níveis. Não é a psicanálise, mas sua psicologização que leva à culpabilização do defeito dos pais frente ao ideal e uma tipologia de falhas de mães e pais. Por outro lado, a orientação lacaniana proíbe qualquer culpa e tem o compromisso de atualizar as estruturas significantes e libidinais subjacentes psicose e autismo, e os fenômenos que geram sua própria lógica. (Laurent, 2011, p.1, tradução nossa)

Esse delineamento de um perfil materno, caracterizado por uma frieza no estabelecimento dos vínculos afetivos com seus filhos, surgiu na década de 50 nos escritos de Kanner por meio da expressão “*mães geladeiras*”. Kanner acreditava que tais fatores **também** (grifo nosso) compunham a etiologia do autismo. Bettelheim, por sua vez, possuía uma posição bastante radical atribuindo à etiologia do autismo a uma “*falha na função materna*”. Contudo, tais hipóteses foram desconstruídas pelos próprios psicanalistas da época. Kanner, em 1968, criticou tais premissas em torno da etiologia das crianças autistas associada ao tipo de relação que suas mães desenvolviam com seus filhos.

Neste contexto, surgem diversos movimentos, um deles foi o lançamento do filme “*Le Mur*” (“*The Wall*” ou “*O muro*”) em 2011, pela documentarista Sophie Robert, que tem causado grande desconforto entre os psicanalistas franceses. A diretora já foi processada por três psicanalistas, Esthela Solano Suarez, Eric Laurent e Alexandre Stevens, entrevistados no filme. Eles alegam que a documentarista alterou as informações, destituindo o lugar da

os comitês de ética responderam, antes de tudo, a uma finalidade de regulamentação das práticas, principalmente no âmbito da experimentação humana. Frente às dificuldades com as quais as autoridades públicas se depararam para considerar certos problemas sociais, ligados ao desenvolvimento das ciências da vida, foi sugerida a instituição de comitês de “sábios” encarregados de alimentar a reflexão pública e até mesmo, na ausência de uma legislação específica, avaliar regras éticas que seriam submetidas à aprovação do consenso social. A França, que demorou um pouco para implantar comitês locais de ética, inovou criando uma das primeiras instâncias nacionais e permanentes no campo da ética das ciências da vida: o Comitê Consultivo Nacional de Ética das ciências da vida e da saúde (CCNE). (Fieve, p.1)

Psicanálise e fazendo seus resultados parecerem precários e ultrapassados. O documentário constrói todo um discurso em oposição à Psicanálise, reavivando estigmas sociais pejorativos, como o da culpabilização dos pais. Desse modo, o movimento cognitivista recruta os seus mais significativos aliados: os pais das crianças. Laurent (2012, p.2, tradução nossa) denuncia que *“A ficção "The Wall" e suas simplificações polêmicas fazem esquecer a pluralidade de pontos de vista que produzem a complexidade do autismo. É essa pluralidade nos comentários que o panfleto tem causado”*.

No dia oito de março deste mesmo ano, foi publicado oficialmente um relatório, pela Haute Autorité de Santé (HAS)¹⁵, que assinala como boas práticas no tratamento do autismo, as técnicas identificadas em sua atuação como corretas e com menor custo. De acordo com Favereau (2012, apud Perrone 2012, p.2) na página 27 deste relatório, os especialistas do HAS afirmam: *“A falta de dados sobre a eficácia e a divergência de opiniões expressas permitem concluir a não pertinência das intervenções sustentadas em abordagens psicanalíticas e na psicoterapia institucional”*.

Deste modo, o deputado Daniel Fasquelle propõe um projeto de lei que visa proibir o método psicanalítico como acompanhamento para pessoas autistas, em detrimento de métodos educacionais e comportamentais, alegando que a França está atrasada em relação a outros países. A proposta dele é a normatização de políticas públicas, afirmando seu movimento contra o poderoso lobby¹⁶ psicanalítico. (Perrone, 2012)

Em oposição a este discurso, o Partido Comunista Francês denunciou essa campanha que visa proibir a Psicanálise como método de tratamento na saúde mental, alegando o direito de escolha da equipe e do paciente de seu referencial terapêutico. O partido acredita que por trás desse ataque há interesse na normatização do comportamento por meio de métodos pedagógicos associados à medicalização.

No que concerne ao Brasil, este movimento também toma vigor. Em Setembro de 2012, O Governo do Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES), lançou e publicou a Convocação Pública nº 001/2012, Edital de Convocação para Credenciamento de Instituições Especializadas em Atendimento a Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), para Eventual Celebração de Contrato ou

¹⁵ Criada em 2004, a HAS é encarregada de avaliar cientificamente e promover boas práticas e bom uso dos cuidados de saúde. Trata-se de uma entidade independente e composta por um colegiado de oito especialistas entre médicos, funcionários públicos e acadêmicos, cujas recomendações são seguidas com atenção (Perrone, 2012, p.1).

¹⁶ Lobby é o nome que se dá à atividade de pressão de grupos, ostensiva ou velada, com o objetivo de interferir diretamente nas decisões do poder público, em especial do Legislativo, em favor de interesses privados.

Convênio, tendo por objeto a seleção de Instituições especializadas no atendimento a esse público.

O referido edital, desde suas primeiras cláusulas, faz referência ao discurso médico definindo os autistas como *“indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), como especificado pelo Código Internacional de Doenças – CID, em sua Décima versão: F84.0; F84.1; F84.4; F84.5; F84.8;F84.9”*. O edital também define que a abordagem a ser utilizada pelo psicólogo deve ser Cognitivo Comportamental com qualificação técnica nos *“métodos cognitivos comportamentais validados na literatura científica, tais como PECS (Picture Exchange Communication System) – Sistema de Comunicação por figuras); ABA (Applied Behavior Analysis) – Análise do Comportamento Aplicada; TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) – Tratamento e Educação de Crianças Autistas com desvantagem na Comunicação)”*.

Em consequência deste edital, tivemos notícia da tentativa de descredenciamento do Centro de Referência da Infância e da Adolescência (CRIA), que funciona desde 2002, conveniado à Secretaria de Saúde de São Paulo. Este Centro é reconhecido pelo atendimento a indivíduos em situação de grave sofrimento psíquico, bem como campo de pesquisa e formação de profissionais. O argumento utilizado é pelo fato da *“abordagem ser essencialmente psicanalítica, fugindo um pouco do mainstream da psiquiatria atual”*. Porém, dada a solidariedade e resistência de muitos profissionais e instituições, foi possível a manutenção do referido centro.

Este movimento está se disseminando e recrutando novos parceiros no Brasil. Recentemente, na cidade do Recife, na 16ª Jornada Regional de Autismo e 1ª Jornada Nacional de Autismo¹⁷ ocorrida nos dias 22, 23 e 24 de Novembro de 2012, Maria Ângela Lira, presidente da AFETO¹⁸, anunciou que em Recife dormia um monstro do conhecimento e que havia convidado os palestrantes para acordá-lo, pois, em sua opinião, na cidade não se encontra tratamento adequado para crianças com autismo.

Alguns palestrantes, como Deusina Cruz e a representante da ABRA, Marisa Silva, defendem que o autismo não deve fazer parte do âmbito da Saúde Mental, pois acreditam que o autismo não é uma enfermidade, não sendo, portanto, uma doença mental. Maria Elisa

¹⁷ A Jornada foi apoiada pela Associação Brasileira de Autismo (ABRA), organização que representa todas as Associações ligadas ao Autismo no país, e a Associação de Amigo do Autista (AMA-SP), instituição que é referência na América Latina em tratamento do autista.

¹⁸ A AFETO é uma associação sem fins lucrativos, composta por pais e parentes de pessoas com diagnóstico de autismo. A associação surgiu pela necessidade de dar um tratamento adequado as pessoas que são portadoras da síndrome do Autismo, as quais possuem uma grande demanda por acompanhamento especializado para que consiga de alguma forma um grau de inserção na sociedade.

Granchi Fonseca, por sua vez, acrescenta que o transtorno autista é inato e se caracteriza por falhas no desenvolvimento de funções típicas da espécie humana. Ela defende que os indivíduos acometidos pelo autismo perdem características humanas, sendo um transtorno incurável, mas tratável por meio de substituição de comportamentos. Esses pensamentos nos fazem questionar: *“com que propriedade se afirma que um indivíduo perde características humanas? O que estão querendo dizer com esse tipo de assertiva?”*.

Thomas Higbee¹⁹, pesquisador americano e umas das principais atrações deste evento, apesar de reconhecer que o autismo não possui ainda comprovação científica em torno de sua causa, sugere que os sinais e sintomas podem ser combatidos através do uso de medicação e de técnicas para o ensino de discriminações condicionais, e estudos mais complexos sobre fenômenos comportamentais como ressurgência, resistência à extinção.

De um modo geral, a maioria dos palestrantes defendeu que os tratamentos indicados para crianças autistas são aqueles que treinam condutas adequadas, como o TEACCH, APA e PECS. A Psicanálise, por sua vez, é contraindicada, de modo que Marisa Silva lança a seguinte questão: *“Eles vão analisar o que num autista comprometido?”(sic)*.

Este tipo de afirmação traduz uma falta de conhecimento em torno das intervenções psicanalíticas com crianças diagnosticadas com autismo. O papel do terapeuta, nesses casos, não é o da *“análise freudiana”*, mas na realização de uma provisão ambiental adaptativa as necessidades do indivíduo. Neste sentido, observamos a disseminação de um discurso que visa limitar as abordagens terapêuticas, legitimando uma única abordagem como adequada no tratamento de indivíduos em grave sofrimento psíquico. É imprescindível compreendermos que não se trata de autenticar uma abordagem como a mais adequada, mas reconhecer os diferentes modos de conceber o mundo e o ser humano. Estamos sob uma verdadeira *“ditadura”* daquilo que é posto como ciência, de modo que os discursos que não convergem com a visão médica são aniquilados e destituídos de seus lugares. Segundo Perronne (2012):

O que se apresenta é um novo momento do capitalismo no qual somos conduzidos pela mão invisível da normalização. A nova forma jurídico-discursiva do poder aspira acabar com o inconsciente com um decreto. A insistência na norma e na racionalidade econômica justifica a censura e a proibição da má prática psicanalítica. O novo ethos é nacionalista, impregnado por um programa moral que se serve para criar uma regulamentação empresarial da vida. (Perronne, 2012, p. 101)

¹⁹ Thomas S. Higbee é Professor Associado no Departamento de Educação Especial e Reabilitação na Utah State University. Diretor dos Serviços de Suporte Autismo: Educação, Pesquisa e Formação (ASSERT) do programa, um programa de intervenção comportamental intensiva e precoce para criança com autismo que ele fundou em 2003. Possui doutorado Board Certified Behavior Analyst (BCBA-D) e publicou pesquisas e apresentações em conferências estaduais e nacionais sobre temas relacionados a avaliação comportamental e estratégias de intervenção para indivíduos com autismo e outras deficiências do desenvolvimento. Atualmente é Editor Associado do Journal of Applied Behavior Analysis (JABA) e serviu no conselho de editores da Análise do Comportamento na Prática e JABA.

Tais acontecimentos ocorridos na França e no Brasil parecem anunciar implicações políticas e econômicas preocupantes diante dessas polêmicas instaladas em torno do tratamento do autismo, tendo em vista o interesse nos altos custos a serem liberados para que estes métodos comportamentais e medicamentosos sejam efetivados. Afinal, qual seria o interesse da indústria farmacêutica na cura do autismo ou na fabricação de drogas para o autismo?

A diagnóstica e o conceito de cura defendido pelos cognitivistas anunciam configurações discursivas fomentadas na lógica reducionista dos manuais psiquiátricos (DSM-IV e CID-10) que tomam como critérios diagnósticos uma lista de comportamentos observáveis identificados em sintomas clínicos. Esta visão baseada essencialmente na farmacologia e nos tratamentos de abordagem cognitiva comportamental visa suprimir ou ajustar comportamentos indesejáveis em busca de normatividade. Sibenberg (2011, p.94) alerta que *“um sistema nosológico não constitui um puro reflexo real dos fenômenos ali catalogados. Ele é a tentativa de circunscrever esse real, nomeá-lo e ordená-lo dentro de uma lógica”*.

Esta perspectiva de regularização parece convergir com a afirmação de Miller (1999) de que a saúde mental não tem outra definição senão a da ordem pública. O autor alerta que *“os trabalhadores de saúde mental se reconhecem próximos aos da polícia e aos da justiça, que são trabalhadores também. E essa proximidade os ofusca, tratam de alinhar-se em outro lado, mas isso é também uma confissão”* (Miller, 1999, p.15). Deste modo, o autor faz um contraponto entre o conceito de saúde mental e o ponto de vista psicanalítico:

Creio, então, que, nesse ponto, já podemos tomar uma posição unívoca a respeito da relação da psicanálise e a saúde mental: o psicanalista, como tal, não é um trabalhador da saúde mental e talvez seja esse, precisamente, o segredo da psicanálise. Apesar do que se possa pensar e dizer para justificar esse papel, em termos de utilidade social, o segredo da psicanálise é que não se trata de saúde mental. O psicanalista não pode prometer, não pode dar a saúde mental. Só pode dar saúde: saudar o paciente que vem ao consultório. Ademais, quando funciona bem, é ele que fica ali, encerrado como se retirasse a si mesmo de circulação. (Miller, 1999, p.16)

Estes fragmentos abrem um leque para articulação dos discursos e do poder, apontando para o que Foucault chamava de *“domesticação dos corpos”*, ou seja, normatização do viver humano. De acordo com Perroni (2012, p.3) *“O ódio à Psicanálise tem relação com o fato dela não ser uma palavra vã [...] A genealogia da Psicanálise abala as certezas e os dogmatismos e relança infinitamente o trabalho indefinido da liberdade”*. Como anuncia Laurent (1999, p.9):

Os analistas têm que passar da posição de analista como especialista da desidentificação à de analista cidadão. Os analistas precisam entender que há uma comunidade de interesses entre o discurso analítico e a democracia, mas entendê-lo de verdade! Há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação; Nesse sentido, o analista, mais que um lugar vazio, é o que ajuda a civilização a respeitar a articulação entre normas e particularidades individuais. O analista, mais além das paixões narcísicas das diferenças, tem que ajudar, mas com os outros, sem pensar que é o único que está nessa posição. Assim, com os outros, há de ajudar a impedir que, em nome da universalidade ou de qualquer universal, seja humanista ou anti-humanista, esqueça-se a particularidade de cada um. Esta particularidade é esquecida no Exército, no Partido, na Igreja, na Sociedade analítica, na saúde mental, em todas as partes. É preciso recordar que não há que se tirar de alguém sua particularidade para misturá-lo com todos no universal, por algum humanitarismo ou por qualquer outro motivo.

A Psicanálise não deve se posicionar nesse lugar de contra-ataque, na luta contra a hegemonia do tratamento da criança autista, mas como uma resistência radical diante desse movimento que visa à massificação da vida.

2 O Conceito de Diagnóstico

“A impossibilidade do acontecer humano, pelo excesso de claridade ou escuridão, leva o indivíduo a um sofrimento sem entorno e, portanto, enlouquecedor. Temos, então, uma situação em que o sofrimento sem espaço e sem tempo emerge pelo esgarçamento da própria condição humana. Não se trata simplesmente de um “problema psíquico” ou de “um conflito pulsional”, mas de algo que se refere à ontologia do existir humano”.
(Safra, 2004, p. 26)

Para refletirmos sobre o modo como é pensado e realizado o processo diagnóstico do autismo infantil, considerando os critérios que são utilizados, sua transmissão e as possíveis repercussões na dinâmica familiar, faz-se imprescindível compreendermos o conceito de diagnóstico usado. Nesse sentido, faremos uma breve introdução etiológica sobre o tema a partir da clínica moderna no final do século XVIII, visto que até os dias atuais observamos forte influência da clínica clássica na atuação dos profissionais de saúde. Por meio desse recorte histórico poderemos analisar os distintos conceitos de diagnóstico clínico na história dos cenários sociais.

Em seguida, partindo do princípio que todo processo diagnóstico realizado em qualquer instituição traz naturalmente sua visão de homem, visão de mundo e de saúde/doença, posto que as semiologias, a diagnóstica e a terapêutica estão fundadas, de algum modo, nestes aspectos, faremos uma breve discussão sobre a implementação da Reforma Psiquiátrica no Sistema Único de Saúde (SUS) e a atual visão dos manuais psiquiátricos utilizados como referência nos CAPSi.

2.1 ALGUNS SENTIDOS DO DIAGNÓSTICO

A palavra “*diagnóstico*” tem origem na palavra grega *diagnōstikós* ([*dia* = "através de, durante, por meio de"] + [*gnosticu* = "alusivo ao conhecimento de"]), que significa discernimento, faculdade de conhecer, de ver através de. O conceito de diagnóstico surgiu a partir da necessidade do homem de analisar determinado fenômeno ou realidade, por meio de um conjunto de procedimentos teóricos, técnicos e metodológicos. O termo foi incorporado aos discursos e às práticas profissionais de diferentes áreas de conhecimento: humanas, saúde, exatas, sendo uma ferramenta imprescindível dentro de cada especificidade.

Na área de saúde, tal termo foi tradicionalmente usado na Medicina, em que o ato de clinicar tinha o sentido da classificação e ordenação da nosografia de uma doença a fim de indicar um procedimento prognóstico e tratamento da enfermidade. Assim, as práticas de diagnóstico, no decorrer da história, foram baseadas na construção da compreensão de saúde e doença. Segundo Foucault (1970), o diagnóstico é utilizado como um dispositivo de poder para produzir práticas discursivas, enunciados e representações, afirmando que :

[...] em toda a sociedade a produção do discurso é simultaneamente controlada, seleccionada, organizada e redistribuída por um certo número de procedimentos que têm por papel exorcizar-lhe os poderes e os perigos, refrear-lhe o acontecimento aleatório, disfarçar a sua pesada, temível materialidade. (Foucault, 1970, p.2)

A clínica clássica, de acordo com Dunker (2001), emerge no século XVIII articulada a uma construção e espécie de linguagem baseada numa gramática que se divide em aspectos morfológicos e fisiológicos, tendo na raiz do seu projeto clínico (1) a semiologia, (2) a diagnóstica, (3) uma teoria da causalidade ou concepção etiológica e (4) a terapêutica.

Essa perspectiva entende por (1) *semiologia* o estudo da descrição dos sinais e sintomas com ênfase na localização anatomoclínica, de modo que o corpo é pensado a partir dos seus órgãos e tecidos. Assim, havia uma correlação entre alterações apresentadas no organismo, como, por exemplo, a coloração da pele e os signos (sintomas) apresentados e relatados pelo doente. Dunker (2001, p.89) afirma que “*o clínico neste sentido ouve o paciente, mas não o escuta. Ouve na medida em que as informações que lhe transmite possam ser cotejadas com um referente fenômeno*”.

A subjetividade do avaliador e do avaliado, por conseguinte, são instrumentos de medida que relativizavam a precisão da avaliação. Assim, o papel do clínico é suprimir quaisquer dados que impliquem na expressão da singularidade do enfermo. O dito doente toma lugar de objeto a ser estudado, de modo que seu discurso sobre si mesmo tem validade na medida em que responde ou não a um quadro patológico. Deste ponto de vista, a (2) *diagnóstica* decorre de um processo de indução, ou seja, da transposição do particular para o geral, através de um procedimento de exame clínico e/ou anamnese da doença.

Por meio de tais dispositivos o clínico constrói uma (3) *teoria da causalidade ou concepção etiológica*, apoiada na correlação linear entre causa e feito. O pensamento ocidental do século XVIII estabeleceu firmemente uma visão mecanicista, de modo que a física tornou-se a base de todas as ciências, dominada pelo *cogito* cartesiano e a teoria newtoniana. Descarte baseou toda sua concepção de natureza na segmentação fundamental entre dois domínios separados: *res cogitans* (mente) e *res extensa* (matéria), que impeliu os

médicos a enfatizarem o organismo dos seus pacientes, enquanto os chamados psicoterapeutas lidavam com a dimensão psicológica. (Capra, 2000)

A parte final de todo esse processo culmina na (4) *terapêutica*, ou seja, na prática de meios adequados para curar os doentes. O objetivo fundamental é curar a doença, o que leva ao questionamento de compreensão científica de cura, normalidade e patologia da época. Sabemos que as concepções a respeito da loucura datam desde a antiguidade, porém a partir do movimento iluminista europeu é que as investigações e a medicalização em torno da loucura se intensificam.

A Psiquiatria, enquanto disciplina específica, surge da necessidade de se pensar a loucura para além de sua localização orgânica, tendo em vista que alguns pacientes não apresentavam alterações morfológicas. A medicina passa então a conceber o invisível, ou seja, o sofrimento que não podia ser localizado em um órgão ou tecido. Segundo Pessotti (1994), a obra de Pinel intitulada o *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*, publicada em 1801 vem inaugurar esta especialidade médica.

Contudo, foi em 1792 que Pinel trouxe mudanças significativas à medicina, ordenando que os pacientes fossem desacorrentados e abrigados em alojamento arejados. Não obstante, sua prática diagnóstica era baseada em comprometimentos ou lesão fundamental do intelecto e consistia na classificação dos comportamentos, por meio da observação minuciosa da conduta dos doentes. Segundo Amarante (apud Jorge, 1997, p.117)

[...] Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. [...] Dessa forma, o gesto de Pinel ao liberar os loucos das correntes, não possibilita sua inscrição em espaço de liberdade, mas, pelo contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental.

O século XIX, por sua vez, foi marcado por distintas formas de conceber o cosmos da loucura, gerando a automatização de diversas especialidades clínicas que estabeleciam específicos princípios constitutivos da mesma. Desse modo, observamos uma mudança da ênfase na anatomopatologia, que interrogava o mais profundo do organismo, para a neurologia que, por conseguinte, delineava uma descrição da superfície. (Caponi, 2009)

Os clínicos Kraepelin, Charcot e Esquirol, foram os maiores representantes desta semiologia baseada no olhar impressionista, sendo comum encontrar uma iconografia do alienismo através de desenhos e fotografia. Paralelamente, o discurso do doente era associado à existência de um achado orgânico por meio de uma descrição minuciosa da superfície do organismo. (Dunker, 2001)

Observamos a tentativa de objetivar e deduzir os possíveis desvios no diagnóstico, distinto do movimento que ocorria na Clínica Clássica que, por sua vez, pretende anular qualquer subjetividade ou possibilidade de variável. Surge então a Psicopatologia Geral, fundada em 1913 por Karl Jasper, na tentativa de sistematizar as doenças mentais, constituindo uma matriz utilizada até os dias atuais pelos manuais médicos.

Contudo, este método defendido por Charcot composto de uma diagnóstica que enfatiza o corpo neurológico e as estratégias descritivas não foi o bastante para explicar as doenças mentais. Assim, novas formas de acessar o invisível foram utilizadas. Segundo Foucault (apud Caponi, 2009) *“o fracasso desta tentativa de Charcot, o fato de que o corpo neurológico fuja da psiquiatria como também foge o corpo anatopatológico, limitará o saber psiquiátrico a três instrumentos de poder”*, que são classificados em: os interrogatórios, a hipnose e as drogas.

Neste período, o lugar ocupado pela anamnese na medicina clínica desempenha uma função disciplinar, pois já que não há um substrato orgânico da doença é preciso dissecar a história do doente a fim de encontrar eventos patológicos. Provoca-se a confirmação da loucura por meio do enunciado de confissões que reconheçam o doente enquanto louco.

O uso de drogas medicamentosas, por essa ótica, tinha o objetivo de garantir a harmonia da ordem social por meio da domesticação dos corpos. Era preciso medicalizar a loucura em nome da segurança do doente e dos familiares, estabelecendo um poder terapêutico e uma moralização. De acordo com Foucault (apud Caponi, 2009, p.100):

Todas as técnicas ou procedimentos postos em ato nos asilos do século XIX: isolamento, interrogatório público ou privado, tratamentos punitivos como a ducha, as obrigações morais, a disciplina rigorosa, o trabalho obrigatório, as recompensas, as relações de preferência entre certos médicos e certos doentes, as relações de posse, de subordinação, de vassalagem, de domesticação, de servidão do doente ao médico, tudo isso tinha por função fazer do personagem médico o mestre da loucura: aquele que a faz aparecer em sua verdade (que explicita o que estava escondido e silencioso), aquele que a domina, a apazigua e a absorve depois de havê-la sabiamente desencadeado.

No âmbito da Psicologia, os testes psicológicos seguiam a mesma lógica estratégica de dominação dos corpos por meio de classificação e diferenciação de normalidade-anormalidade, por meio da quantificação de coeficiente de inteligência em prol de assegurar o bem estar e a qualidade da educação. A razão, portanto, se torna uma figura de poder e passa a funcionar também como mecanismo de exclusão. A Psicologia tenta enquadrar as doenças mentais nos parâmetros da Medicina, favorecendo a redução do indivíduo em partes, dissociando-o de si mesmo. Segundo Foucault (1987, p.215):

Cercado de todas as suas técnicas documentárias, faz de cada indivíduo um “caso”: um caso que [...] é o indivíduo tal como pode ser descrito, mensurado, medido, comparado a outros e isso em sua própria individualidade; e é também o indivíduo que tem que ser treinado e retreinado, tem que ser classificado, normatizado, excluído, etc.

De acordo com o autor é essencial levar em consideração a totalidade do ser humano, suas dimensões orgânica e psíquica, assim como possibilitar ao homem conhecer a si mesmo, encontrando-se com a sua loucura, que seria também uma de suas verdades. Defende que *“A psicologia é somente uma fina película na superfície do mundo ético no qual o homem moderno busca sua verdade e se perde”*.

Por meio de sua experiência junto a Charcot, Freud na medida em que substitui o método da hipnose pela associação livre opera um corte nestas ideias. De acordo com Dunker (2001, p. 97) *“não se trata mais aqui de olhar, mas de escutar. O uso de divã é um exemplo da radicalidade desta diferença. De modo artificial corta-se, evita-se, põe-se de lado, a atenção dirigida pelo olhar, como que para substituí-lo pela escuta”*.

A Psicanálise nasce como um novo projeto clínico baseado no ato de escutar. Freud abandona o modelo de chave fixa proposto pelo sistema da clínica clássica, baseado na indução, propondo uma ênfase no caráter singular dos indivíduos. Segundo Dunker (2001), o paciente assume a posição de sujeito e não mais de objeto, sendo destinatário de sua mensagem. Neste caso, o diagnóstico toma um caráter singular, articulando a terapêutica e a concepção etiológica de modo homogêneo. A terapêutica psicanalítica não depende simplesmente do manejo de uma técnica como, por exemplo, a extração de um determinado tecido, mas está associada ao desejo do analista e do analisante que será regulado pela ética por excelência. Consoante com Dunker (2001, p.103):

O que o corte, a subversão e a ressignificação representada pelo surgimento da clínica psicanalítica mostram é que sua semiologia, constituída pela fala do paciente, sua diagnóstica, na transferência, sua concepção etiológica, baseada no inconsciente e sua terapêutica, fundada na escuta analítica, constitui um conjunto covariante e homogêneo do ponto de vista epistemológico e ético.

Neste sentido, a Psicopatologia Geral e a Psicanálise assumem espaços semânticos distintos. A compreensão sobre o mundo e o modo de ver o ser humano é ressignificada, consagrando uma nova semiologia da vida. Esta última aborda o sofrimento humano por meio de uma escuta da transferência, concebendo as perturbações psíquicas para além de processos neurobiológicos. Portanto, considera os aspectos do inconsciente e as vicissitudes da função simbólica, desvinculando-se do posicionamento de categorizar os indivíduos, de modo a classificá-los em *“normais”* e *“loucos”*, colocando tais conceitos em questão, a fim de considerar sua constituição no entorno social, econômico e histórico.

Nesse enredo vem se instaurar a investigação da Psicopatologia Fundamental, fundada por Pierre Fedida em meados dos anos oitenta, que apesar de não ignorar as ricas e tradicionais contribuições da Psiquiatria, pretende resgatar a dimensão passional, subjetiva e singular contida no *pathos* do existir psíquico. Nesta perspectiva, *pathos* é aquilo do qual o ser humano sofre na ordem do excesso, da desmesura, como também na dimensão da “*passividade*” e “*paixão*”. Trata-se de uma posição clínica que reconhece a existência de múltiplas posições corporais-discursivas e se dispõe sempre a escutar um sujeito que porta um discurso, que narra o sofrimento, as paixões, a passividade que brota de sua experiência (Berlink, 2000).

Segundo Ceccarelli (2003), a proposta central da Psicopatologia Fundamental do respeito à singularidade do *pathos* constitui uma forma de conceber a questão da cidadania. Deste modo, para discutirmos a respeito do diagnóstico de autismo é preciso compreender em que contexto foi instaurada a atual proposta de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 A PERSPECTIVA DE SAÚDE MENTAL NO SUS

O conceito daquilo que é tido como “*loucura*” diz respeito a uma construção social que produz um lugar para o “*louco*” em seu tempo histórico. A história da loucura da clínica moderna é fundada na representação de alienação e, posteriormente, do que chamamos de saúde mental. Em meio a uma noção de sujeito baseado em um pensamento mecanicista, fundado nos princípios da causalidade surge a institucionalização como instrumento de cura.

A noção de sujeito, constituída a partir das ideias do cartesianismo, liberalismo, Revolução Francesa, iluminismo e das ciências humanas, é da nova experiência de homem ligada à interioridade, ao individualismo. O exercício do poder não é mais centralizado apenas no Estado, mas em práticas, instituições e saberes. O sistema capitalista demanda indivíduos que produzam subjetividades que façam funcionar o novo pacto social. Nesta perspectiva, a alienação tem sinônimo de erro, fazendo parte de uma natureza estranha à razão e que, portanto, incapacita o sujeito de partilhar da normatização sociocultural (Amarante & Torre, 2001).

O indivíduo tido como louco e, conseqüentemente, alienado do seu juízo, era isolado em instituições com intuito de um tratamento terapêutico. Os sujeitos não eram mais confinados com o intuito de proteger a sociedade, mas para afastar os fatores causadores da

alienação. O método científico desta época consistia em isolar o “doente” a fim de controlar as possíveis variáveis que agravavam o quadro psicopatológico, de modo a conhecer sua “loucura”. Assim, era possível classificar, enquadrar os indivíduos e desenvolver seu tratamento de cura ou disciplinarização da vida.

Este paradigma científico clássico entra em crise com o surgimento de novas ideias no campo das ciências exatas e humanas, como já apontamos anteriormente. A doença deixa de ser pensada sob um ponto de vista naturalista e passa a ser concebida como uma construção sociocultural e política. Segundo Amarante & Torre (2001, p.78):

A clínica, nesse sentido, não é executada pelo especialista, pois a análise se produz sem se centrar em um sujeito que a realize, nem como uma interpretação ou revelação do oculto; a análise se produz em um campo de forças, seja num grupo, numa relação psicoterapêutica, nas relações do hospital, da fábrica, da escola, do hospício, em espaços os mais distintos. Clínica torna-se uma relação estratégica nos espaços sociais, e não o ato médico ou psicoterapêutico do espaço do consultório. Pode se exercer em diferentes pontos, heterogêneos, do campo social.

A institucionalização do atual SUS surge no contexto de movimentos em prol da reformulação de uma nova clínica, da redemocratização do país em busca da igualdade no acesso aos serviços públicos de saúde, como o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), em meados dos anos 1970. A principal bandeira do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil foi desinstitucionalizar os doentes mentais, mudar os modelos assistenciais e as ações corporativas centrada nos manicômios e suas práticas. (Campos & Furtado, 2005)

A implementação da Reforma Psiquiátrica, promulgada pela lei 10.216/2001, busca promover uma mudança de ordem político-social, ética, ideológica e clínica no tratamento da doença mental. Sua principal crítica é ao cárcere psiquiátrico, através do aprisionamento e exclusão dos doentes mentais do ambiente social. Deste modo, visa eliminar o sistema de internação como modo de exclusão social por meio da substituição de uma rede de serviços sociais de atenção psicossocial. Segundo Campos & Furtado (2005, p.111), “*não basta fechar o manicômio, é preciso haver pessoas e equipamentos sociais e de saúde para acolher e acompanhar os egressos de longas internações bem como os novos pacientes da comunidade*”.

Os CAPS constituem um dos principais equipamentos substitutivos na estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica. Sua característica principal é acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, de modo a apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo atendimento médico e psicológico (Ministério da Saúde, 2004).

Nessa perspectiva, a Reforma Psiquiátrica representa muito mais que uma mudança na política pública em saúde mental, anunciando uma transformação no conceito de doença e saúde, fundando uma clínica que prioriza a ética do cuidado, instaurando uma nova postura ética, clínica, política e social. Tais transformações não acontecem do dia para a noite, visto que demandam estratégias que viabilizem uma mudança de paradigma e, portanto, desconstrução da cultura manicomial.

Contudo, observamos significativas discordâncias na experimentação dessas transformações. Uma delas é a utilização do próprio termo “*Saúde Mental*” que, segundo Campos & Furtado (2005), situa-se sob a égide da psiquiatria. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que não existe definição “*oficial*” de Saúde Mental. Porém, sendo o termo utilizado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. O psicanalista Zeferino Rocha (2012) alerta que a palavra “*Mental*” refere-se apenas a um elemento do aparelho psíquico, visto que “*o psíquico é mental, mas que nem todo mental é psíquico*” (Rocha, 2012). Corremos um sério perigo neste posicionamento reducionista, carecemos de um conceito de saúde que leve em conta as nuances dos vários saberes que compõe a natureza da equipe multidisciplinar.

Outro ponto relevante é a exigência burocrática da utilização dos manuais psiquiátricos (CID-10 e o DSM-IV) nos diagnósticos no serviço público. No Brasil, o instrumento oficialmente utilizado é o CID-10, instituído por meio de uma portaria do Ministério da Saúde que entrou em vigor em 1º de janeiro de 1996. O discurso logrado em tais guias propõe uma classificação de transtornos mentais pautada em critérios clínicos observáveis no comportamento dos indivíduos por meio do levantamento de sinais e sintomas. Sua diagnóstica defende a medicalização e exercícios comportamentais de reeducação a fim de suprimir e aliviar sintomas indesejáveis.

Observamos que ainda encontramos resíduos do modelo de massificação pautados em ideias manicomiais, por meio da utilização de procedimentos rígidos e classificatórios, assim como atendimentos que burocratizam as necessidades humanas e coletivizam suas abordagens. Para Sibemberg (2011, p. 98):

Quando o DSM IV se propõe como guia para o estudo da psicopatologia já antecipa a impossibilidade de formação de clínicos e pesquisadores que levem em conta um pensar complexo sobre as relações recíprocas entre os três tempos de sintomas que servem de referência para o diagnóstico dos transtornos invasivos. O sistema multiaxial não possibilita a construção de intersecções entre os diferentes eixos diagnósticos. Eles são estabelecidos como linhas paralelas, não se tocam. A modalidade de intervenção clínica segue o mesmo princípio. Quando o tratamento ocorre em equipes multiprofissionais, as intervenções clínicas e educativas ocorrem também de forma isolada e fragmentada, sem articulações dos afazeres com a

criança em questão. A psicopatologia do DSM-IV não possibilita práticas interdisciplinares.

Partindo do princípio de que o conceito atual de saúde-doença leva em conta a noção de um sujeito fundada na subjetividade e, portanto, na singularidade, questionamos essa prática baseada no tratamento de sintomas, e não de sujeitos. Portanto, observamos que tais práticas produzem lacunas no discurso da Reforma Psiquiátrica, revertendo em complicadores na clínica da Saúde Mental. Segundo Amarante & Torre (2001, p.80):

Nesse sentido, o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo. Isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica. No lugar do diagnóstico, a tomada de responsabilidade (Dell'Acqua, 1992) e a quebra da hierarquia. Se a clínica se sustenta no conceito de doença que, por sua vez, é o fundamento do poder-saber médico-psiquiátrico, o colocar esse conceito em questão equivale a fazer funcionar o que poderíamos denominar de “dispositivo da complexidade”, isto é, a desconstrução da clínica (na qualidade de clínica psiquiátrica).

Nesse sentido, Campos & Furtado (2005) sugere que não há uma única possibilidade frente a essa transposição dos princípios da Reforma Psiquiátrica para o âmbito da prática clínica, sendo importante não perdemos de vista a política da gestão. Os autores interrogam como é possível interagir com essa verticalidade que atravessa as diversas instâncias que constituem o SUS? Como estar na rede sem se enredar na armadilha do instituído?

As atuais polêmicas em torno do tratamento mais adequado para o autismo e a eminência de mudanças significativas na quinta versão do DSM, a ser publicada em maio de 2013, incitam grandes discussões em torno da construção da clínica atual. A edição da revista *Mente & Cérebro* de Janeiro de 2013 nos intriga com a seguinte discussão: “*you are normal?*”, o que nos leva a pensar, portanto, na indagação de Silvana Rabello (2013): “*Se um diagnóstico constrói uma criança, que crianças nossa sociedade atual vem construindo?*”.

Embora o recorte de nossa pesquisa parta da realidade de uma unidade do Sistema Público de Saúde na Região Metropolitana do Recife, não podemos perder de vista que estes questionamentos e lacunas não se restringem as instituições públicas de saúde, mas a saúde de um modo geral. Afinal, estamos falando da construção de uma clínica que se circunscreve num período histórico, político e social. Segundo Amarante & Torre (2001, p.76):

A abordagem contemporânea sobre a loucura se inspira, em grande parte, na análise histórica da sociedade e das formas de saber-poder da modernidade, tendo

como ponto de partida, portanto, a noção de produção histórica, que tem sido muito cara às ciências sociais e humanas das últimas décadas, pretendendo um enfoque crítico ao seu fazer ciência. Pensarem produção histórica de saberes, instituições, objetos de conhecimento, formas de sociabilidade, de trabalho, de sensibilidade, de comunicação, de subjetividade, remete a uma mesma operação metodológica na produção de conhecimento: não considerar as coisas e eventos como naturais e acabadas, buscar a compreensão de um momento histórico-social para entender a emergência de novos olhares e práticas sobre o homem, e considerar o próprio homem como uma invenção. A necessidade de historicizar os objetos torna-se função de todos aqueles que buscam analisar o homem e a sociedade contemporânea, e vem sendo a convergência de grande parte do debate atual.

Esses debates convocam, nós, atores sociais, a subverter os serviços de saúde mental, sejam eles vinculados à rede pública ou particular de saúde. Afinal, os consultórios particulares não estão longe ou distantes dessa realidade, desse enredamento diante das normas e dos discursos que regem a prática clínica. Segundo Dunker (2013, p.15), *“erigir normas como se fossem regras para juizado de pequenas causas, generalizando interesses particulares de um grupo, por conveniência administrativa, é praticar a extorsão em nome da saúde”*.

3 Reflexões winnicottianas

“Em outras palavras, o que estou tentando transmitir é que está doença do autismo não existe, e que este é um termo clínico que descreve os extremos menos comuns de um fenômeno universal”.
(Winnicott, 1997d, p.185)

Diante das maneiras distintas de olhar para essas crianças que apresentam sofrimento psíquico na primeira infância, é imprescindível delinear de qual lugar estamos falando, ou seja, o referencial com o qual nos identificamos. Embora Winnicott não tenha uma teoria sobre o autismo, e não seja nossa proposta uma discussão de sua etiologia, sua teoria serve como baliza teórica para compreendermos o diagnóstico clínico do autismo. Não pretendemos realizar um debate amplo a respeito de suas formulações, mas refletir sobre a complexidade de suas contribuições acerca da saúde psíquica e do processo de amadurecimento da criança, de modo a problematizar suas considerações sobre o autismo.

3.1 VISÃO DO AMADURECIMENTO HUMANO

Donald Winnicott, Pediatra e Psicanalista Inglês, revolucionou alguns paradigmas impostos pela ciência da época. Enquanto a psicanálise clássica primava por um método científico único, o autor propunha um estudo da natureza humana, num processo caracterizado pela observação dos fatos, pela criação da teoria e experimentação desta, e pela modificação da teoria de acordo com a descoberta de novos fatos. O autor defendia que as lacunas encontradas devem ser apontadas como possibilidade para novos estudos, como um estímulo para novas pesquisas, considerando que:

[...] numa ciência a verdade total nunca é atingida. O que é importante na ciência é a construção de um caminho satisfatório para a verdade. É por isso que a formação científica é tão importante para todas as pessoas; isso permite que vocês e eu testemos satisfatoriamente os nossos pequenos fragmentos do mundo. (Winnicott, 1997a, p.32)

A maneira como ele concebia o mundo e o homem subverteu o discurso científico mecanicista, convidando-nos a um posicionamento questionador e criativo. Sob seu ponto de vista, nunca se aprende nada completo e acabado, o conhecimento é um vir-a-ser, está sempre sendo enriquecido com as diversas visões dos fenômenos. O trabalho clínico, nessa

perspectiva, não deve ser determinado por uma técnica que funcione como chave mestra, mas conduzido conforme a demanda e a natureza psíquica do paciente. Winnicott (1983a, p.154) explica:

O fato essencial é que baseio meu trabalho no diagnóstico. Continuo a elaborar um diagnóstico na continuidade do tratamento, um diagnóstico individual e outro social, e trabalho de acordo com o mesmo diagnóstico. Nesse sentido, faço psicanálise quando o diagnóstico é de que este indivíduo, em seu ambiente, quer psicanálise [tradicional]. Posso até tentar estabelecer uma cooperação inconsciente, ainda quando o desejo consciente pela psicanálise está ausente. Mas, em geral, a psicanálise [cujo método por excelência é a interpretação do conflito reprimido inconsciente] é para aqueles que a querem, necessitam e podem tolerá-la.

Nessa perspectiva, o diagnóstico tem suma importância, visto que a singularidade de cada sujeito funciona como marco para a intervenção, sendo de natureza dinâmica e não estática, uma vez que é construído continuamente na medida em que o tratamento se dá. A concepção dos distúrbios psíquicos da clínica winnicottiana está fundada na concepção do amadurecimento psíquico, sendo a sustentação o guia da ação terapêutica. Winnicott concebia esta teoria como a “*espinha dorsal*” (backbone) do seu pensamento clínico. Segundo ele (1983b, p.65): “*Precisamos chegar a uma teoria do amadurecimento normal para podermos ser capazes de compreender as doenças e as várias imaturidades, uma vez que não nos damos por satisfeitos a menos que possamos preveni-las ou curá-las*”.

Winnicott não desconsidera a teoria de Freud sobre a dinâmica das neuroses, porém sua ênfase é no amadurecimento infantil primário como caminho para compreender a doença, pois acredita que são nos estágios iniciais que estão sendo constituídas as bases da personalidade e da saúde psíquica. De acordo com Dias (2000, p.26), “*Winnicott foi um estudioso, não do psiquismo, e muito menos do aparelho psíquico, mas da natureza humana*”. Defende que todo indivíduo humano é dotado de uma tendência ao amadurecimento, o que não implica em um determinismo, tendo em vista que para realizar-se o bebê necessita de um ambiente que forneça cuidados suficientemente bons.

A criança nasce e desde já inicia seu processo de aprendizagem, alguns dirão que até mesmo antes do nascimento ela já começou essa construção, visto que mesmo dentro da barriga da mãe o indivíduo se apercebe do que está a sua volta, ainda que de forma primitiva. Contudo, é após o nascimento que precisa aprender a satisfazer suas necessidades: o cordão umbilical foi cortado e a criança agora tem seu próprio corpo. Torna-se preciso comunicar e expressar seus desejos; primeiro com choros, gritos e balbucios, depois com gestos e palavras, e até com ações muitas vezes inconscientes. O próprio momento do nascimento já é em si a experiência desse conflito que se estabelece durante toda a vida entre os impulsos internos e o mundo externo. Antes do nascimento, o bebê estava protegido e agora precisa lidar com o

impacto da realidade, com o ar rasgando seus pulmões, com as possibilidades e adversidades da vida. Assim, destinado à crise da vida, o indivíduo necessita de um ambiente que lhe ofereça sustentação para enfrentar as inúmeras experiências de gratificação e frustração dos seus desejos.

Winnicott, ao ressaltar a disposição originária do ser humano ao amadurecimento, chama atenção para a sustentação do ambiente, inicialmente oferecida por aquele que desempenha a função materna, como condição fundamental para o bebê lidar com a crise do nascimento. Nesse sentido, o autor afirma: “*o bebê, isto não existe*”, ou seja, é a partir das relações primárias, particularmente com aquele que faz a função materna, que o recém nascido irá construir seus referenciais de mundo, seu padrão ambiental. É por meio do olhar da mãe, como o espelho primeiro do recém-nascido, por via do seu reconhecimento, que o bebê poderá se constituir enquanto sujeito. De acordo com Passos (2007, p. 119), “*sem laços não nos humanizamos, não existimos como sujeitos, não temos referências que nos orientem, que nos contemplem*”.

Winnicott não desconsidera esta condição de se nascer despreparado para a vida, porém não concebe tal aspecto como uma predisposição originária do ser humano ao nascimento, como defende Freud. Enfatiza a superação criativa desta crise do nascimento, chamando a atenção para a importância do ambiente para o amadurecimento do bebê. Safra (2004) nomeia esta condição de ser lançado em meio à existência na busca de condições seu alojamento em si e no mundo como a *solidão essencial*, ou seja, “*o ser humano entra no mundo na condição de exilado surpreendido, acolhido no abraço e no olhar de alguém para que um olhar se estabeleça e um iniciar-se possa acontecer*” (Safra, 2004, p.24).

Segundo Safra (2004) esse conceito de *solidão essencial* refere-se ao indizível, ao inacessível do que se é e do que se vive, posto que esta dentro do cerne de algo que não pode ser comunicado. Esta condição velada é o ponto de partida para o acontecer humano, caracterizando a singularização humana.

Assim, diante de vivências primitivas que estão sendo experienciadas pelo bebê no estágio da dependência absoluta, são fundamentais as provisões ambientais para sustentar suas ansiedades em prol do desenvolvimento maturacional do ego. Winnicott afirma que o que possibilita ao bebê este processo de maturação é a proteção do ego, suficientemente boa, oferecida pela mãe, ou seja, “*a característica essencial (dentre a vasta soma de características) é a capacidade da mãe (ou da substituta da mãe) de se adaptar às necessidades do bebê através de sua capacidade sadia de se identificar com o bebê*”. (Winnicott,1997e, p.196)

Ser uma mãe suficientemente boa não significa ter habilidade de prover cuidados básicos como, por exemplo, a satisfação de impulsos orais da criança por meio de uma alimentação satisfatória. O bebê não é visto apenas como uma pessoa que sente fome e que os impulsos precisam ser satisfeitos ou frustrados, mas como um ser que está continuamente acometido da possibilidade de sofrer uma ansiedade inimaginável. Esta ansiedade pode ser evitada na medida em que a mãe seja capaz de sustentar as necessidades do bebê e satisfazê-las, de se por no lugar da criança e saber o que ele necessita para o cuidado geral do seu corpo e de sua pessoa (Winnicott, 1983b).

Quando esta condição essencial não acontece satisfatoriamente, a criança não é capaz de começar a maturação do ego ou há uma distorção em seu desenvolvimento. O bebê encontra alternativas para reagir a essas ansiedades inimagináveis que desencadeiam intenso sofrimento psíquico. De acordo com Winnicott (1983b, p.59):

Todas as falhas que poderiam engendrar a ansiedade inimaginável acarretam uma reação da criança, e esta reação corta a continuidade existencial. Se há recorrência da reação desse tipo de modo persistente, se instaura um padrão de fragmentação do ser. A criança cujo padrão é o de fragmentação da continuidade do ser tem uma tarefa de desenvolvimento que fica, desde o início, sobrecarregado no sentido da psicopatologia.

Para o autor, a natureza disto que se chama psicopatologia estava ligado a uma dificuldade na linha do amadurecimento. Sua concepção de indivíduo saudável estava atravessada por essa capacidade de adequação entre maturidade emocional e idade cronológica. Nesse sentido, a saúde não se resumia ao oposto de doença ou a ausência desta. Winnicott não toma tais concepções numa dimensão estática que, portanto, cristaliza e sentencia o indivíduo a uma condição ou lugar. Para ele a doença estaria numa dimensão dinâmica, passível de transformação, de retomada dos processos de maturação.

3.2 O CONCEITO DE SAÚDE E DOENÇA

Os conceitos de saúde e doença winnicottianos possuem uma perspectiva bem especial, estando relacionadas não apenas a sua concepção de amadurecimento, mas ao sentido que damos à vida. Segundo Dias (2000) o que movia Winnicott era saber quais as condições ambientais que favorecem, ou falham em favorecer, os processos necessários para que um bebê chegue a tornar-se uma pessoa capaz de estabelecer relações com a realidade externa, de achar algum sentido no fato de estar vivo e de ser capaz, razoavelmente, de tomar conta de si mesmo.

Para Winnicott (1975c, p.139) “*a ausência de doença psiconeurótica pode ser saúde, mas não é vida*”. O entendimento do autor sobre o que seria vida está articulado à sua elaboração da noção de viver criativamente. O autor acredita “*que viver criativamente constitui um estado saudável, e de que a submissão a uma base doentia para a vida*” (Winnicott, 1975a, p.95). Sob este ponto de vista, a doença, no que concerne a classificações psiquiátricas, seria uma maneira de viver no mundo em que um indivíduo não experimenta suficientemente o viver criativo, como se estivesse preso à criatividade de outrem, ou de uma máquina, relacionando de forma submissa com a realidade externa a fim apenas de ajustar-se ou exigir adaptação (Winnicott, 1975a).

A noção de criatividade desenvolvida por Winnicott não se relaciona à ideia de criação de obras de arte: configura-se como uma questão ontológica articulada ao estar vivo. Segundo ele:

A criatividade que estamos estudando relaciona-se com a abordagem do indivíduo à realidade externa. Supondo-se uma capacidade cerebral razoável, inteligência suficiente para capacitar o indivíduo a tornar-se uma pessoa ativa e a tomar parte na vida da comunidade, tudo o que acontece é criativo, exceto na medida em que o indivíduo é doente, ou foi prejudicado por fatores ambientais que sufocaram seus processos criativos. (Winnicott, 1975a, p.98)

Winnicott (1975a) define como indivíduos com capacidade cerebral razoável aqueles dotados de capacidade intelectual quase média, média e elevada. O autor relaciona à baixa capacidade intelectual com o defeito mental primário, ou seja, as disfunções onde há lesão no aparato físico do indivíduo como, por exemplo, a oligofrenia, e não como defeito clínico secundário à esquizofrenia da infância e do autismo.

Apesar de reconhecer que uma lesão orgânica afeta e interpõe limites na vida de um indivíduo, seja quanto à sua rotina diária, capacidade de articulação cognitiva e desenvolvimento biopsicossocial, o autor enfatiza o desenvolvimento da criança. Winnicott critica o aprisionamento do indivíduo a um diagnóstico de oligofrenia, por exemplo, como uma sentença de suas possibilidades de vida por uma comprovação no registro do observável desta lesão no aparato orgânico. Ele rechaça a tentativa de universalização de sujeitos à classificação nosológica de uma doença em busca da supressão deste “*mal*” que lhes acomete, roubando-lhes a saúde. Apesar de discernir sobre a capacidade intelectual, Winnicott (1975a) faz um contraponto alertando que:

[...] é necessário considerar a impossibilidade de uma destruição completa da capacidade de um indivíduo humano para o viver criativo, pois, mesmo no caso mais extremo de submissão, e no estabelecimento de uma falsa personalidade, oculta em alguma parte, existe uma vida secreta satisfatória, pela sua qualidade criativa ou original a ser humano. (Winnicott, 1975a, p.99)

Esta capacidade de viver criativamente é constituída a partir das experiências com a ilusão e com a onipotência vivenciadas pelo bebê, sendo necessária à sustentação do ambiente, neste primeiro momento representado pela mãe, como condição necessária para que o bebê lide com sua energia vital. Segundo Franco (2003, p. 40):

O que está em pauta é a natureza das primeiras experiências que capacitam (ou não) o desfrute de estar vivo, que desemboca em atos criativos e que afasta uma vida apenas reativa. A criatividade tem haver com uma capacidade na primeira infância e que pode ser mantida a vida toda. Que capacidade é esta? A capacidade de criar o mundo onde se vive.

Uma vida reativa está relacionada à submissão com a realidade externa, apontada por Winnicott. Franco (2004) define uma vida reativa como aquelas em que, caso sejam retirados os estímulos externos, sua ação desaparecerá, seu núcleo existencial tem pouco efeito, pouca capacidade criativa. Neste sentido, Dias (2000) acrescenta que a diagnóstica em Winnicott não está relacionada a defrontar-se com o princípio de realidade, em que o analista deve estar atento a conduzir o tratamento de modo que o paciente encontre o menos possível de satisfações substitutivas, como justifica Freud. A autora defende que em casos de extrema imaturidade do começo da vida faz-se necessário uma nova tarefa terapêutica baseada na ética do cuidado, não da autonomia, que leve em consideração a precariedade da existência humana e do sentimento de si. Ela enfatiza que:

Pela ética do cuidado, a responsabilidade do analista nada tem a ver com a preservação da vida ou de interesses vitais, de autonomia e adequação ao princípio de realidade. A questão central é a dignidade do paciente como pessoa, o valor da vida enquanto viva, a não-traição do si-mesmo (Dias, 2000, p.32).

Dentro dessa discussão, Dias (2000) chama atenção para o papel do analista e diz que *“nossa tarefa terapêutica com qualquer tipo de problemática, não tem como objetivo restabelecer um estado operativo e/ou funcional de sanidade sem sintomas, mas estamos movidos pelas perguntas: que sentido faz a vida para este indivíduo? E: ele a sente digna de ser vivida?”* (Dias, 2000, p.25). A clínica, nesta perspectiva, de acordo com Safra (2004, p. 27)

[...] se caracteriza pelo cuidado que estabelece as condições necessárias ao acontecer humano. Esses são os fatos que me levam a afirmar que a clínica é essencialmente ética (ἠθος) e a ética clínica! Nessa perspectiva cai por terra toda a concepção que busca definir a situação clínica a partir de procedimentos técnicos. A técnica, assim, compreendida, joga o paciente em direção ao conceituável, roubando-lhe o indizível e os mistérios do seu ser. Este é o homem-coisa e não mais ser, não mais presença.

O encontro do cuidado ético que permite o surgir de si mesmo é reconhecido como uma experiência de qualidade estética; é uma experiência de encanto, de júbilo, de sagrado. A ética desvela-se como beleza, como verdade, como dignidade, como presença de si e do outro. Essa possibilidade ética não encontra lugar numa sistematização meramente didática que possa ser ensinada enquanto disciplina,

sendo necessário que aquele que se aloja no lugar de cuidador desenvolva seu próprio viver criativo, possibilitando um espaço para este outro que lhe busca em sofrimento psíquico possa restabelecer o seu processo maturacional.

Safra (2004) enuncia que “*nascer é ser atravessado pelas questões e pelo mistério da existência; é conhecer a posição humana e as condições necessárias à instalação de si no mundo com os outros*”. A construção de um *locus*, de uma posição neste vínculo estabelecido com o mundo externo é constituinte para o ser humano, de modo que venha a possibilitar criatividade diante dos impasses da vida. O autor mostra que:

A impossibilidade do acontecer humano, pelo excesso de claridade ou escuridão, leva o indivíduo a um sofrimento sem entorno e, portanto, enlouquecedor. Temos, então, uma situação em que o sofrimento sem espaço e sem tempo emerge pelo esgarçamento da própria condição humana. Não se trata simplesmente de um “*problema psíquico*” ou de “*um conflito pulsional*”, mas de algo que se refere à ontologia do existir humano (Safra, 2004, p.26)

O autismo seria uma variedade de uma espécie de resposta a um ambiente que dificulta severamente o desenvolvimento da saúde psíquica da criança, num momento em que este processo é crucial.

3.3 CONTRIBUIÇÕES SOBRE O AUTISMO

Neste sentido, Winnicott (1997d) defende que o autismo deve ser pensado fundamentalmente como um problema no desenvolvimento emocional e não como uma doença. Como o autor considera que a utilização do termo autismo tem como propósito a nosologia de doenças para fins didáticos, ele afirma que esta “[...] *esta doença do autismo não existe, e que este é um termo clínico que descreve os extremos menos comuns de um termo universal.*” (Winnicott, 1997d, p.185) e ressalta:

Do meu ponto de vista, a invenção do termo autismo foi uma bênção duvidosa. As vantagens estão bastante óbvias. As desvantagens são menos óbvias. Eu gostaria de dizer que depois de este termo ter sido inventado e aplicado, estava montado o cenário para uma coisa um tanto falsa, isto é, a descoberta de uma doença. Os pediatras e médicos fisicamente orientados, como um todo, gostam de pensar em termos de doenças que dão uma aparência organizada aos livros didáticos. (1997 d, p.179)

Para o autor, já havia evidências do que chamava de autismo nos estudos clínicos daqueles que lidavam com crianças, situando-o dentro da *esquizofrenia da infância inicial ou da infância posterior*. Ele questionou sobre este diagnóstico de autismo surgido na época da descrição de Kanner, tendo em vista que não o concebia como uma nova patologia, exceto pela nova nomeação que haviam dado. Não se trata, portanto, de uma oligofrenia, da qual não

podemos esperar nenhum desenvolvimento e em que os sintomas estão ligados a uma lesão no aparelho orgânico, pois considera que o *“autismo é uma organização de defesa altamente sofisticada”* (Winnicott, 1997e, p.195). Segundo Winnicott (1997d):

É extremamente provável que na maioria dos casos de autismo o computador não esteja danificado e a criança seja potencialmente inteligente e continue sendo potencialmente inteligente. A doença é uma perturbação do desenvolvimento emocional e uma perturbação que avança tanto no passado que, em certos aspectos pelo menos, a criança é intelectualmente deficiente. Em certos aspectos ela pode relevar evidências de brilhantismo. (Winnicott, 1997d, p.181)

Contudo, ele não descarta que possa haver tendências herdadas ou variações de dano cerebral nos estágios críticos da gravidez ou durante o processo de nascimento, mas dá destaque a qualidade dos cuidados iniciais direcionados ao bebê (Winnicott, 1997d).

Winnicott (1997d) também estava preocupado com o sentimento de culpa dos pais, com os desapontamentos destes por seus filhos não serem tão recompensadores como uma criança normal. Ele afirma que as mães *“se sentem culpadas antes do filho nascer, e esperam tão intensamente dar à luz um monstro que precisam ver imediatamente o bebê depois de ele nascer, por mais exausta que estejam. E o pai também”* (Winnicott, 1997d, p.189).

Segundo Stryckman (2000) há uma demanda de filho, de pai e de mãe nessa relação. A maneira como os pais vão lidar com a criança indica que eles também demandam alguma coisa. É a articulação dessas demandas que irá despertar a criança para a vida, permitindo-a entrar no circuito familiar. No caso de uma criança em grave sofrimento psíquico, há um desajuste dos conteúdos psíquicos inconscientes e conscientes na formação dos laços familiares. Nesse sentido, Winnicott(1997d) afirma que:

[...] para curar esta criança, alguém tem de ser capaz de lhe dar os rudimentos do contato humano, e talvez neste caso um cuidado físico incluindo o toque concreto seja mais importante do que pode ser feito pela interpretação verbal. Se no tratamento da criança autista pode ser feita alguma coisa para compensar o que a mãe deixou de fazer no momento crítico, então a criança pode alcançar um lugar no qual faz sentido para ela ficar zangada pelo fracasso. (1997d, p.192)

Não se trata de culpar os pais, mas de compreender as dificuldades vividas pela criança e os recursos que ela utiliza para lidar com essas experiências, que dependem não apenas das tendências pessoais herdadas, mas do que é proporcionado por aquele que faz a função materna. Segundo Winnicott (1997d):

Naturalmente, alguns bebês têm a capacidade maior de ir a frente, apesar do cuidado imperfeito, em virtude de tendências herdadas ou de variações de dano cerebral nos estágios críticos da gravidez ou durante o processo de nascimento. Mas de um modo geral o que conta é a qualidade dos cuidados iniciais. É neste aspecto da provisão ambiental que se destaca mais numa revisão geral dos transtornos do desenvolvimento da criança, entre os quais se inclui o autismo. (1997d, p.189)

Embora o autor não tenha construído uma teoria sobre o autismo, suas considerações nos permitem pensar sobre os registros ontológicos do sofrimento psíquico. Num mundo onde o excesso de diagnóstico psiquiátrico e o adoecimento são absolutamente banalizados, a visão winnicottiana nos conduz a repensar sobre o limiar de saúde e doença e recriar nossa visão de mundo e de homem. Segundo Safra (2004, p.35):

O homem é um ser que por sua própria natureza desconstrói qualquer formulação racional ou teórica. Compreender o homem através de qualquer conceito universal, seja o econômico, a sexualidade ou a vontade de poder, é compreendê-lo por meio de uma abstração, que o adoce e que instaura uma situação de barbárie silenciosa e imperceptível.

É necessário nos desvincularmos do posicionamento de inquirir a saúde mental dos indivíduos, de modo a classificá-los em “normais” e “loucos”, posto que neste sentido a razão, pode se tornar uma figura de poder e passa a funcionar também como mecanismo de exclusão. É importante questionar-se acerca dos conceitos de normalidade e loucura, compreendendo que tais parâmetros são constituídos no entorno social, econômico e histórico. Faz-se imprescindível levarmos em consideração a questão em torno de como se dá a configuração familiar destas crianças em meio às transformações processadas na atualidade, onde observamos uma fragilidade nas referências que sustentam os indivíduos. Como pensar numa teoria de amadurecimento normal nos dias atuais?

O diagnóstico hoje se baseia, em grande medida, no cenário de interesses políticos e farmacêuticos, visto que se tornam dispositivos de poder em busca da eliminação dos sintomas, e não um recurso clínico que visa a investigação do sofrimento psíquico. A sociedade atual vem construindo impessoalidade. É preciso reaver a maneira como estamos no mundo e restaurar a morada de nossa subjetividade. Nesse sentido, o diagnóstico não deve consistir na manipulação de causa-efeito e/ou estímulo-resposta, buscando a solução de um suposto problema e traçando um plano de reordenação de comportamento sociais aceitáveis diante da vida. Sendo, portanto, relevante um trabalho pautado numa escuta sensível por parte dos profissionais de saúde, de modo a acolher as demandas e os sofrimentos psíquicos dos familiares e das crianças em prol da condição natural para a restauração da saúde. A esse respeito Winnicott (1997e) afirma que “*se é feita uma provisão ambiental que tende a restaurar o status quo anterior, e um longo período de confiabilidade parece deixar a criança confiante, então o resultado surpreendente é um retorno da vulnerabilidade*” (Winnicott, 1997e, p.195).

É imprescindível fomentar um ambiente onde a criança e sua família tenha a possibilidade de criar sua morada no mundo, ou seja, que seu processo de integração possa ser

retomado a fim de que venha a tomar consciência de si mesmo, possibilitando libertar o seu próprio processo criativo. É preciso que os cuidadores dessas crianças se permitam navegar nos mares sinuosos do mundo cênico infantil. Segundo Levin (2001, p.105):

Precisamos perder-nos no labirinto com a criança, nesse excesso, para nos encontrarmos na face e no verso do espelho, junto a ela, mas sem nos confundirmos com a sua imagem, marcando seu contorno, mas deixando, por vezes, que nos transborde o incipiente do labirinto que ela irá construindo à medida que se desenrole na cena do cenário infantil.

Nesse processo maturacional o brincar é primordial, tendo em vista que *“facilita o crescimento e, portanto, a saúde”* (Winnicott, 1975d, p.63). É por meio da curiosidade e das brincadeiras que a criança vai criando a sua cena, construindo o seu mundo interior. O brincar é utilizado como um importante instrumento terapêutico, que funciona como uma ponte para se estabelecer uma relação com a criança. É essencial nos permitimos entrar na representação cênica construída pela criança, pois é por via do brincar que poderemos utilizar de um diagnóstico diferencial, compreendendo os segredos e mistérios construídos na cena. É preciso ousar, permitir-se a entrada nesse mundo que, no caso da criança dita autista, por vezes, não parece *“encantado”*, tendo em vista as estereotípias e fixações em objetos. É imprescindível no trabalho com essas crianças uma aposta: acreditar que diante de nós há uma subjetividade, ainda que imersa em silêncio e gritos desenfreados.

4 O Método

*“Poderias me dizer, por favor, que caminho devo tomar para ir embora?
Depende bastante de para onde que ir - respondeu o Gato.
Não me importa muito para onde - disse Alice.
Então, não importa que caminho tome - disse o Gato”.*
(Carroll, 2009, p. 76)

Esta pesquisa adota a perspectiva qualitativa, tendo em vista que a nossa finalidade é compreender o discurso dos participantes em torno do tema, sem a pretensão de controle de variáveis ou generalizações de resultados.

A pesquisa qualitativa responde a questões particulares, ocupando-se de um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. A diferença entre a abordagem qualitativa e quantitativa da realidade social é de natureza e não de escala hierárquica (Minayo, 2008).

Turato (2005) delimita cinco características deste método qualitativo, explicando que (1) o interesse do pesquisador volta-se para a busca do significado das coisas (vivências, manifestações, ocorrências, sentimentos, ideias, vivências, etc), visto que representam, dão molde à vida das pessoas. Tais significados ganham lugar na cultura e organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismo. Deste modo, o (2) ambiente natural do sujeito é o campo de estudo sem o controle de variáveis. Nesta perspectiva, (3) o pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa, usando diretamente sua escuta clínica para apreender o objeto de estudo. Tendo, assim, (4) maior rigor na validade dos dados coletados, a fim de realizar a análise minuciosa do fenômeno. Neste caso, a (5) generalização de resultados obtidos não é priorizada, pois não se pauta em quantificações das ocorrências ou no estabelecimento de relações de causa-efeito.

Portanto, o objetivo deste estudo consistiu em investigar, junto aos profissionais responsáveis pelo diagnóstico das crianças e aos familiares, como vem sendo realizado o processo diagnóstico de crianças com indícios de autismo no Centro de Atenção Psicossocial Infante-Junvenil (CAPSi) na Região Metropolitana do Recife, tendo em vista a maneira como é feito o diagnóstico, sua transmissão e as possíveis repercussões na família.

Nossos objetivos específicos pautaram-se em: (1) Identificar quais os profissionais de saúde que realizam o processo diagnóstico das crianças com indícios de autismo nos CAPSi; (2) Investigar como se processa o diagnóstico de autismo na instituição, observando os critérios utilizados; (3) Verificar qual o lugar que o discurso familiar ocupa na avaliação geral e no diagnóstico da criança; (4) Estudar como o diagnóstico de autismo é transmitido aos familiares e quais as possíveis repercussões na família.

Para avaliar os dados fizemos uso das noções winnicottianas acerca do autismo e do processo de amadurecimento da criança. A pesquisa foi realizada em três etapas:

(1) *Fase exploratória*, que consistiu na produção do projeto de pesquisa, levantamento e caracterização dos CAPSi na Região Metropolitana do Recife, assim como a efetuação dos trâmites burocráticos necessários para a entrada no campo.

(2) *O trabalho de campo*, em que foram identificados os profissionais de saúde que realizam o processo diagnóstico no CAPSi Zaldo Rocha; bem como a coleta de depoimentos dos profissionais do serviço e dos familiares das crianças que se disponibilizaram voluntariamente para participar, de modo a levantar questões a partir de seus discursos, tendo em vista os objetivos propostos na pesquisa.

(3) *Discussão dos dados*, realizada por meio da análise de conteúdo proposta por Minayo e a luz das considerações winnicottianas sobre o autismo.

4.1 LOCAL DA PESQUISA

O local escolhido para realizar a pesquisa de campo foi uma unidade de Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil (CAPSi) na região metropolitana do Recife. Visto que, o CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), especializado no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

O CAPS foi criado após a reforma psiquiátrica para substituir as internações em hospitais psiquiátricos pela Portaria GM 224/92 e, atualmente, é regulamentado pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Sua função fundamental é responder à demanda em saúde mental de municípios com mais de 200.000 habitantes. Estas unidades funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior. Seu objetivo é atender a pessoas em intenso

sofrimento psíquico a partir de uma estratégia ou projeto terapêutico construído para cada usuário. (Ministério da Saúde, 2005).

Deste modo, foi feito um levantamento prévio das unidades de CAPSi em funcionamento no Estado de Pernambuco e foram encontrados os seguintes: CAPSi- Ciranda da Vida (Cabo de Santo Agostinho); CAPSi CEMPI/HGOF (Recife); CAPSi Zaldo Rocha (Recife) e CAPS Cléa Lacet (Recife). O local escolhido foi o CAPSi Zaldo Rocha, situado na Rua Castro Alves, 143 no bairro da Encruzilhada no Recife. O critério utilizado para a escolha foi sua localização e a receptividade dos profissionais a pesquisa.

O CAPSi Zaldo Rocha foi criado em 2005, sendo sua equipe inicialmente composta por profissionais que atuavam no posto de saúde Professor Nelson Chaves no bairro do Arruda, com um serviço de referência contra a violência. Sua atual função é promover, através do trabalho em equipe multidisciplinar, uma assistência à saúde mental de crianças e adolescentes, de 0 a 15 anos incompletos, residentes nos Distritos Sanitários²⁰ I²¹, II²² e III²³ do Recife.

Após o contato inicial com a coordenação e equipe de profissionais, demos entrada com a documentação na Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGGTES) para obter a carta de anuência, autorizando o desenvolvimento da pesquisa. Em seguida foi concluído o cadastro do projeto na Plataforma Brasil²⁴ a fim de obter aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da UNICAP. Com a emissão do parecer consubstanciado do CEP foi possível iniciar as entrevistas.

²⁰ Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1987), o Distrito Sanitário (DS) é a "*circunscrição*" da população alvo em um determinado território. Um conceito mais amplo ou dinâmico de distrito sanitário refere-se a um processo social de mudança das práticas sanitárias, de natureza tática, direcionado no sentido da eficiência e eficácia sociais, sob gestão de uma autoridade local e reorientados de acordo com certos princípios organizativo-assistenciais, e os conjuntos sociais com seus problemas delimitados por um território-processo.

²¹ O Distrito Sanitário I é composto pelos bairros: Boa Vista, Cabanga, Coelhoos, Ilha Joana Bezerra, Ilha do Leite, Paissandu, Recife, Santo Amaro, Santo Antônio, São José e Soledade.

²² O Distrito Sanitário II é composto pelos bairros: Arruda; Campina do Barreto; Encruzilhada; Hipódromo; Peixinhos; Ponto de Parada; Rosarinho; Torreão; Água Fria; Alto Santa Terezinha; Bomba do Hemetério; Cajueiro; Fundão; Porto da Madeira; Beberibe; Dois Unidos; Linha do Tiro.

²³ O Distrito Sanitário III é composto pelos bairros: Aflitos; Alto do Mandu; Alto José Bonifácio; Alto José do Pinho; Apipucos; Brejo da Guabiraba; Brejo de Beberibe; Casa Amarela; Casa Forte; Córrego do Jenipapo; Derby; Dois Irmãos; Espinheiro; Graças; Guabiraba; Jaqueira; Macaxeira; Monteiro; Nova Descoberta; Parnamirim; Passarinho; Pau-Ferro; Poço da Panela, Santana; Sítio dos Pintos; Tamarineira; Mangabeira; Morro da Conceição; Vasco da Gama.

²⁴ Base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos.

4.2 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Após a autorização, retornamos ao CAPSi para explicar os objetivos da nossa pesquisa e convidar os participantes. O primeiro contato foi realizado com os profissionais responsáveis pelo diagnóstico das crianças. Solicitamos que estes indicassem e convidassem os familiares usuários do serviço que já haviam passado pelo processo diagnóstico e estavam em tratamento na instituição.

Como nosso estudo não tem enfoque quantitativo, como apontado anteriormente, e considerando que visa compreender o discurso dos indivíduos, e não empregar um instrumento estatístico, enumerar ou medir unidades ou categorias, a quantidade dos participantes foi modificada com o intuito de acolher a disponibilidade e interesse dos indivíduos participantes da pesquisa. Apesar da previsão inicial de 05 (cinco) profissionais e 05(cinco) familiares a serem entrevistados, conseguimos entrevistar 07 (sete) profissionais e 03 (três) familiares.

Para identificar os participantes, foram utilizados nomes fictícios para garantir a proteção e o sigilo destes. A tabela a seguir irá identificar os entrevistados:

NOME FICTÍCIO	FUNÇÃO
Bia	Assistente Social
Lis	Técnica em Enfermagem
Tati	Assistente Social
Susi	Enfermeira
Nana	Pediatra
Sophia	Psiquiatra
Isa	Psicóloga
Olívia	Mãe de Léo
Clara	Mãe de Chico
Gil	Mãe de Kaê e Pedro

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA ROTINA

De acordo com os profissionais entrevistados, os usuários do serviço chegam por meio de encaminhamento ou por demanda espontânea. Susi aponta que devido ao movimento de “*boca a boca*” (sic) o serviço se torna conhecido, dando vazão à questão da demanda espontânea. Geralmente as crianças são encaminhadas por escolas, Conselho Tutelar, posto de saúde, sistema judiciário, abrigos, Programa de Saúde da Família (PSF), entre outros.

Num primeiro momento, é definida a questão do horário, caso a criança estude pela manhã, ela virá à tarde; e caso estude à tarde, virá no horário da manhã. Assim, é marcada uma primeira escuta, que de acordo com Sophia “*não é só uma vez, são várias escutas*” (sic), que os profissionais nomeiam de “*Acolhimento*”. Este processo de acolhimento é a porta de entrada dos indivíduos no serviço, em que a família é escutada e a criança é observada pelos profissionais, quantas vezes julguem necessário. Segundo Tita, os profissionais habilitados para realizar o *Acolhimento* são os Técnicos de Saúde Mental. Estes profissionais possuem formação em nível superior, como: Psicólogo, Assistente Social, Psiquiatra, Enfermeiro, Fonoaudiólogo, Pediatra, Terapeuta Ocupacional, Pedagogo, ou outro profissional, necessários para o projeto terapêutico, sendo efetivados por concurso público ou contrato. Susi aponta que um dos pressupostos do CAPS é que ele tenha acolhimento em todos os horários, mas no caso do CAPSi Zaldo Rocha, às segundas-feiras à tarde, não há atendimento, pois os profissionais estão em reunião.

É unânime, entre os profissionais, que a delimitação do número de sessões do processo do *Acolhimento* vise à demanda da escuta, e não um número fixo de consultas, a fim da realização de um mero procedimento administrativo. Segundo Bia, o acolhimento “*é uma coisa que vai além de uma triagem*” (sic), visto que a triagem consiste em observar se o “*caso é perfil*”, ou não, para ser atendido no serviço. Ela acrescenta que mesmo quando se observa que o caso não é perfil para o CAPSi, a família é escutada em sua angústia e acolhida para que os encaminhamentos sejam realizados. Toda a convivência no serviço tem finalidade terapêutica, ou seja, todo o processo tem em vista a construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento.

De acordo com Liz, o *Acolhimento* consiste numa anamnese, em que são observadas as queixas apresentadas pelos familiares que estão trazendo a criança ao serviço. Susi relata que há uma ficha que é preenchida, instrumento que vem sendo reformulado e atualizado por aqueles que compõem a equipe. Segundo os profissionais, nesta anamnese são levantados: os dados de identificação; a queixa principal; quando começaram os sintomas e como os

familiares encaram e como se sentem em relação a eles; como foi esse nascimento; se foi uma gravidez desejada e, caso não tenha sido, o que aconteceu; como a criança é na família, quantos irmãos ela tem; qual o nome da criança e qual sua origem; como é sua casa e o seu dia-a-dia; como foi a primeira infância, dependendo da idade da criança; quais foram os tratamentos feitos; qual foi o profissional de saúde que foi procurado; caso seja uma criança maior, que nunca recebeu atendimento, questionar o motivo; pesquisar se tem algum caso de transtorno na família e/ou usuário de drogas; avaliar a dinâmica familiar situando como é em casa, quem trabalha ou não, como vivem; como foi a amamentação e o desenvolvimento da criança, entre outras questões.

É considerado perfil para o serviço uma criança em grave sofrimento psíquico. Fazendo parte deste quadro: *“os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais”* (Ministério da Saúde, 2004, p. 27). Por outro lado, caso o profissional identifique que o usuário não é perfil para o CAPSi, ele o deve encaminhar para a rede do SUS, para, se for o caso, receber um acompanhamento ambulatorial.

Quando a criança é perfil para o atendimento, seu caso é relatado e discutido pela equipe, a fim de analisar quais os atendimentos existentes no CAPSi podem beneficiá-la dentro da unidade. Assim, é construído o seu Projeto Terapêutico Individual e definido quem será o Terapeuta de Referência (TR). O Projeto Terapêutico Individual é *“um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades”* (Ministério da Saúde, 2004, p.16). No que concerne ao TR, em geral, costuma ser o profissional que acolheu a família no serviço. Porém, é levado em conta o vínculo que o usuário estabelece com o terapeuta, visto que este é fundamental em seu processo de tratamento. Segundo Tati, *“o Técnico de Referência é aquele que faz o canal entre o CAPSi e a família”* (sic).

O CAPS oferece diferentes tipos de atividades terapêuticas. Tais recursos vão além do uso de consultas e de medicamentos, caracterizando o que vem sendo denominado de clínica ampliada. Essa ideia de clínica vem sendo (re)construída nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais. Entre estas atividades estão: atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento a família, atividades comunitárias e assembleias reuniões de organização do serviço (Ministério da Saúde, 2004).

Segundo a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, o serviço de atenção psicossocial para atendimento a crianças e adolescentes inclui as seguintes atividades: (a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); (b) atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros); (c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (d) visitas e atendimentos domiciliares; (e) atendimento à família; (f) atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; (g) desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça; (h) os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), todo CAPS deve obedecer à exigência da diversidade profissional e cada tipo de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad) tem suas próprias características, quanto aos tipos e à quantidade de profissionais. No que concerne ao CAPSi, a equipe **mínima** (grifo nosso) deve ser composta por: 1 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; enfermeiro; 4 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 5 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O CAPSi Zaldo Rocha atualmente é composto por uma equipe com os seguintes profissionais: Psiquiatra, Pediatra, Enfermeiras, Psicólogas, Assistentes Social, Auxiliar Administrativo, Auxiliar de Serviços Gerais e Seguranças.

Quanto aos serviços oferecidos, dispõe dos atendimentos regulamentados pela Portaria nº 336/0, bem como atividades sociais como, por exemplo, bazares e comemorações festivas no Natal e São João. Nana e Tati observam que as comemorações e os brinquedos (instrumento de trabalho) não são financiados com os recursos do governo, os fundos para financiamento dessas atividades são levantados por meio de bazares ou doações. Tati informa que os materiais de expediente (papel, caneta, lápis, cola, etc) não faltam, mas os brinquedos são escassos. Nana revela: “Então, HOJE²⁵, a gente funciona só com brinquedo que foi doado, não tem nenhum brinquedo aqui comprado às custas do serviço. Então [...] a gente

²⁵ Aumento no tom da voz.

tem aí uma moça que dá uns brinquedos, tem uns materiais de umas lojas, essas lojas tipo, de antigamente, 1,99” (sic).

Paralelo ao Projeto Terapêutico Individual, é necessário que o profissional que fez o acolhimento redija a PAC (laudo) que, segundo Nana, é um “*procedimento de alta complexidade. Então, a gente tem que descrever o quadro clínico, dar um diagnóstico, no caso do CID mesmo e classificar essa criança no tipo de tratamento que ela vai ter, na modalidade, justificando pra isso o quadro clínico. Que a gente pode colocar ela no não-intensivo, semi-intensivo ou não-intensivo em função da gravidade*” (sic). Nana, Susi, Liz e Sophia enfatizam que este laudo é renovado a cada três meses, sendo necessário que o profissional justifique a necessidade de sua renovação, revelando se houve melhora ou não do quadro clínico do usuário e, quando necessário, realize a mudança na modalidade de atendimento.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004) as modalidades de atendimentos são: (1) Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; (2) Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; (3) Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

Após todo esse processo a família é informada das atividades que a criança irá participar e Dos horários, levando em conta a disponibilidade do serviço e a dinâmica familiar, dando início ao tratamento. Consoante com o Ministério da Saúde (2004, p.27):

A duração da permanência dos usuários no atendimento dos CAPS depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. O importante é saber que o CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa.

4.4 INSTRUMENTO

O instrumento utilizado na pesquisa foi uma entrevista semiestruturada, por meio da qual apresentamos a seguinte questão disparadora para os profissionais: “*Como se dá o processo diagnóstico de crianças com indícios de autismo no CAPSi?*” e para os familiares: “*Como você chegou à instituição e como vem sendo o trabalho realizado?*”. Essa forma foi escolhida tendo em vista que nosso foco foi conhecer as significações da experiência no processo de diagnóstico. De acordo com Minayo (1996), tal procedimento permite que o entrevistado discorra livremente sobre o tema, deixando também o pesquisador mais confortável para inserir perguntas pertinentes ao assunto em pauta. Estas questões norteadoras suscitaram o surgimento de outras discussões. De modo que, embora não houvesse um roteiro pré-estabelecido, levamos em consideração os objetivos da pesquisa como critérios-guia no desenrolar do trabalho.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, os participantes tiveram acesso a um resumo da pesquisa com o intuito de avaliarem seu interesse de nela participarem. Posteriormente, foi feito um convite à equipe, de modo a esclarecer os objetivos do estudo. Após os profissionais se disponibilizarem a participar da pesquisa, lemos, conjuntamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido²⁶ (TCLE) a fim de informar mais detalhadamente o conteúdo da pesquisa, de maneira clara e objetiva, deixando, a seu critério, a decisão de participarem do estudo, sendo livres para desistir a qualquer momento, caso sentissem necessidade. Em relação aos familiares, tendo em vista que o público do CAPSi, geralmente, é composto de uma população de baixa-renda e com pouco acesso à educação, os termos do TCLE foram esclarecidos oralmente, utilizando um discurso mais simples e de fácil entendimento.

As entrevistas foram realizadas individualmente em locais privados, definidos pela pesquisadora e pelos participantes. Os registros importantes para a pesquisa foram escritos e gravados mediante autorização dos sujeitos da pesquisa. A transcrição foi feita de forma a manter o máximo de fidelidade ao que foi dito, assim como as expressões corporais, pausas na fala, gírias, entonação de voz, entre outros.

²⁶ Apêndice A

Ao término da pesquisa, foi apresentado à devolutiva dos resultados aos participantes da pesquisa por meio do contato individual, além da disponibilização de uma cópia da dissertação para a instituição pesquisada. Também foi entregue uma cópia do trabalho completo em CD à DGGTES, como solicitado.

A pesquisa também prevê a publicação dos resultados. O sigilo sempre será mantido, evitando que os participantes venham a ser identificados. O arquivamento do material coletado ficará sob responsabilidade da pesquisadora durante cinco anos, como prevê as determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

4.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

O material foi analisado tendo em vista os objetivos específicos da pesquisa, levando-se em consideração as noções winnicottianas sobre o autismo e a técnica de Análise de Conteúdo elaborada por Minayo (1996, p.199), que a define da seguinte forma:

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Segundo a autora, este procedimento é interessante para os pesquisadores que buscam ultrapassar o alcance meramente descritivo do discurso, buscando o significado do contexto da fala. Esta perspectiva se articula às características da pesquisa qualitativa exposta anteriormente, justificando, assim, a nossa escolha. Este procedimento, de acordo com Minayo (1996) possui três momentos fundamentais: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação a partir dos objetivos da pesquisa e do referencial teórico utilizado.

A pré-análise caracterizou-se pela leitura flutuante das entrevistas, de modo a verificar os aspectos principais, ou seja, aqueles que aparecem com mais relevância tendo em vista os objetivos específicos do trabalho. Em seguida, o material foi explorado de modo a levantar unidades de sentido, que correspondem a núcleos de discussão. No que concerne às entrevistas realizadas com os profissionais foram delimitados quatro unidades:

- (1) Critérios utilizados na realização do diagnóstico;
- (2) Devolutiva do diagnóstico aos familiares;
- (3) Interferências políticas e administrativas na realização do diagnóstico e no tratamento da criança;

(4) Dificuldades dos profissionais na elaboração do diagnóstico e tratamento da criança.

Em relação às entrevistas com os familiares das crianças, os núcleos de discussão traçados foram:

- (1) Modo de transmissão do diagnóstico e impacto dos familiares em seu recebimento;
- (2) Dificuldade dos familiares em lidar com as crianças;
- (3) Dificuldade dos familiares no tratamento;

5 Explicitando os dados: indicadores de análise

“(...) as regras técnicas, ao se reduzirem a receitas, suprimem da experiência qualquer alcance de conhecimento e mesmo qualquer critério de realidade”.
(Lacan, 1953, p. 241)

As narrativas dos profissionais e dos familiares nos permitem compreender não apenas o processo diagnóstico de crianças com indícios de autismo numa unidade de serviço público, mas refletir sobre as implicações clínicas, sociais e políticas implícitas a elaboração deste diagnóstico. Deste modo, inicialmente realizamos uma leitura flutuante das entrevistas a fim de observar os assuntos com maior destaque. A partir daí, foram criadas unidades de discussão, como exposto no capítulo quarto deste trabalho. Vale salientar que, para identificar os participantes, foram utilizados nomes fictícios, como disposto anteriormente, a fim de garantir a proteção e o sigilo destes.

5.1 PROFISSIONAIS

5.1.1 Critérios utilizados na realização do diagnóstico

De um modo geral, no que concerne aos critérios utilizados na realização do diagnóstico, todos os profissionais fazem referência aos sinais e sintomas dos manuais psiquiátricos, tendo em vista sua exigência administrativa. Porém, vamos observar diferentes posicionamentos e direcionamentos em relação tais guias.

A esse respeito, Liz relata que faz referência direta aos sinais e sintomas do CID-10 como parâmetro para o diagnóstico de autismo. Relata que a partir do processo de acolhimento, através dos dados e queixas fornecidos pelos familiares, é possível observar se tais informações se encaixam ou não na nosografia deste instrumento. Ela acrescenta que quando entrou na unidade sempre disseram para ela que *“o diagnóstico num era tão importante. Assim, ele é importante no sentido de nortear quais as intervenções que vão ser realizadas [...] Mas que o serviço não se prendia muito a essa questão do diagnóstico. E uma*

das justificativas, assim, que se passa é a repercussão que aquele diagnóstico pode trazer para aquela família” (sic).

Bia, por sua vez, descreve algumas características observadas em crianças com autismo, como: a não interação com outras crianças e com o técnico do serviço, enunciando que estas ficam *“assim no seu cantinho, no seu mundo” (sic)*; apresentam auto e heteroagressividade, expondo o caso de uma criança que tira pedaços das mãos ao se morder; dificuldade na articulação de palavras, de modo que algumas crianças se comunicam, mas sem utilizar linguagem verbal; demonstram movimentos estereotipados; dificuldade em fixar olhar e falta de noção de perigo, relatando caso de crianças que colocam o dedo na tomada.

Nana diz que costuma observar se a criança sustenta olhar, se suporta toque e interage com os terapeutas e as outras crianças. Ela relata que, geralmente, a queixa dos familiares é situada em cima destes aspectos. Acrescenta que, comumente, essas crianças não são *“energizadas pelo afeto” (sic)* e que a maternagem não é feita. Expõe que a família não costuma perceber sinais precoces de risco de desenvolvimento da criança, sendo na maioria das vezes os vizinhos ou terceiros que apontam *“este bebê está com alguma coisa” (sic)*. Ela informa que é, normalmente, na fase do desenvolvimento da linguagem e da entrada na escola, que os pais se dão conta de que a criança necessita de assistência. Em relação a isso, tanto Nana como Susi percebem que a faixa etária das crianças que têm chegado ao serviço diminuiu para dois a três anos de idade, sendo a prática clínica situada cada vez mais na prevenção e no diagnóstico precoce, nos indicativos situados no PREAUT²⁷.

Sophia explica que a partir do acolhimento são levantadas as hipóteses diagnósticas e que, em se tratando dos critérios diagnósticos, *“cada profissional vai ter uma visão diferente dependendo de sua formação. A gente não traz, assim, como obrigatoriedade que todo mundo tenha o mesmo padrão, né. Muito embora a gente siga enquanto, profissional da especialidade médica, tentar fechar o diagnóstico pelo código internacional das doenças que é o válido para o sistema brasileiro, né?” (sic)*. Para ela o diagnóstico é evolutivo sendo, portanto, consideradas características normais do desenvolvimento, antes de se pensar numa patologia. Sob seu ponto de vista, diagnóstico evolutivo é aquele que leva em conta a evolução da criança, de modo que esta é acompanhada e observada, para que seja fechado ou

²⁷ A pesquisa PREAUT foi criada em 1998 por um grupo de profissionais franceses a fim de desenvolver sinais indicadores de transtornos da comunicação na relação mãe-bebê. Ela parte da proposição anteriormente apresentada que o autismo é consequência do não estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional. Os sinais PREAUT, verificáveis no 4º e no 9º mês, são os seguintes: 1)O bebê não procura se fazer olhar pela sua mãe (ou seu substituto), na ausência de solicitação da parte dela. 2) O bebê não busca a troca jubilatória com a sua mãe (ou seu substituto), na ausência de solicitação da parte dela. Apoiando-se sobre a prática a e pesquisa com bebês, pensa-se que é possível detectar sinais precoces indicando se um sujeito psíquico está se construindo ou não, e pensar se a relação com o Outro está se tecendo (Crespin, 2004 apud Araújo, 2010).

não um diagnóstico. *“Por exemplo [...] uma criança, numa faixa etária que tem uma imaginação extremamente exacerbada. Só que esta tem uma imaginação exacerbada demais, digamos assim, a ponto de criar, digamos, fantasias que talvez aos olhos de alguém mais leigo pudesse achar: “isso né coisa de criança não, esse menino tá delirando [...] Aí eu digo: “Não. Vamos observar essa criança”. Ele pode até ter, de acordo com alguns critérios diagnósticos dentro da literatura. Preencher, digamos assim, vamos usar um termo subjetivo, é um cheiro de uma patologia, de uma psicose, por exemplo. Mas a gente sabe que ele tá na faixa etária, isso é fundamental, do desenvolvimento normal, né? E o que é que tá envolvendo esse sintoma? Qual a dinâmica familiar? Quais as vivências que ele tá tendo hoje? O que é que tá acontecendo na vida dessa criança que pode tá fazendo com que surja esse sintoma?”* (sic).

Nesse sentido, Sophia acredita que é necessária uma escuta diferenciada e não apenas uma patologização da doença ou quadro clínico. Ela diz que os *“sinais e sintomas específicos que nos fazem montar uma síndrome e levantar uma hipótese diagnóstica de um autismo de acordo com classificação a, b, c ou d, num é? Mas, antes de mais nada, a gente tem que ver em que contexto aquela criança vive, ver a dinâmica familiar. Bom, então, termos práticos e objetivos, como médica, de acordo com a literatura eu tenho que seguir critérios médicos, né? [...] Mas como pessoa e ser humano dentro da profissão que exerço, eu acho que a gente tem que observar muito bem essa criança e construir um diagnóstico evolutivo. É por isso também que não é numa primeira instância, nem num primeiro encontro que a gente vai comunicar a família aquele diagnóstico”* (sic).

5.1.2 Devolutiva do diagnóstico aos familiares

Todas as profissionais relatam que a maioria das famílias atendidas no CAPSi são encaminhadas de outros serviços, chegando em sua maioria com a indicação diagnóstica de autismo. Eles alertam que os familiares, geralmente, procuram indicadores do diagnóstico de autismo na internet e chegam angustiados dizendo: *“meu filho é autista”* (sic), com uma classificação pré-estabelecida. Susi diz que *“muitas vezes o que se explica lá no Google é que o autismo não tem cura”* (sic), e isto atormenta as famílias. Em contrapartida, Nana explica que a intervenção da equipe visa desconstruir o *“engessamento”* da demanda e esclarece que não trabalham com a linha comportamental, na perspectiva de condicionamento, e diz: *“não*

tô dizendo nem que é certo ou que é errado, mas, assim, a gente aqui não pactua [...] o que às vezes a gente vê são robozinhos, né?” (sic).

Segundo Bia, *“tem mães que a gente diz: ‘qual é a queixa?’ e diz: ‘Autista’. Ai as vezes a gente, sabe: ‘Autista? Quem foi que lhe disse?’, ‘Não por que ele faz isso, isso e isso. De dez critérios ele faz cinco, mas eu tô na dúvida e ele tem ou não tem’.”(sic).* Assim, de acordo com a profissional, a intervenção se propõe a acolher e escutar a família, de modo a situar que tais crianças e adolescentes *“são sujeitos em desenvolvimento”* (sic), de modo que suas potencialidades sejam levadas em consideração. Bia explica que mesmo quando a criança já chega com um diagnóstico ao serviço, este não é desprezado, ainda que a equipe discorde.

Tati realça que a preocupação da equipe não é *“diagnosticar aquela criança, é acolher e cuidar”*, por que trabalham *“com aquela família sobre a questão do autismo, né? Não vamos tentar dizer: ‘o autismo é isso e isso’, mas vamos tentar dizer de uma forma mais, assim, acolhedora. Trabalhar o que é autismo. Ver o que ela já traz da idéia que ela tem e trabalhar com aquela, com aquela família. E é por isso que em nossa grade de atividades nós temos o trabalho com família e cuidadores”* (sic).

Todas as profissionais entrevistadas rechaçam a proposta de um diagnóstico fechado e imutável, que limite e cristalice as possibilidades do sujeito. A maioria deles prefere focar nas potencialidades da criança e na sua capacidade de aquisição, considerando desnecessário elaborar um diagnóstico.

Para Bia a devolutiva deve ser no sentido de *“mudar e pontuar as possibilidades que cada um pode apresentar”* (sic), visto que *“aqui a gente não trabalha com diagnóstico, a gente não trabalha [...] a gente não dá devolutiva assim: sua criança, vamos dizer, é um autista [...] a gente trabalha: aqui é um CAPS infantil que trabalha com crianças em grave sofrimento psíquico”*(sic).

Nana e Susi compartilham deste discurso em torno das possibilidades de mudança do indivíduo exposto por Bia. Todavia, Susi e Isa parecem interpor uma sutil diferença de sentido no seu discurso quando comparado ao de Bia, tendo em vista que as dificuldades também são relevantes, embora a intervenção seja no sentido de estimular o investimento da família nas potencialidades da crianças. Susi diz que a criança pode *“ter traços de autismo, que ela até pode ter características de autista, que ela até pode ser autista, mas que cada uma consegue alguma coisa de alguma forma. Que a gente tem sempre que estimular, que a gente entende todo o cansaço, que a gente entende que algumas coisas não surtiram efeito,*

mas que a gente tá pra acreditar na criança, que a gente precisa da família pra construir esse trabalho juntos” (sic).

Isa ressalta que é preciso levar em conta o que o indivíduo conseguiu ou não conquistar, considerando sua singularidade. Sob sua perspectiva, o diagnóstico em si não fala sobre quem é aquele sujeito, sobre aquela pessoa, tendo em vista que vários indivíduos podem receber um mesmo código classificatório, mas terem histórias absurdamente diferentes. Acrescenta que *“se a gente for pegar uma lista de sintomas, talvez a gente enquadre, mas não é isso que a gente tá levando em consideração aqui [...] a gente acredita que a pessoa é muito mais do que isso, sabe? Que a possibilidade de uma pessoa de dois, três anos, quatro anos é imensa né. Aí a gente, a gente coloca isso, mas não negando que a gente tá percebendo a dificuldade e que a gente acha que essa criança é precisa sim, de um atendimento aqui. Aí a gente vai estabelecer como é que é esse tipo de atendimento”* (sic).

Tati relata que algumas famílias chegam ao serviço contando que receberam diagnóstico de outros profissionais, em que eles alertavam a mãe que o filho não irá estudar, casar ou ter uma vida social como outras crianças. Ela explica que, nesses casos, os familiares ficam bastante angustiados e tendem a não acreditar que o filho pode desenvolver habilidades. Sophia relata que quando a criança chega com um diagnóstico de outro serviço, ela considera as pontuações do outro profissional, mas constrói sua própria impressão diagnóstica acerca do sofrimento psíquico daquele paciente.

Susi e Tati acreditam que às vezes não é necessário falar o diagnóstico aos familiares, pois com o tempo eles vão amadurecendo. Susi diz que as mães *“são muito tranquilas em relação a isso, depois que elas entram não querem saber de diagnóstico, elas ficam muito tranqüilas com relação a isso. Num ficam perguntando, num ficam querendo saber. [...] Sempre houve muito o que a gente diz, eles sempre acabam, lógico que tem suas exceções, mas a maioria, sabe, tá muito ligado no que a gente fala, a gente chega muito junto. A gente conversa, quando a gente percebe uma mãe muito angustiada a gente chega junto”* (sic).

Por outro lado, Liz defende que a devolutiva do diagnóstico *“fica meio frouxa”* (sic), tendo em vista que, embora o caso seja discutido em equipe e a criança seja encaminhada para os grupos para dar início ao seu tratamento, nem sempre os pais têm acesso ao diagnóstico dos filhos. Ela menciona que *“o que não acontece é justamente essa questão de dar o diagnóstico aos pais, de dizer realmente seu filho tem tal diagnóstico”* (sic). Do seu ponto de vista, fica uma incógnita para a família, embora esta, muitas vezes, já chegue ao serviço com a hipótese diagnóstica levantada e indaga: *“a família chega aqui com uma dúvida se a criança tem ou não tem, como é que a gente vai dar um encaminhamento? Teoricamente a*

gente teria que dar uma definição, por que muitas vezes elas esperam isso.” (sic). Acrescenta que, caso fosse com um filho seu, gostaria de ouvir uma definição clara do diagnóstico.

Sophia, por sua vez, sugere que o diagnóstico deve ser dito a família, com a ressalva de que é importante “tentar colocar pra família que o importante é a gente cuidar da criança e desenvolver as potencialidades dela. E à medida que as coisas vão se delineando, a gente vai tentando comunicar isso de uma forma mais tranquila. Não como um diagnóstico devastador, porque ouvir sobre uma doença que, digamos, a internet informa né, que é incapacitadora, dependendo do estágio em que se encontre, é devastador pra família, né verdade?”.

No que diz respeito ao profissional habilitado para “dar o diagnóstico” (sic,) Susi diz: *“como eu sou [-]”²⁸, eu não dou diagnóstico [...] a gente sempre remete mais pra questão do Psiquiatra né, e aí ele dá o diagnóstico. Seja um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, seja um retardo que as vezes pode vim associado com autismo, mas a gente não fecha” (sic). Este discurso parece interpor uma contradição, tendo em vista que todo profissional que realiza Acolhimento redige um laudo que contém um diagnóstico, ainda que isto seja feito a nível administrativo.*

Em relação à intervenção, Nana discute que esta se dá no sentido de que *“surja um sujeito, um afeto né, mesmo que seja com dificuldade, mesmo que seja uma coisa mais precária, mas que seja, né?”*. Ela realça a importância de que as crianças sejam tratadas como *“normal”*, apesar das dificuldades e diz: *“Ele vai aprender com o recurso que ele tem, né. Aonde a gente, aonde eles vão chegar a gente não sabe [risos] né.” (sic).*

5.1.3 Interferências políticas e administrativas na realização do diagnóstico e no tratamento da criança

Nos discursos dos profissionais, de forma geral, foi observado que é considerada a caracterização dos sinais e sintomas definidos pelos manuais psiquiátricos, não apenas por ser uma exigência administrativa, mas também por que estas referências parecem imbricadas no fazer clínico da equipe desta instituição. Assim, faz-se necessário analisar em que medida estas interferências políticas e administrativas podem interferir na prática clínica da instituição.

²⁸ Neste trecho o profissional diz sua profissão. A fim de resguardar o sigilo do participante, suprimimos esta informação.

Sophia explica que a composição da PAC é uma questão de subsistência financeira da unidade, tendo em vista que o CAPSi sobrevive do repasse de dinheiro do órgão público. Nesse sentido, os laudos justificam a presença do usuário no sistema, sendo necessário que, muitas vezes, de forma precoce, seja feita uma classificação ou suposição de uma hipótese diagnóstica.

Em relação à utilização do CID-10, Bia explica que *“No laudo coloca²⁹, mas isso é uma questão administrativa. Uma coisa interna, tá entendendo? [...] é uma coisa que a gente tem que entregar, tá entendendo? Mas na prática a gente tenta não se pautar. Eu não vou me fixar. Por exemplo, eu fiz um laudo daquele menino que ele é um autista, vamos dizer. E eu vou me fixar que João, quando ele entrar aqui, ele é um autista? Não. Quando João entrar aqui nessa sala, João tá com Joaquim, João tá com fulano. E a gente vai tentar na prática estimular.”*(sic).

Observamos no discurso de quatro entrevistadas uma tendência a tomar o diagnóstico como um dever administrativo, tendo em vista a necessidade de definir no laudo uma classificação nosográfica de acordo com o CID-10, já que esta classificação é considerada domínio público. Bia retifica que *“o laudo a gente trabalha lá dentro”* (sic), num movimento de separação do interno-externo, dentro-fora. Expõe, ainda, que é importante que o diagnóstico *“[...] não fique na frente, ele fique aqui, ao lado, não na frente da gente. A gente não vai se focar diante do que é isso, entendeu? Tem a questão administrativa que a gente tem que preparar um laudo pra receber a verba. Essa criança pra estar ficar aqui tem que ser justificado: Por que ela tá aqui?”*(sic).

Nana enuncia que *“quanto ao diagnóstico, e de uma forma geral, a gente não se prende muito a isso de dizer. Claro que a gente precisa botar no laudo [...] mas a gente evita, inclusive”* (sic). Avalia que as famílias chegam muito ansiosas em relação à definição do diagnóstico da criança, *“como se o diagnóstico desse um certo alento”* (sic), apaziguamento. Ela acrescenta que o trabalho realizado pela equipe é sustentado por um referencial psicanalítico, evitando-se, portanto, a definição do diagnóstico, tendo em vista que *“a coisa é evolutiva.”* (sic).

Liz, por sua vez, discorda um pouco desta tendência que há no serviço *“de não se trabalhar tão em cima do diagnóstico”* (sic) e informa que uma das justificativas dada para tal posicionamento é as repercussões que o diagnóstico pode trazer para a família. Entende

²⁹ Refere-se a PAC.

que, caso o diagnóstico seja proferido, a família pode não investir no tratamento da criança, o que teria sérias consequências.

Além dessas questões, Susi revela interferências políticas na prática clínica da instituição, expondo que tem sido difícil dar conta dos acolhimentos, tendo em vista a perda de cinco profissionais em decorrência da ação do governo de cessar os contratos, apesar do Prefeito ainda não ter nomeado os profissionais que passaram no concurso em junho de 2012, que viriam a substituir os contratados.

5.1.4 Dificuldades dos profissionais na elaboração do diagnóstico e tratamento da criança.

Nana identifica como dificuldade na prática clínica a “ausência de equipamentos” (sic) para encaminhar os usuários do CAPSi e as parcerias com outros serviços, tendo em vista o processo de alta. Ela diz que “em relação à alta, assim, a gente tenta [...] dar alta, assim, dentro das possibilidades, o mais rápido possível, evitando que cronifique, fique aqui muito tempo. [...] O próprio ambulatório, que a gente às vezes quer deixar o menino que não precisa, mas, às vezes, precisa de uma terapia individual pra dar sustentação dali pra frente, quando ele já tá melhorando. A gente é muito escassa né. E assim, esses equipamentos também de esporte, de, de coisa mais lúdica. A gente luta aqui muito [...] uma escola onde tivesse esse tipo de coisas seria excelente, mas a gente não, não consegue” (sic). Contudo, compara que, diferente do adulto, a criança tem garantido o espaço da escola.

Tati acrescenta, em relação ao processo de alta, que existe uma angústia dos familiares, posto que o CAPSi é um lugar de passagem. Ela explica que “a criança continua a ser uma criança autista, mas aí a gente vai tentar inserir ela em outras atividades, vê como é que tá na escola, no apoio pedagógico. Para que ela continue a vida dela sem estar no CAPSi. Até por que as vezes as crianças que passam no CAPSi ficam rotuladas [...] Até o momento que ela tá sendo beneficiada aqui, ótimo. Mas se aquilo ali não tá sendo mais benefício pra ela, a gente tem que procurar onde vai ser bom pra ela. Num é que o trabalho não está bom, mas é que pra ela até ali já dá, a gente não tem mais nada a fazer, tá entendendo?” (sic).

O discurso de Nana e Tati parece estar articulado àquele do Ministério da Saúde (2004, p.27), em que “o importante é saber que o CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia,

deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa”. Entretanto, é necessário questionar em que condições este processo de alta e/ou encaminhamentos a rede vem sendo realizado.

Bia e Nana consideram que as condições precárias da população de baixa renda repercutem no tratamento da criança. Bia relata que em alguns casos os cuidadores também apresentam transtornos e/ou fazem uso de medicação, sendo necessário repetir a explicação das intervenções ou informações do tratamento da criança. Nana caracteriza esta população como *“Carente de tudo. Carente de recurso, carente de afeto. Vivem numa comunidade muito perigosa, enfrentam desemprego, tem tudo, tem droga, tem tiro [...] Crianças amontoadas, muitas vezes, assim, a maioria dorme com os pais. A gente fica querendo fazer essa separação, mas às vezes fisicamente não é possível [...] o próprio esvaziamento mesmo né, de muitas mães. Pela própria história de vida de cada um, certo. Reproduzem essas coisas nas crianças”* (sic). Diante desses impasses, Bia realça a necessidade de também aprender a lidar com os limites dos cuidadores e observar as possibilidades que a família pode oferecer a criança.

Bia revela que muitas vezes os pais não entendem a proposta do brincar como recurso de intervenção terapêutica, dizendo: *“Ah! Num vou mais trazer não. É só pra brincar, brincar, brincar.”* (sic). Ela relata que muitas crianças sequer dão função ao brinquedo. Nesses casos, é esclarecido nos grupos destinados aos pais os objetivos das intervenções, tendo em vista *“que toda intervenção tem um porquê, nada é por acaso. Até o lanche que é dado nas salinhas tem um porquê.”*(sic)

Susi expõe que tem dificuldade na condução do tratamento das crianças quando, por exemplo, observa a necessidade de um atendimento fonoaudiológico e precisa encaminhar para um profissional, tendo em vista a progressão do quadro da criança, mas não consegue uma vaga. Acrescenta que, no início, não sabia sobre saúde mental e que quando foi trabalhar com crianças precisava identificar certas coisas que não havia aprendido na graduação, o que gerou dificuldades.

Quanto à dificuldade na elaboração do diagnóstico, Liz enuncia que *“se a família me perguntasse: ‘você acha que meu filho é ou não é?’”. Aí eu realmente não saberia responder. Se eu deveria realmente responder. Por que aí entra a questão do impasse de um diagnóstico que veio, que já chegou aqui e outro que a gente supõe ou não supõe que ele tenha. Aí essa questão fica meio, fica meio no ar mesmo”* (sic). Ela sugere, em relação a esta problemática, que as discussões da equipe fortalecem o profissional, de modo que ele saiba o que está

fazendo, dando-lhes segurança para avaliar se num determinado caso a família tem ou não condições de receber o diagnóstico.

Em relação à estrutura física e aos recursos materiais, Nana, Sophia e Tati relatam sérias dificuldades. O local físico é alugado e não possui uma estrutura adequada, as salas são improvisadas e, em alguns momentos, apresentam risco de segurança por falta de manutenção. Sophia relata que *“o teto aqui já chegou a cair. Aí passa por questões políticas e burocráticas de autorização e licitação pra concertar e num sei o quê. Então tudo isso mexe na dinâmica da equipe e, conseqüentemente, do próprio paciente. Por que houve [...] pelo menos nos últimos dois anos, duas reformas aqui, que precisamos realmente parar de funcionar né. Muito embora não paramos, num é. Ficamos. Fizemos escala, viemos mesmo com os escombros né. Teve dia da gente atender ali, lá na entradinha mesmo, naquela porta de entrada do CAPSi. E todos os profissionais não deixaram de atender por conta disso. Por que a gente sabe também o quanto é importante, principalmente pro paciente, especialmente pra ele, que é o nosso objeto principal num é, final, a continuidade, a regularidade do tratamento.”* (sic).

Outra dificuldade levantada por Sophia é a questão do aumento da demanda de atendimento no CAPSi. Ela alerta que *“o que a gente não pode esquecer, é que a gente não pode apenas ficar correndo contra o tempo e se prendendo a uma constelação diagnóstica sem escutar o paciente, sem escutar o sofrimento por que lá fora tem dez esperando pra ser atendido. Num é por aí. Né?! Então a gente precisa também, enquanto profissional, falando do lado profissional, respeitar a questão dos limites por que a gente vai começar a fugir da proposta nossa que a proposta do respeito, do acolhimento, a partir do momento que a demanda é muito grande, né?”* (sic). A profissional realça que esse limite não deve ser ultrapassado, para que não se corra o risco de se *“parar de escutar o outro”* (sic).

Observamos que, apesar dos percalços que se interpõe na prática clínica devido a questões de ordem sociopolítica, parece haver uma dinâmica na equipe que aponta para um comprometimento e solidificação desses vínculos. Todas as profissionais realçam como um ponto positivo a coesão e o comprometimento dos profissionais que compõem a equipe na prática clínica, como enfatiza Nana: *“a gente faz do limão a limonada”* (sic).

Contudo, Isa sugere algumas mudanças que, sob seu ponto de vista, seria fundamental para o desenvolvimento do trabalho no CAPSi, como: a supervisão clínica, criação de novas unidades, a construção da identidade da instituição e a possível articulação entre o CAPSi e a rede. Esta profissional acredita que a supervisão deveria ser mais sistemática, com enfoque mais clínico do que institucional, como costuma acontecer. Levando em conta que se trata de

um trabalho em equipe composto por profissionais de diversas áreas e formações distintas, com diferentes visões de mundo e clínica, julga natural que surjam conflitos e divergências. Ela enfatiza a importância de que esta clínica esteja em consonância com os diversos fios que a compõe para ter consistência. Por isso, Isa destaca a relevância da construção de uma identidade para a instituição, indagando: Que instituição é essa? Qual sua proposta? Qual sua identidade? Respondendo que a mesma *“Se propõe a tratar crianças graves e tal, mas, assim, tem coisas que ligam à gente [...] mas o que é mesmo? Eu não sei te dizer. O que é que liga todo mundo? [...] O que é mesmo que a gente adota num determinado posicionamento, sabe? Por que todo mundo acredita mesmo?”* (sic).

Isa acrescenta a necessidade de criação de novas unidades, a fim de acolher a grande demanda, visto que o CAPSi Zaldo Rocha é responsável pelo atendimento de três distritos e, portanto, cinquenta e sete bairros. Ela defende que o investimento na sistematicidade do acompanhamento no território poderia ser útil diante do impasse da sobrecarga de usuários. A esse respeito, relata que as pessoas costumam dizer: *“Ah! Mas os CAPS não têm pernas para estar fora.”* (sic). Porém, contrapõe explicando que *“o CAPS não entende muito que não tem perna para estar fora, e eu vou ter as vezes que aqui fazer coisas, que eu poderia tá fazendo lá fora e aquilo poderia tá se desdobrando em muito mais. Então, assim, quando eu tô atendendo uma situação lá no PSF, no acolhimento que eu faço aqui, se eu tivesse atendendo lá no PSF com o médico, com a equipe de saúde da família [...] Ou se eu tivesse discutindo aquele caso lá, aquilo poderia, na medida que se reverte em conhecimento pra essa equipe[...] a situação vai tá sendo muito maior, vai ter uma amplitude muito maior, sabe? Então, assim, é um grande dificultador.”* (sic).

5.2 FAMILIARES DAS CRIANÇAS

Neste tópico, embora a discussão seja feita a partir de três aspectos: (1) Modo de transmissão do diagnóstico e impacto do seu recebimento na família; (2) Dificuldade dos familiares em lidar com as crianças; (3) Dificuldade dos familiares no tratamento; optamos por trabalhá-los por meio da história de cada família e não por tópicos separados. Acreditamos que assim não haverá fragmentação dos dados.

Todos os familiares entrevistados foram mães de crianças que receberam diagnóstico de autismo. Observamos que a figura paterna, na maioria dos casos, não costuma acompanhar o tratamento dos filhos sistematicamente. Duas profissionais relataram que, de um modo

geral, quem acompanha as crianças são as mães e que, em alguns casos, o pai chega a abandonar a família após o recebimento do diagnóstico. Observamos que apenas o pai de Chico acompanha seu tratamento ativamente, indo levar o filho as consultas e participando dos grupos de família.

Todas as mães relatam que receberam algum diagnóstico antes de chegar a instituição. Observamos que todas as famílias passaram por diversos profissionais antes de chegar ao CAPSi, recebendo, inclusive, diagnósticos diferentes. O primeiro profissional a ser procurado, em todos os casos, foi uma Fonoaudióloga, a fim de averiguar a fala verbal da criança. A idade média em que os familiares buscaram ajuda profissional foi entre 1 (um) ano e 2 (dois) meses e 2 (dois) anos, devido, principalmente, a ausência de fala verbal, além da dificuldade na interação com as pessoas.

5.2.1 Família de Léo

Olívia conta que teve várias complicações quando estava grávida de Léo, que chegou a levar uma queda e foi rejeitada pela sua família e pelo pai da criança. Acrescenta que tentou suicídio e chegou a dizer que iria tirar o filho, pois a minha família não queria. Porém, sua tia lhes disse: *“onde cria um, cria outro”* (sic). Léo não foi o primeiro filho de Olívia, ela conta que tem uma filha mais velha e que já teve um filho que nasceu, mas morreu. Assim, ela começou o pré-natal, fez ultrassom e deu tudo normal. Contudo, quando estava com seis meses o médico disse: *“mãe, eu vou passar uma ultrassom pra você ver esse menino, por que eu acho que ele não vai nascer vivo”* (sic).

Os exames foram realizados e a médica que os avaliou disse que estava tudo normal. Olívia relata que apesar de ter sido abandonada pelo pai da criança e da falta de apoio familiar, recebeu ajuda de várias pessoas *“de fora”* (sic), de seus clientes, pois costumava trabalhar como manicure. Ela relata que passou situações de extrema precariedade para sustentar o filho, chegando a ter uma renda mensal de setenta reais.

Após o nascimento de Léo, Olívia conta que teve depressão pós-parto. Ela relata que o teste do pezinho detectou uma anemia e que quando o filho, com quatro meses de vida, levou uma queda, de modo que foi atendido no hospital da restauração e encaminhado o IMIP, para avaliar os possíveis danos da queda. Olívia conta que fez todos os exames e levou para a médica, que disse: *“Mãe, não fique com raiva não, mas seu filho nem vai andar, nem vai falar. E eu disse: mas doutora, a senhora nem viu os exames direito”* (sic). O resultado dos

exames diagnosticava que a criança tinha uma síndrome neurocutânea. Ela revela que o filho tinha convulsão, mas que ela não sabia e que só veio descobrir quando ele caiu, pois *“ele foi tendo convulsão nos meus braços de casa pra restauração. [...] a minha sorte foi que eu não peguei um sinal fechado, todos os sinais que eu peguei tava aberto”* (sic).

Olívia diz que ficou revoltada com a maneira com a qual o diagnóstico foi transmitido. Após tal acontecimento, ela procurou atendimento no CISAM. Porém, apenas quando o filho estava com nove meses de vida foi que conseguiu uma vaga para ser acompanhado pela Neurologista. A médica refez os exames, pois a irmã de Olívia havia perdido o laudo médico, de modo que o diagnóstico foi confirmado mais uma vez. Olívia relata que foi muito bem atendida pela Neurologista e que Léo continuou seu atendimento neurológico no CISAM, mas também foi encaminhado para fazer fisioterapia no CERVAC, pois *“ele era bem molezinho e a cabeça dele batia aqui nas costas”* (sic).

Para Olívia foi muito difícil receber o diagnóstico do filho e diz: *“Hoje em dia pra mim é relativo, mas no começo eu tive depressão de novo e fiquei só o palito”* (sic). Porém, depois de um tempo disse que superou e começou a trabalhar para manter os gastos, pois o filho só veio receber aposentadoria com um ano e oito meses e diz: *“mas até esse tempo eu superei tudo só [...] eu cheguei a viver com setenta reais”* (sic).

Após um tempo de acompanhamento, a Fonoaudióloga do CISAM perguntou se Olívia se ela já tinha ouvido falar no CAPSi e a encaminhou para o Zaldo Rocha. Fazem em média de três a quatro anos que Léo está sendo acompanhado na instituição perfazendo hoje sete anos de idade. Olívia relata que foi muito bem atendida na unidade e que o filho melhorou bastante após o tratamento.

Atualmente Léo frequenta a escola e faz acompanhamento individual e em grupo na instituição. Olívia casou novamente, tendo um relacionamento que dura há quatro anos. Ela relata que seu marido gosta bastante do seu filho e ajuda no tratamento, comentando que pediu a Psicóloga do CAPSi para chamá-lo para participar também dos atendimentos, pois quando ela nega alguma coisa, ele costuma fazer as vontades de Léo.

Olívia mostra um caderno com as anotações sobre a história de Léo e diz: *“tudo que eu tenho na minha vida tá marcado aqui dentro”* (sic). Quanto as suas expectativas, ela conta que *“se Deus quiser ela melhorar, falar, e se derem alta vai ser ótimo. O que toda a mãe quer é isso [...] Eu tenho fé em Deus que ele vai falar e vai interagir como uma pessoa normal”* (sic).

5.2.2 Família de Chico

Chico desde os quatro meses de idade ficava sob os cuidados das avós para que a mãe pudesse trabalhar. Clara relata que as avós eram as responsáveis pelo estímulo na aprendizagem do neto, ensinando-o, por exemplo, a falar. Quando Chico estava com uns cinco meses de idade, sua avó paterna começou a ficar doente, tendo câncer de mama e metástase pulmonar. No mesmo dia que ele completou um ano de vida, sua avó faleceu. Clara conta que foi muito difícil está fase, pois sua sogra era muito presente em sua vida e na de seu filho. Dois meses depois a avó materna da criança abriu um negócio, de modo que o filho começou a ser cuidado pela tia. Nessa transição de cuidador, da avó para a tia, Clara relata que começou a perceber mudanças no comportamento do filho.

Chico, com um ano e dois meses na época, parou de falar e ficava mais *“fechado [...] não brincava mais e só ficava o tempo todo assistindo televisão. Aí eu fiquei pensando: Meu Deus, será que é por que a minha irmã, ela tem a fala meio, ela fala meio pelo nariz, meio fanha né e ele não entende o que ela fala? E como ela não tem costume com criança, será que Chico começou em vez de desenvolver, ele retardou o que tava aprendendo? Aí eu comecei a me angustiar. Eu disse: Meu Deus, eu tenho que falar com alguém.”* (sic).

Inicialmente, os pais procuraram uma Fonoaudióloga, com quem a criança ficou sendo acompanhada durante dois meses, porém a profissional disse aos pais que não estava conseguindo trabalhar com Chico, pois ele não escrevia, não falava, se aborrecia com facilidade e só fazia jogar as coisas, de modo que indicou que a família procurasse um Psicólogo e um Neurologista.

Clara relata que nesse momento ainda não começou a se assustar, *“até mesmo por que como eu já tava percebendo isso em casa, eu fui procurar ela pra me ajudar mais na parte da fala. Eu tava percebendo que Chico estava focando só em poucas coisas, tava se isolando, não tava dando atenção quando a gente falava. A gente falava e parecia que a gente não tava falando com ninguém. Eu sabia que ele não tinha problema de escutar e que ele escutava muito bem. Desde o começo ele fez exame, tudinho, e não tinha problema de audição. Foi a parte da fala que começou mesmo a me chamar atenção”* (sic). Desde então, os pais procuraram um atendimento psicológico para o filho.

A primeira Psicóloga procurada por Clara disse que não poderia atender Chico, argumentando a falta de recursos lúdicos para trabalhar com a criança e explicando que trabalhava mais com adultos e com crianças acima de sete anos, com os quais podia estabelecer uma conversa. A profissional então encaminhou a criança para um atendimento

numa clínica-escola de uma faculdade particular, na qual Chico iniciou seu acompanhamento com um Psicólogo. Chegando lá, Clara relata que contou ao profissional que, embora não tivesse recebido nenhum diagnóstico de nenhum profissional, por trabalhar na área de saúde, havia pesquisado sobre os sintomas apresentados pelo filho e desconfiava que ele tivesse autismo. Segundo ela, o Psicólogo disse: *“eu vou ficar fazendo umas sessões com Chico, vou conversar um pouquinho com vocês, mas eu não vou levar em consideração isso não, eu vou levar em consideração mais a falta das avós”* (sic). O tratamento durou seis meses.

Mesmo com o acompanhamento, nenhum diagnóstico foi transmitido à família. Até que por indicação de uma enfermeira os pais procuraram um Psiquiatra. Como Clara estava trabalhando no dia da consulta, apenas o pai da criança compareceu. Segundo ela o pai de Chico contou que o médico mal olhou para a criança e, quando indagado sobre sua situação disse: *“olhe, infelizmente, esse daí vai ser uma cruz que você vai carregar pro resto da sua vida e mais seis meses depois da morte dele”* (sic), receitando Neuroleptil para a criança. Acrescenta que o marido não disse nada, até que o Psicólogo sugeriu que ele contasse o que havia acontecido.

Clara relata que ficou desesperada com a notícia, apesar de já imaginarem este diagnóstico, e diz: *“Só faltava o médico dizer: Olhe, é isso mesmo. Mas a gente já vinha se preparando num é. É muito difícil pros pais chegarem, ver todo um bebê nascer perfeito. Num senti nada na gravidez, tudo normal. Ele veio se desenvolvendo normal e de repente, ele começou a aparecer com isso. E a gente saber, não com gravidade, mas saber que ele pode ter isso pro resto da vida”*.

No que concerne ao pai da criança, Clara conta que no começo *“foi difícil, por que assim, num é que ele não aceitava, é que ele não entendia Chico [...] Pra ele o pior processo foi se adaptar às situações de Chico, porque ele não entendia o que ele queria, ele chorava, ele fazia birra. Porque a gente não entendia o que ele queria. Eu procurava, eu via muito, tinha vezes que, assim, à noite, eu conversava muito com o psicólogo dele, eu cheguei a dizer pra ele que tava com vontade de sair de casa, de ir pra casa da minha mãe, porque ele não tava ajudando a gente, ele não tava me ajudando a entender Chico. E ele tava, assim, muito estressado. Chegava em casa, não dava atenção mais a gente, ficava isolado”* (sic).

Posteriormente, o diagnóstico de Chico foi confirmado por outro Psiquiatra. Este explicou que *“pelo que ele tinha visto ali, no tempo que a gente ficou no consultório com ele, ele disse que Chico tinha o espectro, mas não fechou o diagnóstico, por que disse que ele é muito pequeno. [...] E num é porque ele tá com isso agora que eu vou fechar o diagnóstico*

dele de jeito nenhum. E essa medicação, ele não precisa, eu num to vendo nenhum menino estressado aqui” (sic). O Psiquiatra então encaminhou a criança para um CAPSi.

Clara relata que foi muito bem atendida no CAPSi Zaldo Rocha e diz: *“Rapaz, eu adorei. Eu não sabia que era desse jeito assim, que tinha essas etapas e depois dentro do processo eles diziam pra gente o que iam fazer com Chico [...] tem oito meses que Chico tá aqui, ele melhorou muito, muito mesmo. A atenção que ele não tinha, ele começou a ter. A parte da fala não, por que é complicado. Chico é um processo lento.”* (sic). Ela esclarece que não recebeu nenhum diagnóstico nesta instituição, *“porque a gente já chegou com o diagnóstico de Dr. Cicrano né, ta entendendo? Aí as meninas não disseram nada, só trabalharam com ele, assim, na parte de interação, de mostrar pra ele, mas elas não me falaram sobre diagnóstico nem nada não”* (sic).

Atualmente Chico tem três anos e oito meses, faz terapia em grupo e acompanhamento com a Terapeuta Ocupacional no CAPSi, além de Fonoaudiologia em uma instituição privada, tendo em vista a falta de profissional no serviço público. Além disso, a criança também frequenta uma escola perto de sua casa há dois anos. Para a mãe da criança, o acompanhamento que o filho vem realizando é suficiente. Acrescenta que após o início do tratamento e das conversas com os especialistas, o pai da criança mudou bastante e começou a entender melhor o filho e diz: *“foi quando ele começou a ter muita paciência. Ele tem muita paciência com Chico agora, mas antes ele num tinha de jeito nenhum. Ele não conseguia entender ele. E como juntava, ele via eu me interessando pelo assunto, de saber como ajudar ele, entender ele, eu fui quem busquei mais e tive mais paciência com ele”* (sic).

No que diz respeito às dificuldades no acompanhamento com Chico, Clara expõe sua dificuldade em contar para a família e diz: *“A gente nunca quis falar sobre isso com minha família né, ninguém nunca quis falar sobre isso, ninguém na família da gente tem. Eu sempre quis saber por que aconteceu isso com Chico, a gente não sabe ainda. Se fosse assim, todo mundo já sabia né. A gente num sabe o porquê. Na minha família num tem, na família dele num tem [...] Até a família da gente também pra poder entender, no começo foi bem complicado. Hoje todo mundo entende ele, quem convive com ele e tal.”* (sic). Parece que apesar do diagnóstico ter sido pontuado para a família, ainda há uma incógnita a respeito do quadro da criança, gerando ansiedade nos familiares.

Quanto à expectativa em torno do tratamento, Clara fala *“que é a parte que eu queria mais, assim, que é a parte da fala, porque num é porque eu entendo o que ele quer, ele pega o objeto e põe a mão da gente no objeto né, mas eu queria muito a parte da fala. Porque, assim, eu to me preocupando agora que ta chegando final de ano e que acabe a escola”* (sic).

Clara relata que os professores são pacientes com o Chico e acolhedores com suas preocupações, mas que não há um suporte pedagógico, o que acredita que ajudaria a desenvolver as aptidões da criança. Atualmente, a família está em busca de um profissional que possa opinar sobre a situação escolar de Chico, para que decidam se deve ou não mudá-lo de escola. Este é um assunto que vem angustiando bastante Clara atualmente, e ela diz: *“eu fico pensando, assim, que num é que Chico num vá aprender não. Eu fico pensando, num é comparando não, mas é meio que comparando. Meu Deus, Chico vai entrar numa sala de aula junto com outras crianças, até a menina que estudou junto com ele, os meninos tão tudo aprendendo e Chico tá lá sem aprender nada. Eu fico pensando assim, tas entendendo? [...] Mas eu não posso cobrar isso de Erick né? Eu to querendo cobrar uma coisa que eu não posso né?”* (sic).

5.2.3 Família de Kaê e Pedro

Gil relata que quando os filhos gêmeos estavam com dois anos foi que começou a perceber que os filhos não falavam. Ela relata que eles eram crianças bem desenvolvidas, que haviam andando rápido e que os dentes haviam saído rápido também. Intrigada com o desenvolvimento da linguagem verbal das crianças, a mãe de Kaê e Pedro procurou um PSF, sendo encaminhada para Policlínica Campinas Barreto, onde teve uma consulta fonoaudiológica. As crianças passaram por uma avaliação, em que foi realizado uma audiometria e os resultados foram normais. De modo que a Fonoaudióloga liberou as crianças e disse que com o tempo elas iriam falar.

Contudo, o comportamento dos meninos foi agravando. Segundo Gil, *“eles não paravam num canto de jeito nenhum. Pareciam dois raios, dois foguetes.”* (sic), de modo que *“a enfermeira foi observando que eles não eram normais. Aí me passou pro clínico geral de lá. Aí ele foi, mandou que eu fosse pro IMIP, para doutor Marcelo Bandin. Aí eu fui pro IMIP, levei eles e não consegui vaga. Aí, pelo meu desespero, porque eles não tava dormindo. Passava dois, três dias acordado direto, surtando. Surtava mesmo. Aí eu fiquei desesperada”* (sic). Porém, devido ao grande número de pacientes para um único especialista da área, as crianças não foram atendidas, sendo encaminhadas para o Ulisses Pernambucano.

Gil conta que foi muito bem atendida no Ulisses Pernambucano, mas que não falaram nada sobre a situação dos meninos. De modo que a médica passou medicação e encaminhou para o CAPSi Zaldo Rocha, tendo em vista que não trabalhavam com crianças. Ela relata que

não sabia que existia CAPS para crianças, mas que sabia que tinha para adultos, pois duas de suas tias *“têm problemas mentais”* (sic).

Antes de ir para o CAPSi, a geneticista Paula Arruda foi consultada. Segundo Gil, ela diagnosticou as crianças como autistas, sendo *“que Kaê é autista mais grave e Pedro é leve, porque Pedro fala, Pedro se comunica com outras crianças. Pedro é hiperativo também, ele não para [...] Aí ela me explicou tudinho direito. Aí eu ainda fiquei na clínica dela por uns três meses, mas a clínica dela paga uma taxinha pra ajudar lá na manutenção. Mas meu marido ficou desempregado e depois eu não pude pagar mais”* (sic). Gil relata que o atendimento realizado na clínica era muito bom e que a terapia era individual.

Devido a impossibilidade de continuar o atendimento na clínica de Paula Arruda, Gil procurou atendimento no CAPSi Zaldo Rocha para seus filhos. Ela expõe: *“eu fui bem acolhida e eles entenderam meus filhos também, me deram apoio né. Até hoje. Faz dois anos que eu tô aqui com eles [...] Assim, o pessoal, a equipe daqui, o que elas podem fazer, elas fazem. E também tem a questão de humanidade. Eles são muito humanos”*. (sic). Por outro lado, ela acredita que o CAPSi precisa de mais investimento e de uma boa estrutura física, de modo que os profissionais tenham mais recursos no tratamento das crianças e exemplifica: *“Fono mesmo, é duas fono pra um monte de criança. Tem crianças que fica com fono, tem outras que não dá pra ficar, por que num deu, num tem vaga. E isso aí também afeta num é?”* (sic).

Quanto ao recebimento do diagnóstico, foi dito que *“Pedro tem um diagnóstico fechado, ele é autista mesmo. Agora o irmão dele, faz dois anos que ele tá aqui e ninguém me fala o que é que ele tem [...] que ele tem um retardo, mas que retardo? Ninguém sabe me dizer que retardo [...] até agora eu fico perguntando, pergunto à Psicóloga dele, pergunto à Psiquiatra. O diagnóstico dele ainda não tá fechado porque pra Psiquiatra, ela acha que ele tem todos os traços de autista, mas a Psicóloga não concorda, aí não fecha o diagnóstico. E os dois anos aqui. E até hoje eu não sei o que é que Pedro tem”* (sic). Gil explica que quando chegou ao serviço levou o diagnóstico de Paula Arruda, mas que algumas profissionais não concordam.

Gil nunca tinha ouvido falar sobre autismo, pois para ela *“criança especial era só quem tinha síndrome de down ou que tivesse alguma deficiência física”* (sic), dizendo que receber o diagnóstico *“foi, assim, pesado né. Porque a gente mãe, a gente quer ter os filhos, quer ver ele se encaminhando na vida. Aprender na escola, vê que o filho tá aprendendo. A gente quer ir pro shopping, pra uma lanchonete e ver eles ali sentadinhos, quietinhos, comendo. Essas coisas simples”* (sic).

No que concerne às dificuldades no tratamento, Gil enuncia os profissionais estavam querendo dar alta para os seus filhos, pois achavam que ele não precisava mais ficar no CAPSi, mas ela discorda totalmente e indaga: *“se eu tô dizendo que uma criança vai, vai bem, depois ela regride. Faz cocô na roupa. [...] Tem hora que ele me chama de tia, chama o pai de tia, todo mundo de tia. Tem hora que chama de vó. Tem hora que ele sai, fica fora do ar o tempo todo. Eu falo: Pedro, Pedro. Aí depois ele volta. Tudo isso eu explico, mas só eu acho assim, a Psiquiatra e as Psicólogas daqui da tarde, elas precisam ouvir mais a mãe. Porque a gente que passa o dia todo com eles. Aqui eles passam só um tempinho, uma vez na semana, 40 min uma vez por semana. A gente em casa é que sabe o que apresenta. A gente diz as coisas e elas fala assim: “É normal, é normal. É assim mesmo”. Como é assim mesmo? Eu acho que tudo tem uma explicação. Se a gente tá aqui é porque a gente não sabe. Às vezes a gente não sabe tratar o filho em casa. A gente foi pros médicos pra que eles nos orientem de uma forma que a gente entenda. Aí o problema que eu tenho aqui é só realmente esse mesmo. Pedro, dois anos que tá aqui e não tem diagnóstico fechado, ninguém sabe o que ele tem.”* (sic).

A mãe dos meninos explica como é difícil lidar com eles e fala das dificuldades sociais que enfrenta. Segundo Gil, Pedro até hoje não entra no banheiro e, caso seja forçado, vomita, treme e soa. Ela fala que seu desejo é ver os filhos crescerem, aprenderem e poder fazer um passeio, *“olhar loja, olhar uma coisa. Ir num mercado, numa padaria”* (sic). Contudo, Pedro não gosta de sair e não quer entrar nos lugares, ainda que o irmão o convide. Ainda assim, ela leva as crianças para passear e conta que, certa vez, levou os filhos para o parque treze de maio, mas que *“às vezes quando eles tão brincando com as outras crianças, as mães puxam logo os filhos por conta do jeito deles né, alvoroçado. Aí elas ficam com medo”*. (sic).

Outra dificuldade que Gil encontra no tratamento dos filhos é a falta de apoio familiar. Ela conta que seu pai não dá muito apoio, apenas sua mãe. O pai da criança, por sua vez, acha que a esposa está perdendo tempo no CAPSi, que os filhos não precisam de tratamento e que quando crescer vão melhorar. Ela explica que *“ele nem liga. Parece que a ficha não caiu ainda. Pra ele é uma coisa que é normal [...] É. É como se ele não tivesse aceitado, fizesse vista grossa”* (sic).

6 Análise e discussão dos dados

A verdadeira intuição pode chegar à verdade total num momento (exatamente como a intuição errônea pode chegar ao erro) ao passo que numa ciência a verdade total nunca é atingida. O que é importante na ciência é a construção de um caminho satisfatório para a verdade. É por isso que a formação científica é tão importante para todas as pessoas; isso permite que vocês e eu testemos satisfatoriamente os nossos pequenos fragmentos do mundo.
(Winnicott, 1997a, p.32)

Este capítulo destina-se a discutir as implicações clínicas e sociopolíticas na elaboração do diagnóstico de autismo, tendo em vista que elas se interpõem na compreensão e na prática clínica dos profissionais. As articulações foram construídas a partir dos critérios utilizados na realização do diagnóstico e sua transmissão à família.

Considerando que o conjunto de procedimentos teórico, técnico e metodológico é baseado numa forma de analisar um determinado fenômeno ou realidade, é preciso levar em conta qual a visão teórica e metodológica implícita ao discurso e a prática clínica dos profissionais do CAPSi Zaldo Rocha. Qual a compreensão de saúde e doença da equipe?

Embora tenhamos literaturas que caracterizem os princípios e diretrizes do SUS, que situam uma mudança de paradigma por meio da Reforma Psiquiátrica, ainda observamos características do discurso da clínica manicomial imbricados na atuação dos profissionais. Existe um hiato entre a realidade e aquilo que é posto como ideal clínico. Diante de tais fendas é necessário pensar como a equipe da unidade está se organizando, assim como analisar os facilitadores e dificultadores no trabalho realizado, a fim de discutir os possíveis projetos clínico-ético-políticos.

6.1 CRITÉRIOS UTILIZADOS NA REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Apesar de todos os terapeutas fazerem referência à classificação dos sinais e sintomas definidos pelo CID-10, tendo em vista sua exigência administrativa na composição do laudo, a fim de justificar a presença do usuário dentro do sistema e liberar verba para o tratamento, observamos uma divergência nos discursos dos profissionais.

Todas as profissionais defendem em seus discursos a ênfase nas possibilidades da criança e nas potencialidades do seu vir-a-ser. Em contrapartida, a maioria delas desconsidera a caracterização de um diagnóstico. A proposição de uma devolutiva diagnóstica dentro de parâmetros classificatórios é rechaçada pela maioria deles sob o argumento das possíveis repercussões devastadoras no tratamento da criança. Nesse sentido, Liz relata que quando chegou à instituição sempre *“falaram que o diagnóstico não era tão importante [...] o que às vezes eu discordo um pouco”* (sic). De um modo geral, o diagnóstico é evitado, visto que é comumente associado à visão diagnóstica de enquadramento e classificação dos indivíduos dispostas nos manuais psiquiátricos.

Contudo, elaborar um diagnóstico serve também a outros propósitos, como conhecer o quadro clínico do paciente e elaborar uma proposta de trabalho terapêutico. Apesar do crescente desenvolvimento de outras ciências, a Medicina ainda possui um discurso de superioridade diante da Psicologia, Terapia Ocupacional, Assistência Social, dentre outras ciências. Verificamos que, embora o trabalho no CAPSi parta da perspectiva de que todos os profissionais de nível superior, apesar das diferentes formações, são habilitados a função de Terapeuta de Referência, sendo responsáveis pela elaboração do Laudo, e, portanto, de um diagnóstico, alguns profissionais se destituem deste lugar. Uma das profissionais diz: *“como eu sou [-]³⁰, eu não dou diagnóstico [...] a gente sempre remete mais pra questão do Psiquiatra né. E aí ele dá o diagnóstico. Seja um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, seja um retardo que, às vezes, pode vim associado com autismo, mas a gente não fecha”* (sic).

Fica evidente, nestas declarações, que embora os lugares sejam nomeados em posição igualitária, os próprios profissionais se colocam numa posição de menos valia, anunciando a preponderância do discurso da medicina. Mas não podemos perder de vista que essa é uma forma de conceber o diagnóstico clínico. É necessário reconhecer as especificidades de cada área sem sobrepor categorização e hierarquias de saberes. Não basta legalizar uma série de procedimentos administrativos que regulamentam a ação clínica, é necessário transformar a sua visão.

A exigência burocrática da utilização dos manuais psiquiátricos (CID-10 e o DSM-IV) nos diagnósticos no serviço público vão, além de um procedimento administrativo, de modo que instalam um discurso psiquiátrico fundado em uma perspectiva de clínica baseada em princípios ultrapassados, como as condições de homogeneização que tem como propósito a padronização do comportamento e disciplinalização do desejo das pessoas, por meio de uma

³⁰ Neste trecho o profissional diz sua profissão. A fim de resguardar o sigilo do participante, suprimimos esta informação.

classificação rígida de transtornos mentais através de sinais e sintomas observáveis na conduta humana. Não estamos com isso desmerecendo ou destituindo a relevância e utilidade desses manuais psiquiátricos, tendo em vista sua eficácia no processo de classificação. Compreendemos que a utilização de medidas objetivas e administrativas facilita na universalização de uma linguagem e no funcionamento do sistema político. O que está em discussão é em que medida este modelo nosográfico instaura impasses na prática clínica, burocratizando as necessidades humanas e massificando a vida dos indivíduos.

Tais guias nosológicos, em si, não operam dominação e segregação na saúde mental, mas o que pode levar a isto é a interpretação que os clínicos fazem desses manuais. A utilização de um modelo, instrumento ou metodologia diz de uma visão clínica da saúde psíquica. Nesse sentido, as práticas produzem lacunas no discurso institucional da Reforma Psiquiátrica, uma vez que o modo como tais recursos são utilizados impossibilitam a interseção de um sistema multidisciplinar e de uma clínica fundada na singularidade humana.

Observamos uma tentativa dos profissionais de lidar com esses impasses quando tentam segregar a exigência administrativa da prática clínica, relatando que o laudo *“é uma coisa que a gente tem que entregar [...] mas que na prática a gente tenta não se pautar”*. Nesse caso, o laudo passa a ser trabalhado internamente, *“lá dentro”* da sala dos profissionais. É preciso colocar o processo diagnóstico em discussão de modo a criar no sistema os dispositivos que possibilitem a transversalidade entre a gestão e o processo clínico.

O diagnóstico, portanto, parece estar mais a serviço de um controle político e administrativo do que em prol da provisão de uma intervenção terapêutica. Este processo é de suma importância no tratamento, pois é a partir dele que o profissional poderá delinear as intervenções clínicas. Como alerta Winnicott (1983, p.182), *“se nossos diagnósticos fossem melhores, nós nos pouparíamos e pouparíamos aos nossos pacientes, muito tempo e desespero”*.

Por outro lado, apesar da maioria dos profissionais fazerem alusão aos comportamentos observáveis, duas entrevistadas chamaram atenção também para outros critérios como o desenvolvimento infantil e as relações primárias da criança. Sophia diz que é necessária uma escuta diferenciada e não apenas uma patologização do quadro clínico, afinal, os *“sinais e sintomas específicos que nos fazem montar uma síndrome e levantar uma hipótese diagnóstica de um autismo de acordo com classificação a, b, c ou d, num é? Mas, antes de mais nada, a gente tem que vê em que contexto aquela criança vive, ver a dinâmica familiar. Bom, então, termos práticos e objetivos, como médica, de acordo com a literatura eu tenho que seguir critérios médicos, né? [...] Mas como pessoa e ser humano dentro da*

profissão que exerço, eu acho que a gente tem que observar muito bem essa criança e construir um diagnóstico evolutivo. É por isso também que não é numa primeira instância, nem num primeiro encontro que a gente vai comunicar a família aquele diagnóstico”.

Embora o trabalho no CAPSi seja desenvolvido a partir de equipes multidisciplinares, onde há profissionais com diferentes formações e concepções clínicas distintas, é imprescindível que se tenha princípios básicos que alicercem a prática do profissional na instituição. A ação clínica não envolve apenas um cumprimento de leis e regulamentações, mas de uma postura ética. Sobre este aspecto, Isa alerta para a importância de uma consistência na identidade da instituição e indaga: *Que instituição é essa? Qual sua proposta? Qual sua identidade? Ela diz que a equipe “Se propõe a tratar crianças graves e tal, mas, assim, tem coisas que ligam à gente [...] mas o que é mesmo? Eu não sei te dizer. O que é que liga todo mundo? [...] O que é mesmo que a gente adota num determinado posicionamento, sabe? Por que todo mundo acredita mesmo?”* (sic).

A inconsistência no discurso e no posicionamento da equipe parece inferir que os aspectos acima apresentados não estão claros para seus integrantes. É necessário que não se perca de vista que os profissionais formam uma unidade, e que diversos discursos dirigidos à família podem gerar um ambiente instável, podendo agravar a situação que, em si, já é desestabilizadora. A teoria winnicottiana, nesse sentido, nos ajuda a pensar a respeito da importância de um ambiente que ofereça constância no atendimento e no posicionamento dos profissionais. Afinal, para que a tendência ao amadurecimento da criança venha a se realizar é necessário um ambiente facilitador e contínuo.

Além disso, é importante que a equipe possa discutir sobre as referências utilizadas no diagnóstico, não de modo a criar um modelo, mas a construir uma rede de pontos de vistas e uma compreensão de suas concepções de saúde e doença psíquica, assim como sua posição clínica. Para isso é importante refletir sobre o conceito de normalidade atual, tendo em vista que sua compreensão tem uma inscrição social, cultural, política e, portanto, histórica.

6.2 TRANSMISSÃO DO DIAGNÓSTICO E IMPACTOS DO SEU RECEBIMENTO NA FAMÍLIA

O modo como os critérios diagnósticos e a saúde psíquica são concebidos está intimamente ligado ao modo como este será transmitido. Não há um consenso sobre este tema na equipe, embora haja um discurso pautado na ênfase das potencialidades e possibilidades

das crianças. A maioria dos profissionais apresenta dificuldades não apenas na avaliação do diagnóstico, mas, sobretudo, em sua transmissão.

Todas as famílias já haviam passado por vários profissionais antes de chegar ao serviço, recebendo, geralmente, uma hipótese ou sentença diagnóstica. A maioria das crianças chega com a queixa de autismo. O discurso dos familiares e dos profissionais situa uma tendência da equipe a não questionar o diagnóstico com o qual a criança chega ao CAPSi. Os depoimentos de como esses diagnósticos foram transmitidos e suas repercussões para a família parecem gerar insegurança nos profissionais, servindo, muitas vezes, como argumento para não se trabalhar com ele. A maioria dos terapeutas acredita que o delineamento de um diagnóstico pode ter repercussões negativas para a família e para o tratamento na criança, tendo em vista os relatos das formas abruptas de sua transmissão.

As mães expõem situações, anteriores à entrada no serviço, em que comumente o diagnóstico havia sido transmitido com base em rápidas observações, sendo fundamentado em sinais e sintomas de comportamentos, sem um devido processo de avaliação. Clara relata que um Psiquiatra disse que seu filho seria uma cruz a ser carregada “*pro resto da sua vida e mais seis meses depois da morte dele*”. Olívia, por sua vez, expõe toda sua revolta diante das enunciações sobre a morte de seu filho, e de sua impossibilidade de vir um dia a andar ou falar.

Os pais geralmente ficam devastados e paralisados diante da situação dos filhos, confinados a um diagnóstico que, na maioria das vezes, cristaliza as possibilidades de vida, julgando um destino fatal à criança, cristalizando toda e qualquer potencialidade de desenvolvimento. Esse tipo de depoimento acerca do posicionamento de certos profissionais causa surpresa, porém não podemos esquecer que o papel no terapeuta não é inquirir sobre a verdade dos fatos, pois não lidamos com verdades absolutas, mas com a realidade singular de cada indivíduo, com o modo que ele percebe e dá sentido ao mundo.

Duas das profissionais entrevistadas acreditam que, às vezes, nem é preciso falar o diagnóstico aos familiares, pois com o tempo eles amadurecem e ficam tranquilos, parando de indagar a respeito. Tais depoimentos parecem estar em discordância com o discurso dos familiares, tendo em vista que estes apresentam um significativo interesse no diagnóstico dos filhos e na compreensão do que aconteceu para que chegassem ao estado atual. Naturalmente, os familiares tentam criar uma teoria que explique a doença das crianças, para que possam lidar com suas próprias fantasias e culpa. Não se trata apenas de uma dúvida sobre o que a criança tem ou não, como diz Liz, mas de aspectos vinculados à contradição natural das demandas implicadas no desejo de filho que, segundo Stryckman (2000, p.94), “*não é uma*

busca de objeto, não é a busca de uma pessoa que nos traria satisfações, presenças e ausências [...] é a busca de um lugar, de uma felicidade sem limites, em sua, a busca de um paraíso perdido”.

É importante observar qual a representação que a devolutiva do diagnóstico terá para os familiares e modo como vão lidar com isso. Partindo do princípio que “*no desenvolvimento emocional individual, o precursor do espelho é o rosto da mãe*” (Winnicott, 1975b, p.153) e que, portanto, quando o bebê olha para o rosto de sua mãe ele vê a si mesmo, “*em outros termos, a mãe está olhando para o bebê e aquilo com o que ela se parece se acha relacionado com o que ele vê ali*” (Winnicott, 1975b, p.154), a transmissão de um diagnóstico determinante pode fixar as representações que a mãe carrega do seu filho, tornando o tratamento inoperante. Sob este ponto de vista, o trabalho profissional:

Não é fazer interpretações argutas e apropriadas; em geral, trata-se de devolver ao paciente, aquilo que o paciente traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto. Essa é a forma pela qual me apraz pensar em meu trabalho, tendo em mente que, se o fizer suficientemente bem, o paciente descobrirá seu próprio eu (self) e será capaz de existir e sentir-se real. (Winnicott, 1975b, p. 161).

É preciso, sobretudo, que o profissional de saúde possa suportar e acolher os fantasmas parentais e ferimentos narcísicos, a fim de promover um ambiente onde seja possível recriar e dar sentido a esses conflitos, para que não e fique no âmbito do não dito. Segundo Dias (2000, p.32), “*a questão central é a dignidade do paciente como pessoa, o valor da vida enquanto vida, a não traição de si mesmo*”. O diagnóstico é imprescindível nesse processo de provisão ambiental na busca de restauração da maturação infantil e do estabelecimento de vínculos que ofereçam cuidados suficientemente bons pelos pais. “*Isso só será possível se pudermos criar e manter, para o paciente, um lugar protegido, uma pequena amostra de um mundo encontrável e previsível, em que ele, a seu tempo, possa começar a ser*” (Dias, 2000, p. 33).

6.3 SUGESTÕES E DESAFIOS

Como é possível oferecer esse ambiente protegido, previsível e contínuo num serviço público de saúde precário? Com um contingente populacional de cinquenta e sete bairros? O que pode ser feito para subverter a ordem pública do instituído?

Os dados de uma pesquisa piloto feita em 2010, em Atibaia, interior de São Paulo, revelam que o número de CAPS na cidade são insuficientes, sendo necessário em média 258

CAPS para um índice de 0,56 para cada cem mil habitantes. Levando em conta que em Pernambuco este índice é de 0,55, podemos inferir a necessidade da criação de novas unidades também é urgente em nosso estado. A caracterização da carência dos dispositivos oferecidos no sistema pelo SUS é unânime no discurso de todos os entrevistados. Não são novidades as condições, muitas vezes, deploráveis com as quais nossos profissionais trabalham para oferecer um serviço com um mínimo de dignidade aos seus usuários. Todavia, estamos interessados em discutir as alternativas criativas diante dos impasses vivenciados pela equipe.

O fator primordial para a realização destas possibilidades é o comprometimento dos profissionais, tendo em vista que a aposta destes é essencial no tratamento com criança em grave sofrimento psíquico. Como afirma Dunker (2013, p.15), *“a eficácia do tratamento depende muito mais da contingência do bom encontro entre o terapeuta e paciente do que do tipo de abordagem, da qualificação formal do terapeuta, da linha teórica e até mesmo da experiência clínica (pasmem!)”*.

Esse envolvimento fica explícito quando os pais relatam o modo como foram acolhidos e escutados pelas terapeutas. Porém, as mães entrevistadas apresentam uma expressiva necessidade de serem escutadas e orientadas: Gil relata que já escutou de uma profissional ao contar sobre as dificuldades apresentadas pelo filho que era *“normal, é normal. É assim mesmo”* (sic), questionando: *“Como é assim mesmo? Eu acho que tudo tem uma explicação. Se a gente tá aqui é porque a gente não sabe. Às vezes a gente não sabe tratar o filho em casa. A gente foi pros médicos pra que eles nos orientem de uma forma que a gente entenda”* (sic).

Há uma dificuldade vivenciada pelos familiares no cuidado e nas expectativas com as crianças, que precisa ser levada em conta e trabalhada. Os grupos realizados com as famílias e as esporádicas sessões com os familiares parecem ser insuficientes para suas demandas. Se levarmos em conta a proporção do número de funcionários diante da imensa quantidade de usuários no serviço, a viabilidade de uma escuta adequada e sistemática a família parece inoperante. De modo que é imprescindível pensar em saídas que possam vir a amenizar tais dificuldades, como as propostas, a exemplo, apontadas por Isa de: uma supervisão com ênfase mais clínica do que administrativa, da construção da identidade da instituição e da possível articulação entre o CAPSi e a rede.

Embora o trabalho no CAPSi Zaldo Rocha se utilize do sistema de supervisão clínica e institucional, alguns profissionais relatam que estes dispositivos são insuficientes. A supervisão clínica-institucional não se trata apenas da discussão dos casos, mas tem como

função também possibilitar um ambiente em que os profissionais possam refletir sobre os conflitos da equipe, sua prática clínica, de modo a avaliar as dificuldades em busca da promoção de ações diante dos desafios.

Duas das profissionais entrevistadas falam da dificuldade de trabalhar com uma população de extrema pobreza, “*carente de tudo. Carente de recurso, carente de afeto. Vivem numa comunidade muito perigosa, enfrentam desemprego, tem tudo, tem droga, tem tiro [...] Crianças amontoadas, muitas vezes, assim, a maioria dorme com os pais. A gente fica querendo fazer essa separação, mas às vezes fisicamente não é possível [...] o próprio esvaziamento mesmo né, de muitas mães*” (sic). Quando as necessidades básicas de alimentação, segurança e educação, por exemplo, são ineficazes, o tratamento torna-se violado. Nesses casos, estamos lidando não apenas com o limite clínico que o próprio sintoma do autismo nos interpõe, mas com um desafio ético, político e social. A própria teoria clínica carece de trabalhos que deem suporte ao profissional em tais situações. Esse foco de assunto nos coloca em emergência com a necessidade de pensar um trabalho terapêutico que leve a possibilidade de um viver criativo diante do esgarçamento do sujeito da atualidade. Winnicott já alertava que:

A psicanálise, além de ser um processo doloroso em si mesmo, não altera o fato de que a vida é difícil. O melhor que pode acontecer é a pessoa que está sendo analisada vir gradualmente a se sentir cada vez menos à mercê forças desconhecidas tanto internas quanto externas, e cada vez mais capaz de lidar à sua própria maneira com as dificuldades inerentes à natureza humana, ao crescimento pessoal e à gradual obtenção de um relacionamento maduro e construtivo com a sociedade. (1997a, p.37)

Trata-se de uma problemática humana que nos implica a reaver com as possibilidades do sobreviver da condição humana, em busca do restabelecimento ou da construção de um lugar psíquico. “É uma clínica que exige que o profissional possa estar situado no registro ético-ontológico, a fim de que possa ouvir a dor do seu paciente no registro do seu aparecimento” (Safra, 2004, p.33).

7 Considerações Finais

"A ordem é ao mesmo tempo aquilo que se oferece nas coisas como sua lei interior, a rede secreta segundo a qual elas se olham de algum modo umas às outras e aquilo que só existe através do crivo de um olhar, de uma atenção, de uma linguagem; e é somente nas casas brancas desse quadriculado que ela se manifesta em profundidade como já presente, esperando em silêncio o momento de ser enunciada."
(Foucault, 1999, p. XVI)

A etiologia do autismo ainda é uma incógnita para os estudiosos sobre o tema. Desde o seu surgimento encontramos registro de embates entre as concepções da psicogênese e da organogênese. Nosso posicionamento não é de defender uma ou outra compreensão, pois não consideramos que sua causa esteja apenas na hereditariedade ou em fatores ambientais. Partimos do pressuposto de que a saúde psíquica do ser humano é construída a partir da intersecção dos fatores internos e externos.

Os atuais conflitos em torno do tratamento da criança com autismo travado entre os psicanalistas e os cognitivistas, no sentido de determinar um modelo ou defender a hegemonia de uma única abordagem, instaura um debate estéril, uma vez que desconsidera a diversidade na concepção de um determinado fenômeno. Nossa posição não é a do inimigo contra seu adversário, nosso compromisso está em prol de uma crítica epistemológica de visões fundamentadas na localização de uma afecção orgânica ou de uma teoria que vise comprovar a origem no autismo a partir de um sistema linear de causa e efeito, por meio de movimentos que se coloquem a favor da massificação da vida. Precisamos resistir a visões diagnósticas fechadas a propósito de uma posição identitária estática em nome do enquadramento dos sujeitos.

O estudo da natureza humana concebido por Winnicott (1997) implica no respeito à coexistência de distintos modos de compreender o mundo, tendo em vista que a verdade absoluta nunca é atingida. As lacunas do conhecimento devem ser registradas para estimular novas pesquisas ou de possibilitar outras leituras. Nesse sentido, o autor nos permite pensar o limite entre saúde e loucura em meio a uma sociedade que vive sob os princípios de sistema capitalista que prima pela valorização do ter e não do ser. Em que os sujeitos da globalização parecem desalojados de um lugar subjetivo, em que *"o sofrimento do não-ser emerge como a agonia do não existir e como um grito sem eco"* (Safra, 2004, p.40).

Esta pesquisa buscou compreender, a partir dos referenciais winnicottianos do amadurecimento humano, de saúde psíquica e da clínica baseada na ética do cuidado e no viver criativo, não apenas como vem sendo realizado o processo diagnóstico de criança com indício de autismo num CAPSi, tendo em vista sua transmissão e as possíveis repercussões na família, mas indagar, através do recorte significativo de entrevistas realizadas com os profissionais responsáveis pelo diagnóstico de uma instituição e com os familiares que passaram por tal processo de avaliação, a respeito dos impasses e desafios clínicos, sociais e políticos imbricados na prática clínica.

Identificamos, no que concerne aos serviços do CAPSi, de um modo geral, que os profissionais habilitados a realizar o processo diagnóstico são os Técnicos de Saúde Mental, os chamados Terapeutas de Referência (TR), que costumam acolher a família no serviço. Eles possuem formação em nível superior, como: Psicólogo, Assistente Social, Psiquiatra, Enfermeiro, Fonoaudiólogo, Pediatra, Terapeuta Ocupacional, Pedagogo, ou outro profissional, necessários para o projeto terapêutico, sendo efetivados por concurso público ou contrato. Segundo a terapeuta Tati, *“o Técnico de Referência é aquele que faz o canal entre o CAPSi e a família”* (sic), portanto *“terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço.”* (Ministério da Saúde, 2004, 16).

Todavia, as crianças que chegam ao serviço já passaram por uma série de especialistas, recebendo alguma hipótese ou sentença diagnóstica. Todas as mães entrevistadas relatam que o primeiro profissional procurado foi o Fonoaudiólogo, a fim de averiguar o desenvolvimento da linguagem verbal da criança. Estes profissionais não parecem preparados para verificar precocemente patologias graves ou intervir junto a tais crianças, encaminhando para outros serviços. No depoimento das mães foi observado que quando o diagnóstico é proferido pelo médico de forma determinista, prevendo posição estática quanto ao futuro da criança, há um impacto sobre a representação e as expectativas que a família cria sobre a criança.

Verificamos que o discurso familiar não parece ter um lugar preponderante na avaliação geral e no diagnóstico da criança, funcionando, muitas vezes, apenas como guia para uma caracterização nosográfica. Constatamos que a **exigência** (grifo nosso) do uso de guias psiquiátricos em procedimentos administrativos como critérios diagnósticos parecem cristalizar e gerar divergência na prática clínica dos profissionais do CAPSi, no que concerne aos parâmetros utilizados para realizar o processo e em sua transmissão. Assim, podemos

inferir que não há, ainda, uma identidade sólida na equipe e uma consistência de princípios básicos que a sustentem uma concepção clínica.

A perspectiva clínica de Winnicott não se preocupa com a padronização de uma técnica, mas estabelece um modo diferente de conceber a vida sob a égide da ética do cuidado como baliza da ação terapêutica. A realização do diagnóstico não deve perder de vista o processo do amadurecimento do indivíduo, buscando compreender como aconteceu seu desenvolvimento a fim de averiguar em que fase o fenômeno (dificuldade) teve origem. Portanto, tal processo não tem como função categorizar ou classificar os indivíduos em “loucos” ou “normais”, mas avaliar quais as dificuldades que a criança está encontrando para se desenvolver e ajudar os pais a compreenderem seus filhos e construir vínculos em que os fracassos ambientais não sejam desalojadores para o indivíduo.

À medida que compreendemos a natureza do sofrimento psíquico da criança, podemos ofertar um ambiente contínuo que possibilite o acolhimento de suas demandas, a fim de restaurar o seu processo maturacional. Nesse sentido, uma das tarefas do profissional “*consiste em saber qual a idade emocional do paciente num dado momento da relação transferencial*” (Winnicott, 2000, p.263).

As lacunas do serviço apontadas nesta pesquisa, como: a situação inadequada da estrutura física da instituição; a escassez de dispositivos que viabilizem a comunicação na rede; a insuficiência na formação teórica e clínica dos profissionais para lidar com as dificuldades da equipe e no tratamento; os impasses políticos e administrativos, entre outros, interpõem um desafio em nossa clínica: encontrar saídas criativas que possam subverter o estatuto da ordem pública em saúde mental, como aponta Miller (1999). Para isso precisamos delinear fundamentos no modo de conceber o homem e o mundo que serviram como baliza na atuação clínica.

Quando tratamos de crianças em grave sofrimento psíquico, acometidas por um sofrimento psíquico paralisador e aparentemente impenetrável por nós, somos atravessados por um sentimento impotência e convidados a lidar com o nosso fracasso. Podemos encontrar a exposição das angústias que se manifestam em tais indivíduos na obra de Donna Williams, diagnosticada em 1965 com autismo, “*the therapist*”³¹, ilustrada na capa desta pesquisa, e o trecho do seu livro “*se me tocarem não existo mais*”:

Neste quarto escuro onde se esconde
Na companhia das sombras,
Você sabe que ELES não a esqueceram e virão buscá-la
Não pergunte por que tem o coração partido,

³¹ O terapeuta

Engula o choro e se levante.
 Do seu mundo envidraçado
 Você olha passar o outro mundo
 E se acredita em segurança.
 Você, que ninguém pode tocar
 Mas toma cuidado, um vento gelado sopra
 Nas profundezas de sua alma,
 E quando se achar fora de alcance,
 Será tarde demais.
 Fuja. Não se detenha, mesmo vacilante.
 Contente-se com um aceno
 Se alguém passar por perto.
 Toda essa gente que lhe sorri
 Como se fosse uma criança, quando lhe vê chorar,
 Nem sonha quanto mal lhe faz.
 Então, siga este conselho, palavra de entendido,
 Não pense duas vezes, abre os ouvidos:
 Corra e se esconda dos desvãos da alma,
 Reencontre a solidão,
 Você que em nenhum lugar é alguém.

(Williams, 1992, apud Cavalcanti & Rocha, 2007, p.115)

Este depoimento notável nos coloca ante o desenraizamento da existência, num vazio real e inominável. Williams (1992, apud Cavalcanti & Rocha, 2007) anuncia as falhas das condições básicas necessárias para sustentar indivíduo no seu processo maturacional. Segundo Safra (2004, p.26), *“A fragmentação do ethos-morada leva a um tipo de sofrimento que, apesar de alcançar o registro psíquico, não tem sua origem no psíquico. São os acontecimento que acontecem em registro ontológico”*.

É essencial na perspectiva clínica winnicottiana que o terapeuta seja capaz de suportar o *“mundo envidraçado”* desse indivíduo escondido nos *“desvãos da alma”*, de modo a formular uma aposta que não é pautada na remediação de sinais e sintomas ou na reeducação de comportamento, mas no estabelecimento ou restabelecimento de condições necessárias para ao acontecer humano. Segundo Winnicott (1975a, p.99), *“trata-se de descobrir aqui uma maneira de estudar a perda pelos indivíduos, de um ingresso criativo na vida ou da primeira abordagem criativa dos fenômenos externos. Estou interessado na etiologia”*. Sob seu ponto de vista, o processo de adoecimento está ligado à experiência de sentir que a vida vale a pena ser vivida. Portanto, *“para ser criativa, uma pessoa tem que existir e sentir que existe, não em forma de apercebimento consciente, senão como base de sua realização”*. (Winnicott, 2009, p.48, nossa tradução).

8 Referências Bibliográficas

Ajuriaguerra, J. (1980). História e origens da Psiquiatria Infantil. *In Manual de psiquiatria infantil* (2a. ed.) Rio de Janeiro: Masson.

Amarante, Paulo & Torre, Eduardo Henrique Guimarães. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. 6(1):73-58

Araújo, Gabriela Xavier de. (2010). Quando não há mais espaço – um estudo sobre a fratria das crianças autistas. *Estilos da Clínica*. Vol.15, n. 1, 126-143.

Assumpção Junior, Francisco Baptista & Pimentel, Ana Cristina M. (2000). Autismo Infantil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 22 (Supl I):37-9.

Bandim, J. M. et al. (2003). Autism and Möbius sequence: An exploratory study of children in northeastern Brazil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* vol.61. n.2. São Paulo, Junho. Recuperado em 10 de Março, 2012 de <http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n2A/15679.pdf>

Berlink, Manoel Tosta. (2000). O que é Psicopatologia Fundamental. *In Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta.

Bernardino, Leda. (2006). De que patos se trata no autismo?. *Anais do II Congresso de Psicopatologia Fundamental*.

Bettelheim, Bruno. (1987). O mundo do encontro. *In A fortaleza vazia*. São Paulo: Martins fontes. (obra original publicada em 1967)

Brum, Evanisa H. M. & Shermann, Lígia. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*. vol. 9. n. 2. Rio de Janeiro. Recuperado em 20 de maio, 2012 de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20399.pdf>

Campanário, Isabela Santoro. (2008). *Espelho, espelho meu: a psicanálise e o tratamento precoce do autismo e outras psicopatologias graves*. Salvador, BA: Ágalma.

Campos, Rosana Onocko & Furtado, Juarez Pereira. (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*. VIII. n.1. 109-122

Caponi, Sandra. (2009). Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 14 (1):95-103

Capra, Fritjot. (2000). *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix.(obra original publicada em 1983)

Carroll, Lewis. (2009). *Aventuras de Alice no País das Maravilhas; Através do Espelho e o que Alice encontrou por lá*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (obra original publicada em 1865)

Carvalho, Márcia Regina Cambraia de. (2006). *A percepção do professores frente ao Transtorno Invasivo do Desenvolvimento: Autismo*. Monografia de Bacharel em Psicologia. Itajaí, Santa Catarina: UVI.

Cavalcanti, Ana Elizabeth & Rocha, Paulina Schmidtbauer. (2007). *Autismo: construções e desconstruções*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ceccarelli, Paulo Roberto. (2003). A Contribuição da Psicopatologia Fundamental para a Saúde Mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Ano VI. n.1. Março

Convocação Pública 01/2012. (2012, 04 setembro). Recuperado em 25 de setembro de 2012 de <http://www.fonosp.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2012/12/edital-tea.pdf>

Costa, Maria I. F. & Nunesmaia, Henrique G. S. (1998). Diagnóstico Genético e Clínico do Autismo Infantil. *Arq Neuropsiquiatr*. vol. 56. n. 1. São Paulo.

Dias, Elsa Oliveira. (2000). O cuidado como cura e como ética. *Winnicott e-prints*. São Paulo. Vol. 5. no. 2.

Druon, Maurice. (2004). *O menino do dedo verde* (74a. ed.). Rio de Janeiro: José Olympo. (obra original publicada em 1957)

Dunker, Christian Ingo Lenz. (2001). Clínica, Linguagem e Subjetividade. *Distúrbios da Comunicação*. v.12, p. 39-61.

Dunker, Christian Ingo Lenz. (2013). Psicanálise: norma e contingência. *Revista Mente & Cérebro*. Ano XIX. N. 240. p.15.

Facundes, Vera Lúcia D.; Lopes, Cassandra M. Bismarck; Nóbrega, Keise Bastos G. da. (2010). Perfil e Desempenho Funcional das Crianças com Transtorno Invasivo do

Desenvolvimento atendidas num Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil na Cidade do Recife. *Neurobiologia*. 73 (4). Out./Dez.

Fieve, Régis. *Os Comitês de Ética em Pesquisa Médica na França*. Recuperado em 22 de Novembro, 2012 de http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/345/412

Fombonne, Eric. (2003). Epidemiological Surveys of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders: An Update. *J. Autism Dev Disord*. Vol. 33. n.4. . Recuperado em 22 de Novembro, 2012 de <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1025054610557?LI=true>

Fombonne, Eric; Mercadante, Marcos T.; Paula, Cristiane S.; Ribeiro, Sabrina H. (2011). Brief Report: Prevalence of Pervasive Developmental Disorder in Brazil: A Pilot Study. *J. Autism Dev Disord*. 41:1738-1742. Recuperado em 22 de Novembro, 2012 de <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10803-011-1200-6?LI=true#page-1>

Foucault, Michael. (1970) *A ordem do discurso*. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Recuperado em 12 de março, 2012 de http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDoQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.portalentretextos.com.br%2Flivros-online-dw.html%3Fid%3D69&ei=MpDIUNifDqjh0wG8qIHwCw&usg=AFQjCNGINpr9IMoapKJnHU4EKINb_mJRmg&sig2=EWYPyTXL4cxxoSUE0Rz70A

Foucault, Michael. (1987). *Disciplina*. In *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes. (obra original publicada em 1957)

Foucault, Michael. (1999). *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes. (obra original publicada em 1981)

Franco, Sérgio de Gouvêa. (2003). Psicopatologia e o viver criativo. In *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Vol. VI, num. 2, jun. pp. 36-50.

Freud, S. (2006). Formulações sobre os dois princípios do fundamento mental. In. O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalho (1911~1913). J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. XII, pp. 237-244). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1911).

Grinker, Roy Richard. (2010). *Autismo: um mundo obscuro e conturbado*. São Paulo: Laurosse do Brasil.

Jerusalinsky, Alfredo. (2001). *Seminário I*. Universidade de São Paulo: Lugar de Vida.

Jerusalinsky, Alfredo. (1993). *Psicose e Autismo na infância: uma questão de linguagem*. In *Psicose*. n. 9. Porto Alegre: Artes e Ofícios.

Jorge, Marco Aurelio Soares. (1997). *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública.

Lacan, Jacques (1953). *Função e campo da fala e da linguagem*. Rio de Janeiro; Jorge Zahar.

Laurent, Eric. (1999). O analista cidadão. *Revista Curinga*. Minas Gerais. n.1. Set.

Laurent, Eric. (2011). La cifra del autismo. *Virtualia*. Recuperado em 05 de Novembro, 2012 de <http://virtualia.eol.org.ar/023/template.asp?Accion-lacaniana/La-cifra-del-autismo.html>

Laurent, Eric. (2012). *A propósito del tratamiento del Autismo*. Recuperado em 05 de Novembro, 2012 de <http://ampblog2006.blogspot.com.br/2012/02/proposito-del-tratamiento-del-autismo.html>

Laznik, Marie Christine (org). (1991). *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. Salvador: Agálma.

Laznik, Marie Christine (org). (2004). *A voz da sereia: O autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador, BA: Ágalma.

Laznik, Marie Christine. (2011). *A clínica do bebê com autismo não é a mesma do bebê deprimido*. Conferência realizada na Faculdade Frassinetti do Recife (FAFIRE). Recife

Lei 10.216 (2001, 6 de abril). Recuperado em 25 de setembro de 2012 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm

Levin, Esteban. (2001). *A função do filho*. Rio de Janeiro: Vozes.

Klein, Melanie. (1981). *Contribuições à psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou. (obra original publicada em 1930)

Kupfer, Maria Cristina. (1999). *Psicose e Autismo na infância: Problemas diagnósticos*. In *Estilos da Clínica Revista sobre a infância com Problemas*. vol. IV. n. 7. São Paulo: USP.

Kufper, M. C. M. ; Jerusalinsky, Alfredo ; Bernardino, Leda Fischer ; Wanderley, Daniele de Brito ; Rocha, P ; Molina, Silvia Eugenia ; Salles, Lea ; Stellin, Regina Maria Ramos ; Pesaro, Maria Eugenia ; Lerner, Rogério . (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology On Line*, vol. 6, p. 46-68.

Mahler, M. S. (1975). Chapter 1: overview. *In The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books. Recuperado em 20 de maio, 2012 de <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=2kL9sbknSc8C&oi=fnd&pg=PR8&dq=The+psychological+birth+of+the+human+infant:+Symbiosis+and+individuation&ots=USs2PLp5li&sig=d0op4Ag21dmZGck2xtFDUyM9-Fw#v=onepage&q=The%20psychological%20birth%20of%20the%20human%20infant%3A%20Symbiosis%20and%20individuation&f=false>

Mercadante, Marcos Tomanik; Moura, Paula Jaqueline de; Sato, Fabio. (2005). Bases Neurobiológicas do Autismo: Enfoque no domínio da sociabilidade. *Caderno de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie*.

Miller, Jacques-Alain. (1999). Saúde Mental e Ordem Pública. *Revista Curinga*. Minas Gerais. n.13. p. 14-24. Set.

Minayo, Maruá Cecília de Souza. (1996). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (4a. ed.). São Paulo: Hucitec.

Minayo, Maruá Cecília de Souza. (2008). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade* (27a. ed.). Petrópolis: Vozes.

Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2011). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010*. Ministério da Saúde: Brasília.

Passos, Maria Consuêlo. (2007). A constituição de laços na família em tempos de individualismo. *Mental*. ano V. n. 9. 117-130

Perrone, Cláudia. (2012). A polêmica do autismo na França. SIG revista de Psicanálise. Recuperado em 10 de Setembro, 2012 de http://www.sig.org.br/_files/uploads/image/EmPauta1.pdf

Pessoti, Isaias. (1994). *A loucura e as épocas*. São Paulo:34.

Portaria MS 224. (1992, 29 de janeiro). Recuperado em 25 de setembro de 2012 de <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20sas-ms%20n%C2%BA%20224-92%20-%20diretrizes%20e%20normas%20saude%20mental.pdf>

Portaria GM 336. (2002, 19 de fevereiro). Recuperado em 25 de setembro de 2012 de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>

Rabello, Silvana. (2013). *Parecer de banca prévia*. Recife.

Rocha, Zaldo. (1985). Conceito e histórico da Psiquiatria Infantil, anamnese, exame mental, exame físico e exames complementares. In *Curso de Psiquiatria Infantil*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Rocha, Zeferino. (2012). Aula no *Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise na UNICAP*. Recife.

Safra, Gilberto. (2004). *A po-ética na clínica contemporânea*. São Paulo: Idéias & Letras.

Sibemberg, Nilson. (2011). Autismo e Psicose Infantil: o diagnóstico em debate. In *O livro Negro da Psicopatologia Contemporânea*. São Paulo: Via Lettera.

Sigal, A. M. (2002). *O lugar dos pais na Psicanálise de crianças*. São Paulo: Escuta.

Strickman, Nicole. (2000). O desejo de filho no homem e na mulher. *Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba. Psicanálise e Clínica de Bebês*. Curitiba; APC. Ano IV. n.4. p. 91-108. Dez.

Tafuri, Maria Izabel. (2003). *Dos sons à palavra: exploração sobre o tratamento psicanalítico da criança autista*. Brasília: ABRAFIPP.

Tânia, Nogueira. (2007, Junho 11). Um novo olhar sobre o autismo. *Revista Época*. Edição 473. Recuperado em 22 de Novembro, 2012 de <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDG77644-8055-473-1,00.html>

Turato, Egberto Ribeiro. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde; definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*. 39(3): 305-14.

Tustin, Francês. (1975). O autismo. In *Autismo e Psicose Infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (obra original publicada em 1972)

Voitch, Guilherme. (2011). *Revista Globo Saúde*. Numero de autistas no Brasil é desconhecido. Recuperado em 22 de novembro, 2012 de <http://oglobo.globo.com/saude/numero-de-autistas-no-brasil-desconhecido-2745780>

Winnicott. D. W. (1975a). A criatividade e suas origens. In *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (obra original publicada em 1971)

Winnicott. D. W. (1975b). O papel de Espelho da mãe e da Família do Desenvolvimento Infantil. In *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (obra original publicada em 1971)

Winnicott. D. W. (1975c). A localização da experiência Cultural. In *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (obra original publicada em 1971)

Winnicott. D. W. (1975d). O brincar: uma exposição teórica. In *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (obra original publicada em 1971)

Winnicott. D. W. (1983a). Estudos sobre o desenvolvimento. In *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed. (obra original publicada em 1965)

Winnicott. D. W. (1983b). Provisão para a criança na saúde e na crise. In *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed. (obra original publicada em 1965)

Winnicott. D. W. (1997a). Para um estudo objetivo da natureza humana. In *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed. (texto original publicada em 1945)

Winnicott. D. W. (1997b). Sim, mas como saber se isso é verdade?. In *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed. (texto original publicada em 1950)

Winnicott. D. W. (1997c). Três revisões de livros sobre o autismo. In *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed. (texto original publicada em 1938,1963, 1966)

Winnicott. D. W. (1997d). Autismo. In *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed. (texto original publicada em 1966)

Winnicott. D. W. (1997e). A etiologia da esquizofrenia infantil em termos de fracasso adaptativo. In *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed. (texto original publicada em 1967)

Winnicott. D. W. (2000). Nota sobre Normalidade e Ansiedade. In *D. W. Winnicott, da Pediatria a Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (obra original publicada em 1958)

Winnicott. D. W. (2009). Vivir creativamente. In *El hogar, nuestro punto de partida: ensayos de um psicanalista*. Buenos Aires: Paidós, 2009. (obra original publicada em 1986)

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
 PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
 COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
 LABORATÓRIO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E
 PSICANÁLISE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos V. Sa. a participar do subprojeto de pesquisa sobre **O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE: REPERCUSSÕES NA DINÂMICA FAMILIAR**, de responsabilidade da pesquisadora principal **Profa. Dra. Maria Consuelo Passos** e da pesquisadora assistente **Rebeka de Paula Gomes da Silva**, do Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise, da Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP, cujo objetivo geral é estudar o processo diagnóstico de crianças com indício de autismo realizado nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) na região metropolitana do Recife, tendo em vista as dificuldades que este pode produzir na dinâmica familiar e no tratamento das crianças. Tendo os seguintes objetivos específicos:

- Identificar quais os profissionais de saúde que realizam o processo diagnóstico nas crianças com indícios de autismo, nos CAPSi;
- Investigar como se processa o diagnóstico de autismo na instituição e verificando critérios utilizados;
- Verificar qual o lugar que o discurso familiar ocupa na avaliação geral e no diagnóstico da criança;
- Estudar como o diagnóstico de autismo é transmitido e quais as repercussões do mesmo na dinâmica familiar.

Justificativa:

Esse estudo visa pensar num novo posicionamento clínico com atenção voltada para o processo de diagnóstico de crianças autistas, de modo a apontar que quanto mais cedo for à intervenção e mais bem realizado for o processo diagnóstico, melhores serão os resultados e as chances de tratamento da criança. Além disso, propomos que haja neste processo uma atenção às condições precárias que têm a população de baixa renda, quando se trata de compreender a real situação da criança e suas potencialidades.

Procedimentos:

Tratar-se-á de uma pesquisa qualitativa fundamentada no referencial de pesquisa psicanalítico onde os sujeitos participaram de uma entrevista a respeito do processo diagnóstico de crianças com indícios de autismo, tendo em vista as dificuldades que este pode produzir na dinâmica familiar e no tratamento das crianças. O número de participantes não será determinado, tendo em vista a disponibilidade para a participação no projeto. As entrevistas serão realizadas individualmente em locais privados definidos pela pesquisadora e pelos participantes. Para abordar a questão do autismo faremos uso das noções winnicottianas acerca do autismo e do processo de amadurecimento da criança, como elementos fundamentais para compreender o autismo e seu diagnóstico.

Riscos esperados:

Qualquer situação de interação que leve o sujeito a falar de situações e sintomas que revelam sua intimidade pode gerar certo desconforto. Entretanto tal contexto será minimizado pelo fato de solicitarmos depoimentos livres, com poucas questões diretas, além da garantia no anonimato dos sujeitos submetidos.



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
 PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
 COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
 LABORATÓRIO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E
 PSICANÁLISE

Benefícios para o participante:

Indiretamente, uma vez que os resultados irão contribuir para a compreensão dos fenômenos inconscientes envolvidos no processo diagnóstico de criança com índices de autismo, possibilitando uma discussão que promova eventuais mudanças no processo diagnóstico e na maneira como os pais são escutados pelos profissionais. De modo que possa ser oferecidos recursos para um trabalho com os pais, de modo a que estes sejam acolhidos e possam elaborar o diagnóstico da criança.

Recife, ___ de _____ de 2012

 Maria Consuelo Passos

 Rebeka de Paula Gomes da Silva

Eu _____, abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do Subprojeto de Pesquisa sobre **O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE: REPERCUSSÕES NA DINÂMICA FAMILIAR**. Estou assinando este Termo de Consentimento, ciente de que:

Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na pesquisa.

Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa sem qualquer prejuízo na minha relação com o CAPSi, com a equipe de tratamento ou com as pesquisadoras.

Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo durante todo o processo da pesquisa.

Os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados, apenas, para alcançar os objetivos do trabalho exposto acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada. A devolutiva destes será realizada por meio do contato individual com os participantes, além da disponibilização de uma cópia da dissertação para a instituição pesquisada.

Poderei contatar o Comitê de Ética da UNICAP para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa através do telefone (81) 21.19.43.76 o qual encaminhará o procedimento necessário.

Recife, ___ de _____ de _____.

Assinatura do Voluntário

Identidade: _____ CPF: _____