



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO**  
**PRÓ-REITORIA ACADÊMICA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**  
**LINHA DE PESQUISA EM PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE**

**A PSICANÁLISE COMO TERAPÊUTICA PARA O AUTISMO:  
CONTRIBUIÇÕES E POLÊMICAS QUANTO À SUA PARTICIPAÇÃO NAS  
POLÍTICAS DE SAÚDE PARA CRIANÇAS**

**EGLAILZA SOBRAL RODRIGUES ALVES**

**RECIFE**

**2017**

EGLAILZA SOBRAL RODRIGUES ALVES

**A psicanálise como terapêutica para o autismo: contribuições e polêmicas quanto à sua participação nas políticas de saúde para crianças**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Linha de pesquisa: Psicopatologia Fundamental e Psicanálise.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Consuêlo Passos

RECIFE

2017

A474p

Alves, Eglailza Sobral Rodrigues

A psicanálise como terapêutica para o autismo : contribuições e polêmicas quanto à sua participação nas políticas de saúde para crianças / Eglailza Sobral Rodrigues Alves ; orientador Maria Consuelo Passos, 2017. 105 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria Acadêmica. Coordenação Geral de Pós-graduação. Mestrado em Psicologia Clínica, 2017.

1. Psicanálise. 2. Autismo. 3. Saúde pública. 4. Crianças autistas. 5. Política pública. 6. Pesquisa qualitativa. I. Título.

CDU 159.964.2

***Para o meu filho, a quem tive a graça de conceber durante o percurso desta pesquisa, mas não tive a oportunidade de dar à luz, dedico este nascimento.***

## **AGRADECIMENTOS**

Ao grande Pai, pelo dom da vida, por tudo que humildemente me constitui e pela concretização desta promessa de amor, e a Maria Santíssima pela materna intercessão.

Aos meus pais, Manoel e Eunice, a quem devo tudo o que sou, por serem suficientemente bons.

Aos meus queridos irmãos, Eglailson e Eglailton, pelo acolhimento nas horas de angústia, pelas risadas compartilhadas, pela companhia nas viagens, pela fraternidade.

A Kleber Alves pelo companheirismo de tantos anos, pelo apoio à minha formação profissional e pela companhia segura nas inúmeras e longas viagens até Recife.

A Fátima Carvalho de Oliveira pela escuta das minhas angústias e dos meus desejos conscientes e inconscientes.

Às irmãs da Congregação de Nossa Senhora da Glória, pelas orações, pelas partilhas e, especialmente, pela acolhida afetuosa na casa-mãe durante o primeiro ano do curso de mestrado.

A todos os amigos, especialmente aos que compõem o Grupo de Oração Coroa das Alegrias, pelas orações e por me carregarem nos braços quando não era possível caminhar sozinha.

Aos colegas do CPPL pelas contribuições com a minha formação profissional, em especial a Antonio Ricardo, Letícia Rezende, Rafaela Paixão e Ana Elizabeth pelo apoio direto ao curso de mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento desta pesquisa.

À coordenação e à secretaria do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da UNICAP pelo atendimento acolhedor.

Ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da UNICAP e aos colegas de curso pelos conhecimentos construídos.

Aos colegas da Linha de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise pelas trocas produtivas, em especial àqueles que carinhosamente chamamos de Turma da Miçanga: Mariana Paz, Jonatas Tiburtino, Roseane Farias, Deysiane Pessoa e Guaíra Melo, pelos momentos criativos compartilhados e pelo acolhimento das angústias vivenciadas.

À Professora Dra. Maria Consuelo Passos pela disponibilidade de orientação desta pesquisa, pela compreensão das limitações que se colocaram neste percurso e pelo seu encorajamento que tanto me ajudou a progredir.

À Professora Dra. Ana Lúcia Francisco pela leitura atenta do projeto e pelas contribuições no exame de qualificação da pesquisa.

Às professoras Dras. Véronique Donard e Julieta Jerusalinsky por aceitarem o convite para compor a banca examinadora e pelas valiosas contribuições com a pesquisa.

Ao MPASP, em especial aos entrevistados, pelos dados concedidos para esta pesquisa.

À grande mestra Lindair Araújo, minha supervisora clínica, pelas discussões e pela leitura atenta e cuidadosa desta produção.

A Eglailton pela leitura e correção da versão preliminar e pela tradução do resumo.

A Pablo Alencar pela atenta correção gramatical desta dissertação.

A todos que direta ou indiretamente me apoiaram nesta empreitada agradeço pelas orações e pelas palavras de incentivo.

Ah! Se o mundo inteiro me pudesse ouvir  
Tenho muito pra contar  
Dizer que aprendi

E na vida a gente tem que entender  
Que um nasce pra sofrer  
Enquanto o outro ri

Mas quem sofre sempre tem que procurar  
Pelo menos vir a achar  
Razão para viver

Ver na vida algum motivo pra sonhar  
Ter um sonho todo azul  
Azul da cor do mar...

**Tim Maia**

## RESUMO

O autismo é objeto de estudo da Psicanálise desde que foi categorizado pela nosologia psiquiátrica, passando depois por diferentes enquadramentos e nomeações, em classificações psicopatológicas atravessadas por concepções epistemológicas distintas. Ele representa um grupo complexo de transtornos do desenvolvimento e pode ocasionar alterações cognitivas, emocionais e relacionais. Portanto, não tem uma única apresentação clínica, tampouco apenas uma causalidade, exigindo diversas terapêuticas para sua detecção e tratamento. No Brasil, exatamente no período de amplo debate e conquistas de direitos para as pessoas com autismo e suas famílias, através da instituição da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo, em 2012, surgiram impedimentos ao exercício da Psicanálise na atenção a esse público, no âmbito das políticas de saúde. Nesse cenário conflituoso foi organizado um movimento social em defesa da aplicação de múltiplas abordagens no trabalho com pessoas com autismo, o Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MPASP). O objetivo desta pesquisa de natureza qualitativa foi, portanto, analisar a tensão entre a tentativa de afastamento das práticas psicanalíticas do cenário das políticas de saúde para crianças com autismo e suas famílias no Brasil e o posicionamento dos psicanalistas frente a esse ato político. Os dados foram coletados em bibliografias e através de entrevista semiestruturada, realizada com uma amostra do tipo proposital, composta por 6 (seis) psicanalistas filiados ao MPASP. A discussão e a análise crítica das entrevistas foram realizadas buscando a interpretação dos significados manifestos e latentes dos dados coletados, ultrapassando o caráter meramente descritivo do discurso. Os resultados indicaram que a tensão ocorrida no campo político oportunizou à Psicanálise a construção de um lugar representativo na elaboração e implementação de políticas públicas de saúde, através do MPASP. Constatou-se também que o cenário mais atual da inserção da Psicanálise na atenção às crianças com autismo tem sido o da clínica ampliada. Nesse cenário, evidenciou-se a presença da situação analisante, - proposta por Figueiredo (2011) como a principal tarefa do psicanalista em direção à sustentação da fala nos limiares da linguagem -, assegurando a efetividade da práxis psicanalítica. Desse modo, concluiu-se que a Psicanálise se renova, alcançando diferentes cenários de atenção à criança com autismo ou sob o risco de desenvolvimento infantil, sem perder de vista a emergência do sujeito do inconsciente.

**Palavras-chave:** Autismo, Psicanálise, crianças, políticas públicas, pesquisa qualitativa.



## ABSTRACT

Autism has been the subject of a study of psychoanalysis since it was categorized by psychiatric nosology, afterwards by different frames and appointments, in psychopathological classifications crossed by different epistemological conceptions. It represents a complex group of developmental disorders that can cause cognitive, emotional and relational changes. Therefore, it does not have a single clinical presentation, nor just a causality, requiring several therapies for its detection and treatment. In Brazil, during the period of extensive debate and achievement of rights for people with autism and their families, through the institution of the National Policy for the Protection of the Rights of Persons with Autism Spectrum Disorder, in 2012, impediments to the exercise of psychoanalysis attention to this public, within the scope of health policies. In this conflictive scenario, a social movement was organized in defense of the application of multiple approaches in the work with people with autisms, the Movement Psychoanalysis, Autism and Public Health (MPASP). The objective of this qualitative research was to analyze the tension between the attempt to distance the psychoanalytic practices from the health policy scenario for children with autism and their families in Brazil and the psychoanalysts' positioning on this political act. Data were collected in bibliographies and through a semi structured interview, performed with a purposive type sample, composed by six psychoanalysts affiliated to MPASP. The discussion and the critical analysis of the interviews were carried out seeking the interpretation of the manifested and latent meanings of the collected data, surpassing the purely descriptive character of the discourse. The results indicated that the tension in the political field made it possible for Psychoanalysis to build a representative place in the construction and implementation of public health policies, through MPASP. It was also verified that the most current scenario of the insertion of Psychoanalysis in the attention to children with autism has been the one of the extended clinic. In this scenario, the presence of the analyzing situation, - proposed by Figueiredo (2011) was evidenced as the main task of the psychoanalyst toward the support of speech in the thresholds of language -, ensuring the effectiveness of psychoanalytic praxis. Therefore, it was concluded that psychoanalysis is renewed, reaching different scenarios of attention to the child with autism or the risk of child development, without losing sight of the emergence of the subject of the unconscious.

**Keywords:** Autism, Psychoanalysis, children, public policies, qualitative research.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>CAPÍTULO 1 - O MÉTODO</b> .....	15
1.1 Participantes .....	16
1.2 Local da pesquisa .....	17
1.3 Instrumento de coleta de dados .....	17
1.4 Procedimento de coleta de dados.....	18
1.5 Procedimento de análise dos dados .....	19
<b>CAPÍTULO 2 - A POLÊMICA ETIOLÓGICA DO AUTISMO</b> .....	20
2.1 Divergências diagnósticas: autismo x TEA .....	20
2.2 A história da classificação do autismo.....	24
2.3 Concepções psicanalíticas atuais sobre a classificação do autismo.....	29
<b>CAPÍTULO 3 - O LUGAR DA PSICANÁLISE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA CRIANÇAS COM AUTISMO</b> .....	34
3.1 A Psicanálise nos cuidados de atenção psicossocial para crianças .....	40
3.2 A tensão nas políticas de saúde para o autismo .....	43
3.3 As políticas de atenção para pessoas com autismo e suas famílias no âmbito do SUS .....	47
<b>CAPÍTULO 4 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	56
<b>CAPÍTULO 5 - CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS PARA A CLÍNICA AMPLIADA DO AUTISMO</b> .....	71
5.1 O diálogo com as neurociências .....	71
5.2 A detecção precoce dos sinais de risco do desenvolvimento infantil.....	73
5.3 O tratamento interdisciplinar .....	76
5.4 Proposta do MPASP para a direção do tratamento .....	80
5.5 A situação analisante na clínica ampliada .....	83
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	87
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	91
<b>ANEXOS</b> .....	97

## INTRODUÇÃO

O interesse desta pesquisa foi desencadeado a partir da preocupação com as dificuldades impostas ao exercício das práticas psicanalíticas no âmbito das políticas públicas de saúde para crianças com autismo e suas famílias. Tais dificuldades surgiram na França, no cenário da crise econômica que atingiu a Europa na última década, e repercutiram na saúde pública, demandando a redução de custos com os tratamentos.

Nesse contexto, o argumento para o impedimento do exercício da Psicanálise foi o de que suas práticas não teriam respaldo científico, sendo abandonadas como método de tratamento em diversos países anglo-saxões, e de serem também pouco referidas na grande maioria dos estudos científicos positivistas.

Têm contribuído para tais impedimentos o distanciamento do referencial psicanalítico por parte da Psiquiatria atual e o fortalecimento do poder das indústrias farmacêuticas. Além disso, tem sido exigido por associações de pais e familiares de pessoas com autismo, através da via política, inclusive no Brasil, que o referencial epistemológico cognitivo-comportamentalista seja considerado como abordagem prioritária nos cuidados dispensados às crianças com autismo nos serviços públicos de saúde (Oliveira, 2015; Araújo *et al*, 2013).

No Brasil, as dificuldades surgiram num período de amplo debate e de conquistas de direitos para as pessoas com autismo e suas famílias, justamente na época em que foi instituída a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo, assegurada pela promulgação da Lei Nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Nesse período foram publicados, pelo Ministério da Saúde, dois documentos que regulamentam legalmente os cuidados de atenção para pessoas com autismo, deixando evidente a cisão entre os campos da reabilitação e da atenção psicossocial.

Porém, os episódios de maior visibilidade dessa problemática surgiram no Estado de São Paulo entre os anos de 2012 e 2013, quando, na ocasião, serviços de saúde pública, de

orientação psicanalítica, para pessoas com autismo foram fechados temporariamente e editais de credenciamento para convênio com instituições de tratamento para pacientes com autismo exigiam que as equipes tivessem especialização em técnicas cognitivo-comportamentais. Tais editais enfatizavam que as práticas psicanalíticas eram muito seletivas, que se distanciavam da tendência da Psiquiatria atual e tornavam a produtividade dos serviços baixa.

Contrários às declarações de tais documentos, mobilizaram-se, além do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e do Sindicato dos Psicólogos no Estado de São Paulo, psicanalistas e demais profissionais de saúde, que se organizaram através de um movimento social com vistas a assegurar a oferta das múltiplas abordagens do tratamento do autismo no cenário dos serviços de saúde pública. Esse movimento organizado se chamou Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MPASP) e ganhou abrangência em nível nacional, tendo como finalidade a afirmação dos seus princípios de ação e da sua proposição ética frente ao atendimento a pessoas com autismo e suas famílias.

Diante da problemática exposta, o objetivo geral desta pesquisa consistiu em: analisar a tensão entre a tentativa de afastamento das práticas psicanalíticas do cenário das políticas de saúde no Brasil para crianças com autismo e suas famílias e o posicionamento dos psicanalistas frente a esse fato político. Os objetivos específicos pretenderam: identificar os motivos que geraram os impedimentos à Psicanálise, enquanto terapêutica para o autismo, no cenário das políticas de saúde no Brasil; analisar os argumentos dos psicanalistas no que concerne à permanência das práticas psicanalíticas nos serviços públicos de saúde para crianças com autismo; investigar as contribuições da Psicanálise para a detecção precoce e o tratamento do autismo no atual contexto da saúde pública brasileira.

Para isso, além da discussão teórica, foi realizada uma pesquisa de campo de natureza qualitativa que, de acordo com Minayo (1999), trabalha com o universo dos significados, dos motivos, dos valores e das atitudes, ocupando-se de um nível de realidade que não pode ou não

deve ser quantificado. A população escolhida foi composta por psicanalistas diretamente envolvidos com as deliberações do MPASP, que participaram da pesquisa através de uma entrevista individual e semiestruturada. O método se encontra detalhado no primeiro capítulo desta dissertação.

No segundo capítulo se discute a polêmica em torno da etiologia e da nosografia do autismo, buscando uma compreensão acerca da relação entre tais polêmicas e algumas das motivações para as tensões recentes no campo das políticas públicas para crianças com autismo. Nesse sentido, destacam-se as divergências no campo do diagnóstico, revisitando o contexto histórico da classificação do autismo e debatendo as concepções psicanalíticas atuais a esse respeito.

O terceiro capítulo deste trabalho apresenta como se deu a construção das políticas públicas para a infância no cenário nacional, com ênfase para a efetivação da agenda nacional de políticas para crianças em grave sofrimento psíquico, incluindo o autismo. Neste sentido, destacam-se a inserção e as contribuições da Psicanálise nos serviços de atenção psicossocial para a infância. Além disso, discute-se a tensão no campo das políticas públicas para pessoas com autismo no Brasil, com ênfase para os impedimentos colocados ao exercício da práxis psicanalítica nesse cenário, bem como para a cisão e as tentativas de diálogo entre o campo da atenção psicossocial e o campo da reabilitação.

No quarto capítulo são apresentada a análise e a discussão dos dados coletados em campo a partir das seis questões que compuseram a entrevista da pesquisa: participação dos/as psicanalistas entrevistados/as no MPASP e suas contribuições para o trabalho com crianças com autismo; formas de participação da Psicanálise nos cuidados clínicos ofertados a essa população nos serviços de saúde pública; justificativas dos/as psicanalistas sobre a importância do uso da Psicanálise nos cuidados de detecção precoce e tratamento do autismo; dificuldades identificadas por esses profissionais nos serviços de saúde pública; repercussões surgidas no

trabalho desenvolvido por psicanalistas nos serviços públicos de atenção ao autismo, a partir da fundação do MPASP; contribuições do MPASP para as políticas públicas de saúde para crianças com autismo.

No quinto capítulo são apresentadas as principais contribuições psicanalíticas para a clínica ampliada do autismo e a discussão do conceito de *situação analisante*, defendido por Figueiredo (2011), a fim de compreender o que assegura a efetividade do trabalho psicanalítico no cenário da clínica ampliada.

Por fim, são tecidas as considerações desta pesquisa.

## **CAPÍTULO 1 - O MÉTODO**

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa de natureza qualitativa, tendo em vista que trabalha com o universo dos significados, dos motivos, dos valores e das atitudes, ocupando-se de um nível de realidade que não pode ou não deve ser quantificado, de acordo com Minayo (1999).

Tomando essa concepção como referência, pretendeu-se investigar a questão norteadora desta pesquisa: “Analisar a tensão entre a tentativa de afastamento das práticas psicanalíticas do cenário da política de saúde mental no Brasil para crianças com autismo e suas famílias e o posicionamento dos psicanalistas frente a este ato político”, posta como objetivo geral, através do tratamento dos dados coletados em campo e em bibliografias a respeito das argumentações teóricas e clínicas de psicanalistas vinculados ao Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MPASP) e sobre a política de saúde para pessoas com autismo no Brasil.

A pesquisa foi realizada em três etapas: fase exploratória, trabalho de campo e discussão dos dados.

A fase exploratória consistiu na construção do projeto de pesquisa, na efetuação dos trâmites necessários para entrada em campo e no levantamento dos dados bibliográficos, através de bibliotecas, banco de dados virtuais e revistas científicas.

O trabalho de campo foi iniciado com a seleção dos sujeitos para a entrevista, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, e convite para participarem da pesquisa, explicitando-se os objetivos e procedimentos a serem realizados. Após consentimento dos sujeitos selecionados e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), iniciou-se a coleta de dados por meio da aplicação individual da entrevista semiestruturada.

A discussão e a análise crítica das entrevistas foram realizadas buscando a interpretação dos significados manifestos e latentes dos dados coletados, ultrapassando o caráter meramente descritivo do discurso.

### **1.1 Participantes**

A população escolhida para o estudo foi composta por psicanalistas diretamente envolvidos com as deliberações do Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MPASP) e que atuam nos cuidados dispensados às crianças com autismo, atendendo aos critérios de inclusão.

Por esta pesquisa ser de natureza qualitativa, sua amostragem foi do tipo proposital, que é definida metodologicamente como aquela de escolha deliberada de respondentes e oposta à amostragem estatística, ou seja, não visa a representatividade da amostra em relação à população total.

Na amostragem proposital, segundo Turato (2008), o pesquisador delibera quem serão os sujeitos que comporão seu estudo, segundo seus pressupostos de trabalho, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características pessoais possam trazer informações substanciais sobre o objeto de estudo, tornando-se possível pedir às pessoas que expliquem por que elas se comportam de certo modo, explorar decisões ou inquirir sobre fatores subjacentes.

O número final de participantes da amostra só pode ser definido após a entrada em campo, pois um pesquisador qualitativista, fazendo uso da amostragem proposital, recorre à liberdade de estudar o que emerge naquele campo. Deste modo, somente após contemplar os passos indicados para a maneira de construção escolhida para compor a amostra e estando ao final da coleta de dados é que se saberá quantos sujeitos entrevistados serão incluídos.



Porém, Turato (2008) recomenda que sejam entrevistados entre 6 (seis) e 15 (quinze) sujeitos, faixa numérica que pode ser ampliada para baixo ou para cima, sempre em consonância com a tensão entre os objetivos propostos e os ditames do campo.

Assim, foram entrevistados 6 (seis) psicanalistas, sendo três participantes do Nordeste, dois/duas do Sudeste e um/a entrevistado/a da Região Sul do Brasil.

## **1.2 Local da pesquisa**

Uma vez que o universo desta pesquisa se refere aos participantes do Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MPASP), que não tem sede fixa e representa, em média, 100 instituições com diferentes filiações teóricas, em diversos Estados da Unidade Federativa, não se pretendeu entrevistar necessariamente profissionais de uma determinada instituição, mas aqueles filiados ao referido movimento que se dispuseram a participar desta pesquisa. Assim, esta pesquisa contou com a participação de psicanalistas de três regiões geográficas do Brasil.

## **1.3 Instrumento de coleta de dados**

A coleta de dados em campo foi realizada por meio de entrevista individual e semiestruturada. De acordo com Minayo (1999), na entrevista semiestruturada o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, fornecendo dados para o trabalho cujas informações não se podem obter através de outras fontes. Assim transmite, como um porta-voz, as representações de determinados grupos, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

#### 1.4 Procedimento de coleta de dados

Após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), foram realizados contatos com os participantes através de mensagens eletrônicas via *e-mail*, através das quais foram expostos os objetivos da pesquisa e foi feito o convite para a participação da mesma. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi exposto e uma cópia do mesmo foi encaminhada via *e-mail* para os participantes.

Após consentimento dos sujeitos da pesquisa e assinatura dos termos do TCLE, as entrevistas foram realizadas através de recursos eletrônicos como *e-mails* e o aplicativo *Whatsapp*, que permite a gravação de áudio e vídeo, bem como a interação em tempo real com o participante. Vale salientar que alguns psicanalistas foram entrevistados presencialmente.

As entrevistas foram gravadas e transcritas mediante autorização dos participantes e de forma a manter o máximo de fidelidade ao que foi dito.

A devolutiva dos resultados aos participantes será realizada por meio da disponibilização de uma cópia da dissertação para cada um deles, bem como para o grupo gestor do MPASP.

A pesquisa prevê a publicação dos resultados. O sigilo quanto à identidade dos participantes será mantido. Dessa forma, durante a apresentação da análise dos dados, onde trechos das entrevistas aparecem transcritos, os/as participantes foram nomeados/as por códigos alfanuméricos a fim de garantir a confidencialidade.

O arquivamento do material coletado fica sob responsabilidade da pesquisadora durante cinco anos, como preconizam as determinações éticas do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução N° 196/1996.

### **1.5 Procedimento de análise dos dados**

Após a coleta dos dados, foram realizadas a discussão e a análise crítica das entrevistas. Esses procedimentos buscaram a interpretação dos significados manifestos e latentes dos dados coletados, de forma a ultrapassar o caráter meramente descritivo do discurso. Além disso, procurou-se identificar o significado do contexto da fala dos participantes, privilegiando os conteúdos pertinentes aos objetivos propostos pela pesquisa.

O procedimento contou com três momentos fundamentais: pré-análise - que se caracterizou pela leitura flutuante das entrevistas, de modo a identificar os aspectos que apareceram com maior relevância na fala dos entrevistados; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, a partir do referencial teórico utilizado e dos objetivos da pesquisa.

## CAPÍTULO 2 - A POLÊMICA ETIOLÓGICA DO AUTISMO

Antes mesmo de surgir como entidade clínica, o autismo já era objeto de estudo de diversos pesquisadores. Entretanto, apesar do aumento das pesquisas ao longo dos anos e dos grandes avanços tecnológicos, este ainda é um termo com etiologia e diagnóstico controversos, passando por diferentes enquadramentos e nomeações dentro das classificações psicopatológicas, perpassados por concepções epistemológicas distintas.

### 2.1 Divergências diagnósticas: autismo x TEA

Quando no âmbito da saúde o termo *autismo* é utilizado, evidencia-se de imediato a marca da polêmica da nomeação, uma vez que a variedade de sintomas e quadros clínicos, marcados pela singularidade de cada criança com esse sofrimento psíquico, impede o uso da nomeação de modo genérico.

Essa polêmica tem sido historicamente tão intensa e significativa para as atitudes de compreensão e de intervenção dos profissionais que se ocupam do autismo que o que emerge desse cenário é o movimento de buscar desenvolver cada vez mais estudos e pesquisas que lancem luz sobre a sua nosografia.

A nomeação *autismo* foi criada pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler para descrever um dos sintomas da esquizofrenia em adultos, que se referia ao isolamento dos sujeitos em relação à realidade externa. Bleuler (1913/1988) postulou um termo equivalente à nomeação de autoerotismo criada por Freud. Mas discordando de Freud no que se refere à noção de pulsão sexual, ou seja, a ideia de que fatores da sexualidade infantil estivessem envolvidos na origem das doenças mentais, Bleuler tratou de tirar *eros* da nomeação, fazendo uma redução do termo.

Dessa forma foi criado o termo *autismo*, do grego, *autos*: si mesmo e *ismo*: modo de estar. Assim, o seu significado etimológico é: fechado em si mesmo. Porém, mais do que uma oposição de Bleuler a Freud, o termo faz referência à primeira experiência de satisfação do sujeito, mencionada por Freud. Isso faz com que autores estruturalistas considerem que, de fato, falta um *eros* porque há uma dificuldade de inclusão do simbólico na construção do circuito pulsional, por isso o Outro não se constitui enquanto um interlocutor e a satisfação não se completa.

Para marcar uma posição que obedece a uma classificação psicopatológica diferente da nosografia psiquiátrica, em geral os psicanalistas têm utilizado o termo *autismo* e não TEA.

A partir da publicação da quinta versão do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, traduzido em língua portuguesa como Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-V), o termo utilizado pela comunidade psiquiátrica para a nomeação dos quadros de autismo passou a ser Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). O TEA tem sido considerado, pelos profissionais da área, um grupo complexo e variado de transtornos do neurodesenvolvimento, podendo ocasionar alterações cognitivas, emocionais e relacionais (APA, 2012).

O DSM-V tem sido utilizado para conduzir o diagnóstico clínico dos transtornos do comportamento e desenvolvimento feito por neuropediatras, psiquiatras infantis e pediatras, além de embasar e conduzir pesquisas na área.

Ainda sobre a utilização dos manuais de diagnóstico e estatística, observa-se que as mudanças na forma de conceber o autismo, de categorizá-lo e, sobretudo, as ferramentas utilizadas para diagnosticá-lo ocasionaram uma mudança radical nos últimos anos, a respeito do número de crianças com esse diagnóstico.

Uma revisão de Fombonne (2003) mostra que a prevalência de autismo passou de 4,4/10.000, entre 1966 e 1991, para 12,7/10.000, entre 1992 e 2001. Os últimos dados dos

Estados Unidos falam de 1/88 e especificamente 1/59 em relação aos meninos, o que coloca o autismo num patamar alarmante. Porém, todos esses dados se encontram em discussão no interior da comunidade científica, já que não há consenso em torno da precisão dos instrumentos utilizados para validar o diagnóstico.

Até aqui a análise pretendida nesta dissertação se ateve ao campo da discussão nosográfica, o qual é maciçamente constituído pelos psiquiatras, neurologistas e neuropediatras. Agora esta pesquisa prossegue dando ênfase à concepção de diagnóstico dos psicanalistas no âmbito das práticas de atenção ao autismo, discutindo suas dificuldades e impasses. É importante ressaltar que essa discussão em torno da atitude diagnóstica se torna relevante por trazer no seu cerne a concepção do sujeito do inconsciente, que guia as formas de intervenção junto à criança em grave sofrimento.

Divergindo dos critérios classificatórios do DSM-V, psicanalistas que atendem crianças em serviços de saúde pública no Brasil têm feito uso das nomeações de manuais de diagnóstico, principalmente do Código Internacional de Doenças, na sua décima versão (CID - 10), visto que, para que o paciente tenha direito ao tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é exigido que o diagnóstico tome como referência esse manual. Vale salientar que neste manual a nomeação utilizada para os quadros de autismo são identificadas no grupo F-84, onde são nomeados como *Transtornos Globais do Desenvolvimento* (TGD). Contudo, para além dos critérios dos manuais, é importante destacar que tais profissionais levam em consideração, principalmente, a provisoriedade dos quadros de autismo na infância e as questões de ordem subjetiva e relacional no que se refere ao diagnóstico.

Neste sentido, concordamos com Lopes & Bernardino (2011) quando levantam a questão de que, embora os manuais diagnósticos funcionem como parâmetro científico para classificar patologias, eles, contudo, não são suficientes para a Psicanálise. Isso porque atuar profissionalmente no âmbito das instituições de saúde sob a égide psicanalítica requer, também,

compreender como a criança se constitui não apenas em seu nível orgânico, mas em movimento de subjetivação.

Essa posição é firmada em torno do argumento de que as idiosincrasias da criança autista ou em risco de autismo são consideradas manifestações de linguagem, que na escuta psicanalítica vão fornecer subsídios para que o processo comunicacional venha a ser deflagrado.

Cavalcanti & Rocha (2007) e sua equipe de trabalho do Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL), contando com um longo percurso de trabalho na clínica institucional, discutem essa questão enfatizando que é a escuta da longa, complicada e singular trajetória do indivíduo que permite apreender os vários modos de subjetivação, sem se deixar enredar pelas classificações sintomatológicas contidas nesses manuais de diagnóstico.

Esses psicanalistas destacam que, na sua longa experiência na clínica do autismo, tem sido possível comprovar a plasticidade e a provisoriedade dos sintomas apresentados pelas crianças e reconhecer que, junto com seu sofrimento psíquico, são apresentadas genuínas formas de comunicação e interação. Deste modo, comentam:

Foi possível enxergar as múltiplas formas que as crianças apresentavam de ser e estar no mundo, de comunicar-se, de estabelecer demandas e, principalmente, de singularíssimos arranjos em seu processo de subjetivação (...). Foi possível acompanhar os surpreendentes rumos e as evoluções que cada criança traçava em seu processo de subjetivação, muitas vezes abandonando parcialmente, ou por completo, a sintomatologia apresentada por ocasião da sua chegada (Oliveira & Silva, 2006, p. 105).

A esses autores, juntam-se Kupfer (2007), Jerusalinsky (2012) e Laznik (2003) considerando que é antinômica da primeira infância a noção de quadros fechados.

Neste sentido, Jerusalinsky (2001), seguindo o modelo estruturalista, aponta a importância de um posicionamento teórico e ético fundamentado na pluralidade do ser humano

e de suas possibilidades de mudança, visto que um diagnóstico na infância pode não ser conclusivo devido à dimensão provisória das estruturas psíquicas<sup>1</sup> ou psicopatológicas infantis.

## **2.2 A história da classificação do autismo**

Tantas nomeações só podem ser marcadas por múltiplas e polêmicas hipóteses etiológicas, atravessadas por concepções epistemológicas distintas, em torno do que se convencionou chamar de autismo. Diante disso, faz-se necessária a visitação do contexto histórico no qual o referido transtorno foi delimitado como um quadro psicopatológico, passando por diferentes nomeações e enquadramentos dentro das classificações psicopatológicas.

O autismo se tornou objeto de estudo da Psicanálise ao ser categorizado pela nosologia psiquiátrica como uma nova patologia do grupo das psicoses infantis.

Na primeira metade do século XX, mais especificamente em 1930, Kanner (1894-1981), médico de origem austríaca, radicado nos Estados Unidos da América (EUA), foi convidado a desenvolver o serviço de Psiquiatria Infantil no setor de Pediatria da Johns Hopkins University School of Medicine a pedido dos professores Edward A. Park (falecido em 1969), diretor de Pediatria, e Adolf Meyer (1866-1950), diretor de Psiquiatria (Azevedo, 2006). “Provavelmente Kanner teve acesso à Psicanálise através de Meyer, que fazia parte do grupo de psiquiatras adeptos à Psicanálise, sendo um dos pioneiros da introdução da Psicanálise nos Estados Unidos” (Roudinesco, 1998, p. 513).

Nesse período histórico, a Psicanálise com crianças lutava pelo reconhecimento de sua eficácia, levando, assim, à incorporação do autismo no seu campo de estudo, justamente no

---

<sup>1</sup> A noção de estruturas psíquicas é considerada pelo Estruturalismo. Este é um modelo utilizado por diversos psicanalistas, porém não é o único referencial nosográfico psicanalítico.



momento em que o campo médico estava tomado pela valorização da criança, da personalidade e da dinâmica interpessoal.

Os anos de 1940 e 1950 foram de forte presença da Psicanálise na formação dos psiquiatras, nas instituições de tratamento mental e na produção teórica do campo, principalmente nos EUA, para onde diversos psicanalistas haviam migrado fugindo do Nazismo no início da Segunda Guerra Mundial (Lima, 2014).

Nesse contexto, Leo Kanner (1943) utilizou pela primeira vez o termo criado por Bleuler (1911), propondo uma nova patologia na nosologia psiquiátrica, nomeada de Autismo Infantil Precoce. Ao descrever o autismo como uma perturbação precoce, Kanner o separou da esquizofrenia, colocando-o não como consequência desta última, mas como um fracasso inicial fundamental.

Assim, os primeiros psicanalistas, radicados nos Estados Unidos, a trabalharem com o autismo consideravam-no como um desvio do curso habitual do desenvolvimento devido a um fracasso na relação do bebê com o objeto. Seguiram por esse caminho autores como Margareth Mahler (1897-1985) e Francis Tustin (1913-1994).

Margareth Mahler, pediatra nascida na Hungria, de origem judaica e emigrada para os Estados Unidos, tornou-se uma das principais expoentes das teses afetivo-relacionais sobre o autismo na década de 1950 e nas seguintes.

De acordo com Cavalcanti & Rocha (2007), Mahler foi uma das primeiras psicanalistas a conceber o autismo como um tipo de psicose e tornou-se uma referência entre os teóricos que produziam narrativas referenciadas pela teoria psicanalítica sobre os estados patológicos da primeira infância. Com o apoio de Kanner, ela descreveu as psicoses na infância vencendo a resistência de toda uma geração em reconhecer que crianças tão pequenas pudessem sofrer de patologias tão graves. Ela apostou em fatores hereditários ou adquiridos nas primeiras semanas de vida como causas etiológicas das psicoses infantis.

Para Mahler, a etiologia do autismo se devia muito mais a um desvio inato do ego do que a uma falta de empatia parental ou uma psicopatologia materna. Segundo sua teoria, os estágios do desenvolvimento iriam da fase autística normal, passando pela fase simbiótica normal até o processo de separação-individuação. O autismo seria considerado como uma fixação ou uma regressão à primeira fase do desenvolvimento (Azevedo, 2006; Lima, 2014).

Francis Tustin, por sua vez, pertenceu à Escola Inglesa, seguindo, a princípio, a teoria kleiniana. Sua formação sempre esteve atrelada aos atendimentos com crianças. Nos Estados Unidos, teve seu primeiro contato com crianças com autismo no James Jackson Putman Center.

Tustin (1972) seguiu até certo momento os ensinamentos de Mahler (1952/1983), estabelecendo uma fase inicial do desenvolvimento infantil, denominada autismo primário normal. Para ela, a princípio, haveria um estado de autismo normal e um autismo patológico.

O estado de autismo seria próprio do primeiro estágio do desenvolvimento da criança, caracterizado por uma relação dual, uma indiferenciação entre eu e não eu, onde a mãe se adaptaria às necessidades do filho e estabeleceria com ele um “útero pós-natal”.

Enquanto que o autismo patológico seria uma regressão ou uma fixação ao primeiro estágio, devido a uma saída prematura desse útero pós-natal em que a criança não estaria preparada para se separar da mãe.

Apesar de ter seguido por um bom tempo as concepções de Mahler, Tustin também recorreu às teorias de Bion sobre a *rêverie* materna e de Winnicott sobre o meio ambiente facilitador a fim de formular sua compreensão acerca das relações entre os fatores constitucionais e ambientais na etiologia e no desenvolvimento do autismo patológico. Sendo assim, no seu artigo intitulado “A perpetuação de um erro”, Tustin (1993/1995) abandonou a ideia de autismo enquanto regressão a um estágio infantil anterior, afirmando que não há um estágio infantil normal para o qual o autismo infantil pudesse ser uma regressão.

Para a autora, nesse segundo momento, o autismo seria considerado uma aberração do desenvolvimento que haveria tomado o caminho errado desde muito cedo e uma reação protetora da criança para lidar com o estresse decorrente da ruptura do seu estado anormal de fusão com a mãe. A partir da sua experiência clínica com a criança chamada John, ela declarou:

A situação clínica com John mostrou claramente que momentos da infância haviam sido evocados. No entanto, ele não estava se comportando como um bebê ou regredindo para a primeira infância. Ele era um menino de cinco anos, representando o trauma que ele havia experimentado enquanto bebê (Tustin, 1993/1995, p. 74).

Quanto à etiologia do autismo, Tustin afirmava que o quadro seria determinado por razões diferentes em cada criança e intrínsecas à natureza constitucional delas (Azevedo, 2006).

Abandonar a ideia do estágio infantil normal de autismo significou também para Tustin remover as crianças com autismo de um lugar inacessível, descrito pela autora anteriormente como um “buraco negro”, e colocá-las na rede de relações que se estabelecem no presente (Cavalcanti & Rocha, 2007).

Pode-se compreender que, nos primórdios da clínica do autismo, as necessidades de um reconhecimento científico positivista para o achado de Kanner e a influência das concepções psicodinâmicas em vigência na época, dando ênfase para a importância da relação mãe-bebê no processo de constituição subjetiva, contribuíram para que o autismo fosse categorizado dentro do quadro das psicoses, uma vez que estas já haviam sido estabelecidas nosograficamente tanto pela Psiquiatria quanto pela Psicanálise.

Nesta época, a concepção freudiana de mãe era tomada com grande relevância pela cultura devido ao modelo burguês de família e das funções parentais. Consequentemente, essa concepção gerou interpretações equivocadas que levavam as mães à culpabilização por tudo que ocorresse com a criança, não só em relação ao autismo. Dessa forma, surgiram compreensões polêmicas sobre as hipóteses a respeito da etiologia do autismo. Em virtude

disso, todos esses estudiosos que construíram esse momento histórico foram criticados com o argumento de que suas teorias culpabilizaram as mães pelo autismo de suas crianças.

Percebemos que esse equívoco já era visível nas declarações de Kanner sobre as implicações dos pais no processo de subjetivação das crianças por ele diagnosticadas com Autismo Infantil Precoce. Deste modo, tais declarações só puderam ser compreendidas enquanto uma relação de causa e efeito, o que, de acordo com Cavalcanti & Rocha (2007) é uma exigência e um modo de proceder da Ciência Positivista, que marca até hoje algumas práticas e teorizações no campo da Psiquiatria.

Revisitando o contexto histórico, foi possível concordar com estas autoras compreendendo que:

Por mais que hoje estejamos inclinados a frisar, com muita veemência, que as classificações ou qualquer generalização universalizante em psicanálise entram em contradição com seus preceitos, nos é impossível não levar em conta o contexto do artigo de Kanner e dos psicanalistas de então. As lutas travadas por eles eram outras: a da comprovação da eficácia do método psicanalítico, da validação da psicanálise de criança e da psiquiatria dinâmica, através de bons critérios de classificação, típicos da ciência daquela época (Cavalcanti & Rocha, 2007, p. 54).

Neste aspecto, a partir da visitação do cenário histórico da clínica do autismo, foi possível compreender que, nos seus primórdios, os psicanalistas estavam diante de um novo quadro psicopatológico e, portanto, as experiências clínicas eram limitadas. Mas, ao longo desses setenta anos de estudos, a teoria psicanalítica avançou significativamente a esse respeito. Em relação à problemática das hipóteses etiológicas psicodinâmicas do autismo, discutida nesta pesquisa, pode-se tomar por empréstimo as palavras de Dunker (2013) ao declarar que, quando alguém diz acerca do tratamento do autismo que a Psicanálise culpabilizou os pais e particularmente a “mãe geladeira”, é preciso dizer que sim e que a mudança na concepção de tratamento, desde Freud, não é um traço de anacronismo, mas da cientificidade da Psicanálise. Então, sendo o critério de cientificidade a capacidade de errar, de reinterpretar e de criar

problemas e não o acúmulo triunfal do saber, a Psicanálise avança, enquanto produtora de conhecimento científico, superando essas hipóteses.

Em relação aos estudos psicanalíticos atuais a respeito da nosologia do autismo, podemos destacar as aproximações entre a teoria psicanalítica e as Neurociências no que se refere, por exemplo, aos pressupostos epigenéticos e à teoria da plasticidade neuronal. Tais pressupostos corroboram com o que a Psicanálise destaca a respeito da provisoriedade dos quadros psicopatológicos na infância e dos avanços clínicos. Tais avanços são decorrentes de intervenções que favorecem a constituição subjetiva do *infans* e a construção do laço social, tendo por fundamento o investimento nas relações entre a criança e os seus semelhantes.

### **2.3 Concepções psicanalíticas atuais sobre a classificação do autismo**

Se nos primórdios da clínica o autismo foi categorizado como um tipo de psicose, atualmente, no meio psicanalítico, apesar de existirem diferentes visões, os esforços têm se concentrado na distinção entre esses dois quadros. Entre os psicanalistas que concebem o autismo como um quadro distinto da psicose estão Kupfer (2007), Laznyk (2004) e Jerusalinsky (2012).

Marie-Cristine Laznik, a partir da leitura lacaniana da obra de Freud, compreende que o autismo tem origem numa fase anterior ao estágio do espelho. Assim sendo, a autora afirma que “o autismo é 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).

É válido destacar que os três tempos do circuito pulsional foram descritos por Freud (1915) no texto “As pulsões e suas vicissitudes”. No primeiro tempo, o bebê busca o objeto oral (seio ou mamadeira). O segundo tempo acontece quando o bebê desenvolve o

autoerotismo, por exemplo, quando se torna capaz de chupar a mão ou a chupeta. O terceiro tempo, por sua vez, ocorre quando o bebê se assujeita ao Outro materno, fisingando seu gozo, ou seja, antevendo a sua satisfação. Isso pode ser observado, por exemplo, quando o bebê coloca a mão na boca do cuidador esperando o seu riso e que ele brinque fingindo comê-la.

Laznik (2004) declara que o processo de funcionamento da fala do bebê deixa de ocorrer quando o terceiro tempo desse circuito não é atingido, pois o autoerotismo não poderá contar com a marca do laço do Outro. Desta forma, nos bebês com risco de autismo, o terceiro tempo do circuito pulsional ainda não estaria presente. Para a autora, independentemente da causa da não instauração desse terceiro tempo, ele poderá se instalar ou se restabelecer numa ocasião de intervenção precoce caso haja uma certa contribuição libidinal do psicanalista para trabalhar essa relação entre os cuidadores e o bebê, principalmente se isso ocorrer antes dos três anos de idade da criança.

Dois componentes são fundamentais para o estabelecimento do circuito pulsional: o olhar e a voz. O olhar aqui se refere ao investimento libidinal, que está relacionado à instauração do narcisismo primário, para Freud ou do estágio do espelho, para Lacan.

A voz é o primeiro objeto de pulsão oral do bebê. Segundo as pesquisas da autora, o bebê com risco de autismo pode olhar para a mãe ou outro cuidador que se ocupe dele, na ocasião da intervenção, quando se utiliza a linguagem denominada “manhês”. Esta é uma forma particular de fala entre o cuidador e o bebê, com picos prosódicos acentuados e prolongamentos das vogais. Ao se trabalhar com essa fala peculiar, têm-se alcançado significativos resultados na intervenção precoce sobre os riscos para o desenvolvimento psíquico, entre eles o de autismo (Laznik, 2004).

Ainda falando sobre a distinção entre autismo e psicose, Jerusalinsky (1993 citado por Kupfer 2007) marca radicalmente a diferença entre os dois quadros, propondo que se entenda o autismo como uma quarta estrutura, ao lado das três outras concebidas pelos estruturalistas:

psicose, neurose e perversão. O autor compreende que o autismo seria determinado pela exclusão do Outro e não pela forclusão, como ocorre na psicose.

Esclarecendo o que seria a distinção entre exclusão e forclusão, na sua concepção, o autor destaca:

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 laciano não há unanimidade nesse ponto, porque há quem considere (segundo a lógica que tome como referente) a exclusão como um caso particular de forclusão, mas esse não é 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 consequências na função significante. No caso da exclusão, não há inscrição do sujeito; no lugar onde a inscrição deveria se encontrar, encontra-se o Real, ou seja, a ausência de inscrição. Esta diferença radical de estrutura conduz a efeitos clínicos observáveis (Jerusalinsky, 1993, p. 63).

Kupfer (2007), concordando com a proposta de Jerusalinsky (1993), afirma que uma forma de diferenciar psicose e autismo é que na psicose falha a função paterna, enquanto no autismo falha a função materna.

No campo laciano, a função materna é também nomeada como Outro Primordial ou Outro materno. Ela se refere ao lugar que o agente de intermediação do simbólico ocupa para o *infans*.

Jerusalinsky (2011; 2012; 2015) compreende o autismo como um efeito do fracasso da função primordial de reconhecimento, inviabilizando a introdução da criança no campo do Outro, no campo da linguagem. Diante disso, a criança tropeça com uma impossibilidade que a deixa excluída do campo significante, impedindo a sua introdução no campo da linguagem e a produção das marcas que a permitam se orientar como sujeito, tomando seu corpo na relação com o Outro.

É possível compreender que as impossibilidades de entrada da criança no campo da linguagem podem ser de naturezas diversas. Sendo assim, o autor destaca que, quer seja dada

por uma impossibilidade de neurotransmissão, por um déficit sensorial ou por um ato inconsciente de exclusão da condição simbólica dessa inscrição, o efeito patológico é exatamente o mesmo. Nesse sentido comenta:

O que encontramos invariavelmente na clínica do autismo infantil precoce é o fracasso dessa função primordial de reconhecimento. As causas desse fracasso efetivamente são extremamente variáveis – das genéticas e neurológicas até as traumato-psicológicas -, mas a falha dessa delicada e fundamental operação de entrada no campo da linguagem aparece rigorosamente em todos os casos (...). Estas considerações nos permitem situar a etiologia do autismo no fechamento dessa porta de entrada na linguagem que é a ‘função primordial de reconhecimento’, cujo fracasso pode obedecer às causas mais diversas (Jerusalinsky, 2012, p.62-63).

Em relação ao que se chama de falha da função materna ou falha da função primordial de reconhecimento, é importante destacar que a leitura das concepções dos autores citados deixa claro que não se trata de atribuir a etiologia do autismo à mãe ou a outro cuidador da criança. Como já é sabido, as causas podem ser de variados tipos. Nesse sentido, vale ressaltar a afirmação de Kupfer (2007, p. 50) ao declarar que nos casos de autismo por ela observados “falhou a função materna não porque a mãe não tivesse condições de exercê-la, mas porque seu bebê não podia absorvê-la”.

Entre os psicanalistas predomina a compreensão de que, qualquer que seja a sua natureza, o sintoma corresponde a uma resposta do paciente frente ao seu sofrimento psíquico, e não deve ser entendido como algo a ser corrigido ou suprimido. É a partir dessa concepção de sintoma que as graves dificuldades no estabelecimento da relação do paciente com o Outro são tratadas. A experiência clínica, a exemplo de autores como Jerusalinsky (2015) e Laznyk (2004), comprova que o investimento na relação entre o bebê e seus cuidadores trouxe efeitos significativos na intervenção precoce junto a crianças com risco de autismo.

Apesar de não haver um consenso sobre quais fatores desencadeiam os quadros de autismo, sabe-se, pelos pressupostos da Epigenética, que aquilo que um indivíduo expressa



organicamente não é decorrente somente do que está determinado pelo seu genoma, uma vez que também é decorrente de interferências do meio ambiente. Disso já nos deu prova a descoberta do genoma humano.

A respeito das interferências orgânicas nos quadros de autismo, pode-se constatar que elas não são desconsideradas pelos psicanalistas, mas se destacou, nas experiências clínicas, que elas foram encontradas em íntima relação com questões de ordem subjetiva, nos casos em que o transtorno se instalou (Jerusalinsky, 2015).

Encerramos este capítulo destacando que, em relação à etiologia do autismo, as descobertas da clínica psicanalítica coincidem com as das neurociências, apontando que nem tudo em relação ao organismo humano está decidido no momento do nascimento, pois as experiências de vida têm um papel decisivo no desenvolvimento e na constituição subjetiva. Por isso, é possível a intervenção diante dos sinais de risco para o desenvolvimento psíquico, ou seja, antes mesmo da configuração de um quadro psicopatológico de autismo, como afirma Jerusalinsky *et al* (2013).

Essa proposta analítica prossegue dando ênfase, no próximo capítulo aos impasses enfrentados pelas práticas psicanalíticas de atenção ao autismo no cenário da saúde pública brasileira.

### **CAPÍTULO 3 - O LUGAR DA PSICANÁLISE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA CRIANÇAS COM AUTISMO**

O Brasil possui um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS), que se propõe a oferecer à população brasileira atenção integral à saúde com acesso universal. Isso significa que qualquer cidadão, independentemente de sua renda e condição social, tem o direito de usufruir dos serviços de saúde, garantidos através da Constituição Federal de 1988 como direito do cidadão e dever do Estado. Esse é um modelo de saúde muito avançado em termos mundiais.

Apesar disso, a demanda de atendimentos no âmbito do SUS é maior que a oferta de serviços e há também uma enorme carência de recursos materiais e humanos, o que gera precarização dos serviços, destoando dos ideais preconizados de equidade, universalidade e integralidade. Um exemplo disso são os cuidados de saúde ofertados às crianças, que têm uma história muito recente na esfera das políticas públicas e ainda estão longe de atender às demandas dessa parcela da população a contento.

Couto *et al* (2008) justifica que alguns fatores dificultaram a inclusão da saúde mental infantil na agenda das políticas públicas, nacional e internacionalmente. Entre as dificuldades encontradas estão: a extensa e variada gama de diagnósticos (transtornos globais do desenvolvimento, transtornos de conduta e de ansiedade, etc.); a carência de estudos consistentes sobre frequência, persistência, prejuízo funcional e as consequências desses fatores para o adoecimento do sujeito quando adulto, associadas aos transtornos mentais da infância e adolescência; a falta de evidências empíricas de qualidade sobre a eficácia e a efetividade de tratamentos para esses transtornos, bem como a particularidade do sistema de cuidado, pois frequentemente envolve várias disciplinas.

Fazendo uma breve retrospectiva na história social da criança no Brasil, no intuito de compreender como se deu a inserção das políticas públicas para a infância no cenário nacional

e quais foram os seus entraves, entendemos que a infância brasileira, durante muitos anos, esteve marcada pela dicotomia entre dois tipos de infância: a infância abastada e a infância pobre.

A infância abastada tinha seus direitos preservados e reconhecidos. Por outro lado, a infância pobre foi alvo de intensa repressão, contemplada por uma nomenclatura jurídica que considerava a criança como *menor: o menor carente, o menor abandonado, o menor infrator*. Essa nomenclatura, alimentada por um marco jurídico próprio: *a doutrina da situação irregular*, ocasionou uma representação pejorativa que associava a criança pobre à figura do delinquente e era. Tal doutrina era proposta por um Estado que exercia sua função pela via tutelar da institucionalização, visando proteger a criança vulnerável da sociedade, ao mesmo tempo em que defendia a sociedade das crianças consideradas como perigosas e ameaçadoras da ordem pública (Oliveira, 2015).

Somente a partir da década de 1980 ocorreu a mutação no cenário social da infância no Brasil. Até então, quem se ocupava das questões referentes às crianças eram as áreas de Educação e de Assistência Social. As ações destinadas a essa parcela da população eram tratadas como extensão das políticas pensadas para a população adulta (Sibemberg, 2015).

Após o regime militar, quando houve a abertura política e a consequente reafirmação dos ideais democráticos, a sociedade civil retomou o seu protagonismo na construção das políticas públicas. Assim, com a consolidação da Constituição Federal (1988) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), uma nova concepção da infância foi inaugurada pelo Estado brasileiro: a infância cidadã. A partir de então, as crianças passaram a serem vistas como sujeitos de direitos, respaldados pela doutrina jurídica da proteção integral.

A partir dessa nova concepção de infância o Estado saiu de uma posição tutelar-assistencialista para uma aceção estatal protetiva, democrática e equitativa, sendo provedor de

proteção e bem-estar social, cuja intervenção passou a se dar pelo viés do cuidado em liberdade, de base psicossocial e comunitária (Couto, 2012).

A inserção do campo da infância no debate das políticas públicas de saúde mental se tornou possível por meio dessa reversão da lógica assistencial. A partir de então, o cuidado com a criança se deslocou de uma lógica repressiva para uma concepção protetiva. Além disso, como contribuição, houve ainda a incidência da Reforma Psiquiátrica, que propiciou o advento de serviços assistenciais de saúde mental inéditos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), causando uma revolução nos saberes e nas práticas regidas pela ótica da territorialidade, multidisciplinaridade e promoção de saúde.

Dessa forma foi possível criar um solo favorável à efetivação de uma Política Pública de Saúde Mental Infantil, nutrida pela Convenção sobre os Direitos da Criança, coordenada pela Organização das Nações Unidas (1989), pelo ECA (1990) e pela Lei 10.216 de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que trata dos direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil.

A partir de 2001, quando foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, foi assumido em público o atraso no enfrentamento da saúde pública para a infância. Nessa conferência foi indicada a construção de uma rede de atenção à saúde mental infantil que começaria pela criação do Centro de Atenção Psicossocial para a Infância (CAPSi). Este dispositivo clínico-institucional foi dedicado ao atendimento de crianças e adolescentes de até 17 anos. Os esforços desta conferência instituíram as bases legais para a implementação do CAPSi, através da Portaria Ministerial N° 336 de 2002.

A partir de então, foram constatados avanços significativos na atenção à saúde mental das crianças no âmbito do SUS, uma vez que foi construída uma agenda específica para a infância na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Assim, fundou-se uma nova ética de

cuidados do Estado brasileiro para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e em situação de vulnerabilidade social.

O CAPSi constituiu a primeira ação, concretamente falando, da nova posição do Estado brasileiro frente às questões da saúde mental de crianças e adolescentes. Representou a primeira resposta oficial do SUS à necessidade de cuidado para os casos de maior gravidade e complexidade envolvendo crianças e adolescentes com problemas mentais que, até aquele momento, não encontravam na atenção psicossocial possibilidade de real atendimento. Estes casos transitavam, em sua grande maioria, pelos caminhos tradicionalmente estabelecidos na institucionalização de crianças em abrigos e educandários de cunho assistencialmente adaptativo ou corretivo, ou eram “institucionalizados” em suas próprias casas, em uma espécie de segregação e exclusão que ficou invisível até mesmo aos olhos atentos da Reforma Psiquiátrica (Couto, 2012 citado por Oliveira, 2015, p. 57).

Composto por uma equipe multiprofissional, o CAPSi foi criado como equipamento especializado no atendimento à saúde mental infanto-juvenil. Sua presença deve se dar em municípios que contam com uma população acima de 200.000 habitantes. Ele é um serviço diário de atenção destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicicamente. Estão incluídos aqui os quadros de autismos, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde, no CAPSi o tratamento deve ter sempre estratégias e objetivos múltiplos, com vistas à atenção integral a essas crianças e adolescentes. Isso envolve ações não somente no âmbito da clínica, mas também ações intersetoriais. Para tanto, faz-se necessário que a equipe técnica leve em consideração questões referentes às relações de ordem familiar, afetiva e comunitária. Além disso, há a necessidade de se realizar um trabalho articulado com a justiça, a educação, a assistência social, a habitação, entre outros setores, pois a melhoria das condições gerais dos ambientes onde vivem as crianças e os adolescentes tem sido associada a uma melhor evolução clínica para alguns casos (Brasil, 2004).

O CAPSi foi estabelecido para dar cobertura de atendimento a um determinado território na cidade. Por isso, constitui-se como um polo aglutinador das políticas de saúde mental dirigidas à infância. Ele envolve uma equipe multiprofissional que se dispõe a trabalhar de forma interdisciplinar entre seus membros e compõe uma rede com outros setores da saúde que prestam atenção à criança e ao adolescente (Sibemberg, 2015).

Quanto à formação das equipes técnicas do CAPSi, recomenda-se a participação de médicos/as com experiência no atendimento infantil, psicólogos/as, enfermeiros/as, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos/as e assistentes sociais para formar uma equipe mínima de trabalho. A experiência de trabalho com famílias também deve fazer parte da formação das equipes, permitindo um enfoque ampliado dos problemas.

As atividades desenvolvidas no CAPSi são as mesmas oferecidas nos CAPS, como atendimento individual, atendimento grupal, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais, esportivas e atividades externas. Elas devem ser dirigidas para a faixa etária a quem se destina atender. Assim, por exemplo, as atividades de inserção social da criança e do adolescente devem privilegiar aquelas relacionadas à escolarização (Brasil, 2004).

A lógica psicossocial de cuidados através do CAPSi considera as seguintes premissas:

- A noção de criança e adolescente deve ser a de *sujeito integral e dotado de direitos*, dentre eles o *direito de ser cuidado e escutado* na tomada de decisões concernentes à sua vida;

- A partir da noção de direito ao cuidado, todos os serviços ofertados ao público infanto-juvenil devem assegurar a *acessibilidade*;

- Tomando como ponto de partida a *integralidade do sujeito*, os serviços devem primar pela *intersetorialidade* e pela construção de redes de cuidado, sendo o CAPSi o ordenador da rede intra e intersetorial, responsável pela articulação de diferentes espaços e instituições onde os usuários e seus familiares transitam.

- A noção de *território* do CAPSi deve ser considerada não somente como espaço geográfico e sim como um campo psicossocial onde transitam sujeitos marcados pela cultura, pelas relações pessoais institucionais, socioeconômicas, entre outras (Brasil, 2005).

Porém, mesmo com as mudanças nas diretrizes das políticas públicas de atenção à saúde mental infantil ocorridas na passagem do século XX para o XXI e de toda estruturação formalizada para o atendimento das crianças em sofrimento psíquico nos serviços de atenção psicossocial, diversas críticas se colocam quanto à cobertura do CAPSi. Entre as críticas se destacam aquelas que apontam que: ainda há uma disparidade regional relevante no número de CAPSi(s) implantados no território nacional; o número total dos mesmos ainda é insuficiente para atender a demanda de problemas psíquicos que afetam a infância no Brasil; as cidades de pequeno porte não são assistidas por esse serviço, uma vez que o CAPSi só pode ser implantado em cidades com população a partir de 200.000 habitantes.

Outros desafios que se colocam à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em especial aos CAPSi(s), são a qualificação e formação permanente dos gestores e demais profissionais, bem como a continuidade nos projetos implantados e a regularidade dos recursos financeiros.

De acordo com o MPASP (2013b), em 2013, 60% do orçamento do SUS foram destinados para pagar procedimentos a empresas terceirizadas, entre elas instituições privadas que prestam serviços de saúde mental para crianças e adolescentes com autismo. Assim sendo, verifica-se a necessidade da expansão da RAPS, uma vez que as insuficiências na rede, os problemas quanto ao financiamento e as relações com o sistema privado são entraves na melhoria dos serviços.

### 3.1 A Psicanálise nos cuidados de atenção psicossocial para crianças

Freud já anunciava, em 1919, que chegaria um tempo em que a Psicanálise, sendo aplicada a grandes parcelas da população pelo Estado, teria como tarefa adaptar a técnica às novas condições (Freud, 1919/1979). Chegamos a esse tempo, pois as políticas públicas para crianças com autismo exigem um trabalho arrojado e que responda às necessidades que se colocam através do campo social e político.

A Psicanálise tem sido uma das principais abordagens teórico-clínicas utilizadas na atual conjuntura dos serviços públicos de saúde mental para crianças com autismo no Brasil. Devido ao seu legado científico-clínico, ela se tornou o fio condutor do trabalho interdisciplinar em instituições de saúde pública pioneiras no atendimento a este público, tais como: o Centro de Referência da Infância (CRIA), em São Paulo; o Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAMI), em Betim-MG; os CAPSi(s) Eliza Santa Roza e Pequeno Hans e o Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Autista e Psicótica (NAICAP), no Rio de Janeiro (Guerra, 2005; Cunha, 2011; Pinto, 2005).

Foi a partir das experiências nesses serviços que o autismo se destacou oficialmente na agenda política da saúde para crianças no Brasil, favorecendo a consolidação do CAPSi como equipamento de referência, no âmbito do SUS, para a atenção psicossocial às crianças em grave sofrimento psíquico (Brasil, 2013b).

As aplicações da Psicanálise nos cuidados às crianças com autismo por meio da atenção psicossocial são vistas em intervenções que ultrapassam o *setting* clássico do consultório e ampliam-se para a cidade, a exemplo dos acompanhamentos terapêuticos e das visitas domiciliares. Além disso, a Psicanálise tem sido usada como embasamento teórico em intervenções feitas por técnicos de referências e por supervisores clínico-institucionais. Ela



ainda tem fundamentado a construção de dispositivos clínicos como o próprio CAPSi (Guerra, 2005; Pinto, 2005; Furtado & Miranda, 2006; Barreto, 2010; Carmo & Pollo, 2010).

Um exemplo de CAPSi onde a direção de todo trabalho realizado pela equipe interdisciplinar é orientado pela Psicanálise é o CAPSi Eliza Santa Roza, no Rio de Janeiro, segundo Pinto (2005). Essa autora defende que a direção da escuta no contexto do CAPSi considere sempre a dimensão do sujeito do inconsciente, sem a qual não há trabalho possível com uma clientela tão grave. Ela adverte que qualquer diretriz política precisa se submeter à clínica do sujeito, caso contrário não se estará tratando o paciente.

Outra forma de participação da Psicanálise no tratamento do autismo nos serviços públicos de saúde se dá através da atuação do Técnico de Referência (TR). Esse profissional compõe a equipe interdisciplinar e pode ter uma atuação pautada na ética e na técnica psicanalíticas.

O TR é especialmente importante na medida em que se localiza na interface entre as ofertas dos equipamentos substitutivos da cultura hospitalocêntrica e as demandas e necessidades dos usuários da atenção psicossocial. Assim, é um dispositivo marcado necessária e inevitavelmente pela intersubjetividade. Sua atuação se baseia na ideia de que um ou mais profissionais possam assistir de modo singular certo número de usuários do serviço e possam elaborar junto com cada um deles e sua família um Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O trabalho com crianças com autismo exige um olhar, uma escuta e um tipo de intervenção político-clínicos que ultrapassam o recurso à palavra ou à dimensão lúdica. O inconsciente e a transferência não saem de cena, mas as intervenções muitas vezes exigem atos inéditos na condução de uma clínica atravessada pela necessidade de constituição de um sujeito a ser incluído no campo social (Guerra, 2005).

O TR ocupa um lugar terapêutico que perpassa as delimitações formais de um determinado *setting* e que, guiado pela relação transferencial, pode se prolongar para fora de

grupos, oficinas terapêuticas e atendimentos familiares padronizados, por exemplo. Esse técnico pode proporcionar ao paciente o que Winnicott (1975) chama de *o segurar, o manejar e a apresentação de objetos*. Essas são técnicas mais voltadas à criação de um ambiente *suficientemente bom*, ou seja, constante e confiável, do que à interpretação do discurso do paciente.

Um ambiente suficientemente bom, inclusive, pode muitas vezes ser a figura do próprio TR. Porém, para que isso possa de fato acontecer, é necessário que a instituição ofereça ao profissional um suporte análogo ao que o pai do bebê ou outra figura de confiança oferece à mãe, ou seja, aquilo que Winnicott chama de *holding*. Para isso, é necessária uma intrínseca relação entre a clínica da subjetividade e a organização do serviço de saúde pública (Furtado & Miranda, 2006).

Ainda falando dessa relação entre a clínica e a instituição pública de saúde, podemos apontar outro dispositivo clínico que pode ser fundamentado pela Psicanálise: a supervisão clínico-institucional. Esta pode ser considerada como uma forma da instituição oferecer um *holding* à figura do TR.

A supervisão clínico-institucional é uma oferta de serviço direcionada aos TRs e demais membros das equipes do CAPS, assegurada pela Portaria GM Nº 1174/2005. Entre as suas finalidades estão: as discussões sobre o diagnóstico, as indicações terapêuticas institucionais, a construção de novos procedimentos terapêuticos, o acompanhamento da gestão do serviço, o fortalecimento das relações de trabalho e a formação continuada da equipe de saúde mental, além do acompanhamento das relações entre o CAPS e os outros serviços públicos de saúde, educação, assistência social e justiça, por exemplo.

Essa supervisão possibilita que a palavra circule nas reuniões clínicas e que os inevitáveis conflitos de quem trabalha com esse público tão peculiar possam emergir e serem analisados. Deste modo:

A supervisão inaugura uma conversação, na qual importa vetorizar os casos por onde a posição do sujeito se alinha, apontando, na direção do seu tratamento, uma amarração. Isso não acontece sem escutar os burburinhos, rumores vindos dos artifícios construídos pelos serviços. Trata-se de acolher os efeitos do “trabalho feito por muitos”, indo das soluções políticas ampliadas às ações pontuais de uma intervenção que aplaque uma angústia exacerbada. A supervisão clínica permite-se ser o espaço ético da verificação e construção dessas ações, que podem servir para cada operador como um “lugar em que se avalia a oportunidade de seu ato” (Cottet, 2003 citado por Barreto, 2010, p. 05).

Comprendemos, assim, que a Psicanálise tem contribuído com os serviços públicos de atendimento para crianças em sofrimento psíquico, incluindo o autismo, orientando práticas de assistência psicossocial ancoradas na escuta da singularidade. É relevante comentar que ela tem sido a abordagem teórico-metodológica predominante em serviços como o CAPSi, orientando, inclusive, a direção do trabalho institucional. Porém, vale salientar que não há uma abordagem exclusiva de tratamento nesse contexto.

Contudo, nos anos de 2012 e 2013, surgiram iniciativas políticas com o intuito de determinar que apenas uma abordagem teórico-metodológica, calcada no modelo positivista, fosse contemplada nos serviços públicos de atenção ao autismo. Tal ato gerou uma tensão com significativas repercussões para a Psicanálise. A esse respeito discutimos a seguir.

### **3.2 A tensão nas políticas de saúde para o autismo**

Inicia-se aqui a apresentação e discussão do cenário gerador de conflitos entre as políticas de saúde e as práticas psicanalíticas de atenção à criança com autismo, parâmetros norteadores desta pesquisa.

No Brasil é recente a instituição da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo. Tal política foi assegurada através da Lei Nº 12.764/12, promulgada em 27 de dezembro de 2012. Chama atenção o fato de que foi nesse cenário de amplo debate e conquistas de direitos para as pessoas com autismo e suas famílias que

surgiram impedimentos ao exercício da Psicanálise no cenário das políticas públicas de saúde para esse público. Tais impedimentos foram pautados no argumento de que o tratamento psicanalítico não teria bases comprovadas, por não se limitar a estudos e procedimentos que seguem o modelo positivista.

A origem dessa tensão proveio do cenário internacional, especialmente da Europa, em decorrência da crise econômica mundial que repercutiu na saúde pública nos últimos anos, demandando a redução de custos com os tratamentos. Além disso, de acordo com Oliveira (2015), outros fatores tem interferido nas políticas de saúde brasileiras, tais como: a tendência da Psiquiatria atual de adesão ao modelo psicopatológico do DSM e o conseqüente distanciamento do referencial psicanalítico; o aumento da valorização popular das técnicas cognitivo-comportamentais; o favorecimento de tratamentos educativos, que prometem promover modificações no comportamento das crianças supostamente em curto prazo; o fortalecimento do poder das indústrias farmacêuticas e as mudanças na política de seguros de saúde.

Assim, foi exigido, pela via política, que o referencial epistemológico das associações de familiares, que é predominantemente cognitivo-comportamentalista, fosse considerado como única abordagem de tratamento para o autismo nos serviços públicos de saúde. No Brasil, esse ato político aconteceu oficialmente através de editais e portarias emitidos pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP).

Tais documentos se assemelhavam ao Projeto de Lei do deputado Fasquelle, na França, visando o impedimento das práticas psicanalíticas no acompanhamento de pessoas com autismo, a generalização dos métodos educativos e comportamentais e a relocação de todos os financiamentos existentes para esses métodos (MPASP, 2013b).

Em 02 de maio de 2012, através do Despacho GS-SM Nº 4465/12, a SES-SP cortou o aporte financeiro que mantinha com o Centro de Referência da Infância e da Adolescência

(CRIA), ligado à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O CRIA é um serviço clínico interdisciplinar, pautado no referencial epistemológico psicanalítico. Ele tem excelência reconhecida no atendimento a crianças e adolescentes.

No referido documento, o Coordenador de Saúde Mental, Dr. Sérgio Tamai, alegava, quanto ao CRIA, que: “do ponto de vista técnico, cabe comentar que a abordagem é essencialmente psicanalítica, fugindo um pouco ao *mainstream* da psiquiatria atual. Não há evidências científicas na sua efetividade, além de ser muito seletiva e pouco abrangente. Ou seja, a produtividade do serviço é baixa”. (Despacho GS-SM N° 4465/12 da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo).

Além disso, no despacho havia a informação de que a SES-SP estava prestes a implantar o primeiro Centro de Referência em Diagnóstico para os Transtornos do Espectro do Autismo e que tal centro deveria seguir abordagem terapêutica chancelada pelas evidências científicas em relação a sua efetividade e custo, servindo para diagnóstico, formação e terapêutica.

Devido à falta de recursos o CRIA foi fechado, mas, em virtude da reação de profissionais e instituições envolvidas no atendimento interdisciplinar de pessoas com autismo e de suas famílias, o fechamento da referida instituição foi revogado e ela voltou a funcionar no início de 2013.

O segundo episódio de que se tem registro ocorreu em quatro de setembro de 2012, quando a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP) lançou o Edital n° 01/2012, publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo, através da resolução SS – 83, de sete de agosto de 2012, para o credenciamento de instituições especializadas em atendimento a pacientes com autismo para eventual contrato ou convênio.

O referido documento determinava que o atendimento fosse realizado exclusivamente por profissionais com especialidade em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), aptos a utilizar 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 Educacion of Autistic na Communication Handiscapped Children*) - Tratamento e Educação de Crianças Autistas com Desvantagem na Comunicação.

Diante das polêmicas repercussões suscitadas com a publicação desse documento, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP) e o Sindicato dos Psicólogos no Estado de São Paulo organizaram uma petição *online* com o objetivo de mobilizar o maior número de pessoas a assinarem contra os termos instituídos no edital.

O CRP-SP entrou com um processo judicial contra o referido edital, argumentando que o mesmo privilegiava a escolha de profissionais de apenas uma linha teórica. Em decorrência dessa mobilização, o edital foi retificado através da resolução SS-63 de 03 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo.

Os episódios acima citados geraram um incômodo em âmbito nacional que atingiu, além do CRP-SP e do Sindicato dos Psicólogos do Estado de São Paulo, diversos profissionais de saúde, sob o argumento de que os documentos não estavam em conformidade com a Portaria Nº 1.820 do Ministério da Saúde, no seu Artigo 4º, parágrafos IX e XI, que assegura às famílias, inclusive de pessoas com autismo, o direito de escolher as abordagens de tratamento para seus filhos. Assim, divergiam dos princípios democráticos do SUS, tais como o da pluralidade de referências teóricas no atendimento à população e o da horizontalidade dos saberes.

Numa esfera de discussão mais abrangente do que as divergências em relação a modelos epistemológicos, o embate se centrou em torno da definição das formas a partir do qual o Estado brasileiro se posicionaria em relação ao provimento de dispositivos clínicos, recursos financeiros, formação e capacitação, dentre outros elementos (Oliveira, 2015).

Nesse cenário conflituoso, foi organizado um movimento social em defesa da aplicação de múltiplas abordagens no trabalho com pessoas com autismo, chamado Movimento

Psicanálise, Autismo e Políticas Públicas (MPASP). O Movimento foi fundado por 316 profissionais de saúde mental, inicialmente afiliados a 95 entidades, contando-se entre elas instituições universitárias, instituições psicanalíticas de diferentes filiações teóricas, organizações não governamentais e instituições de tratamento.

O MPASP entende que a complexidade clínica e social dos quadros de autismo requer que seja considerada a pluralidade de abordagens científicas, fazendo-se necessária, portanto, a sustentação do diálogo interdisciplinar (MPASP, 2013c).

O movimento tem atuado de acordo com sua Carta de Princípios e Manifesto no sentido de se dirigir aos profissionais e aos gestores públicos de saúde para colaborar com a implementação de políticas públicas para pessoas com autismo e suas famílias a partir das experiências profissionais dos seus membros filiados, embasadas pela abordagem psicanalítica, no tratamento destinado a este público. Sendo assim:

O MPASP tem como finalidade a afirmação de seus princípios de ação e da sua proposição ética frente ao atendimento a pessoas com autismo e suas famílias e tem, ainda, a pretensão de reforçar a organização e a coordenação dos esforços empreendidos no sentido de fornecer informações abalizadas e responsáveis, isentas de interesses políticos e ideológicos particulares, para subsídio da definição e implantação de políticas públicas de saúde e, em especial, para pessoas com autismo (MPASP, 2013a).

### **3.3 As políticas de atenção para pessoas com autismo e suas famílias no âmbito do SUS**

Ultimamente as discussões em relação ao autismo têm assumido, em proporções mundiais, um amplo espaço na agenda de debates do campo político. De acordo com Oliveira (2015), diversos atores sociais, dentre eles profissionais, gestores da saúde, pais de pessoas com autismo e grupos políticos, compõem um cenário no qual são discutidas as formas de abordagem desse fenômeno.

A instituição da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo no Brasil foi assegurada através da Lei N° 12.764/12, promulgada em 27 de dezembro de 2012. Essa lei tem em suas diretrizes um forte marco intersetorial e reconhece o autismo como uma deficiência, em paralelo às deficiências motoras, intelectuais, físicas, entre outras. A partir dessa concepção, a pessoa com autismo passou a ser alocada em um novo patamar de reconhecimento social.

Oliveira (2015) observa que, para além da concessão às pessoas com autismo dos mesmos direitos sociais daqueles considerados deficientes, tais medidas possibilitam uma rediscussão acerca das formas pelas quais tais sujeitos serão contemplados no SUS. Através desse marco legal, as políticas públicas de saúde mental para pessoas com autismo e suas famílias ganharam destaque nos níveis federal, estadual e municipal.

Porém, debates em torno dessa política têm apresentado um caráter multifacetado no âmbito do SUS, com duas posições divergentes: o campo da atenção psicossocial, que tem se ancorado principalmente na concepção psicanalítica do autismo, e o campo da reabilitação, que tem os preceitos biomédicos como referencial epistemológico.

O campo da atenção psicossocial propõe se estabelecer como principal referência no atendimento a pessoas com autismo e suas famílias, pela via do CAPSi. Essa posição é defendida pelos gestores e trabalhadores dos CAPSi(s), além dos demais militantes da Reforma Psiquiátrica.

Por outro lado, a história da assistência ao autismo no Brasil se confunde com a história das instituições nas quais tais sujeitos foram acolhidos. De acordo com Oliveira (2015), as primeiras instituições fundadas no Brasil para assistência a este público datam do final da década de 1940. Na época, na ausência de uma resposta estatal consistente no que se refere à oferta de serviços para o tratamento de determinadas clientelas consideradas deficientes ou



excepcionais, os próprios familiares se organizaram e criaram empreendimentos específicos que promovessem assistência a suas crianças.

Assim, foram criadas a Associação Pestalozzi, em 1948, e a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), em 1954, com o objetivo de oferecer assistência educacional, antes de qualquer fim terapêutico, às crianças que eram excluídas da educação especial da rede pública de ensino, que naquela época só contemplava os chamados deficientes de grau leve. Os autistas, tratados como deficientes mentais, encontraram abrigo nessas organizações até a criação de suas associações específicas.

O autismo se tornou conhecido amplamente no Brasil enquanto categoria nosográfica através de profissionais que traziam para o cenário nacional sua experiência clínica adquirida no exterior. Um deles foi o psiquiatra infantil Raymond Rosemberg, que recebia em seu consultório crianças cujas observações permitiam diagnosticá-las como autistas. Inspirado por suas vivências nos Estados Unidos, o médico estimulou o ativismo dos pais de tais crianças, de maneira a torná-los protagonistas na elaboração de suas próprias estratégias de tratamento para seus filhos, até então inexistentes no Brasil, sob o formato de associações de familiares (Oliveira, 2015).

Tais associações começaram a aparecer a partir da década de 1980, como a Associação dos Amigos do Autista (AMA), grande pioneira na defesa da causa em questão, tendo influenciado a criação de outras associações como a Fundação Mundo Azul, Associação Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas com Autismo (ABRAÇA), dentre outras (Mello *et al*, 2013 citado por Oliveira, 2015).

Porém, a criação de diversos dispositivos político-assistenciais, cujo protagonismo foi delegado ao CAPSi, nos anos 2000, possibilitou ao Estado brasileiro o empreendimento de uma revisão da lacuna assistencial deixada à atenção às crianças com autismo ao longo da história. Mas, para que se possa atender adequadamente às demandas dessas crianças e suas famílias, é

preciso fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e instrumentalizar o CAPSi com recurso material e humano.

Além disso, apesar do aparato estatal, institucionalizado no CAPSi, ter avançado na tomada de responsabilidade quanto à assistência ao autismo, as associações de pais e familiares de pessoas com autismo, que representam o campo da reabilitação, não reconhecem esse serviço como modelo de atenção a seus filhos. Sendo assim, reivindicam a implementação de serviços especializados, pautados em linhas teóricas específicas. Essas associações alegam que o CAPSi e suas orientações epistemológicas não condizem com o cenário preconizado pelas pesquisas científicas mais avançadas sobre o tema (Oliveira, 2015).

Evidenciamos uma disputa que transcende os parâmetros da clínica, assumindo um caráter político. Na tentativa de minimizar as divergências e favorecer o diálogo político entre os campos de atenção psicossocial e de reabilitação, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, em 26 de março de 2008, convocou representantes de serviços e instituições de atendimento ao autismo, como CAPSi, APAE, AMA, ABRA, ABENEPI, além de representantes do Ministério da Saúde ligados à Coordenadoria Nacional de Saúde Mental e à Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, para a instituição de um fórum de interlocução. Este veio a se chamar Grupo de Trabalho sobre Atenção ao Autismo no SUS, tendo por finalidade conhecer a situação atual da atenção às pessoas com autismo na rede SUS e propor medidas para a ampliação do acesso e qualificação da atenção nessa mesma rede. Deste modo:

A convocação das entidades que historicamente preencheram o vazio deixado pelas políticas públicas de assistência e saúde, as associações de pais que tomaram para si a responsabilidade de cuidar da população com autismo, também revela a intenção da construção conjunta de caminhos para melhorar o acesso e a qualidade do atendimento ao autismo na rede do SUS (...). Como sabemos, as diversas formas de se entender esse fenômeno humano levam, necessariamente, a propostas diferentes de cuidado e tratamento. Portanto, é imprescindível a abertura do diálogo para que se possam alcançar os objetivos desse trabalho em prol das pessoas com autismo no Brasil (Brasil, 2008, p. 02).

Em novembro de 2011, o lançamento do plano Viver sem Limites, pelo Governo Federal, suscitou a criação de um novo Grupo de Trabalho (GT), que viria a suceder aquele de 2008 e que já incluía políticas para o autismo. Esse GT foi convocado para elaborar um protocolo com parâmetros de normas para o atendimento desse público. Porém, divergências de concepções entre os dois campos - atenção psicossocial e reabilitação - causaram oscilações e ambiguidades na direção da política de saúde mental para pessoas com autismo a nível federal, fazendo com que os grupos participantes do GT julgassem necessária a publicação de materiais diferentes, deixando exposta uma cisão no processo de elaboração de tal trabalho.

Dessa forma, o desenvolvimento das atividades desse GT desencadeou a publicação não de um, mas de dois documentos de orientação ao tratamento do autismo no âmbito do SUS. São eles: “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo”, publicado pela Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde, em 02 de abril de 2013; e “Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com TEA e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde”, publicado na mesma época pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Brasil, 2013a; Brasil, 2013b).

Assim, duas concepções políticas e assistenciais, como as associações de pais e familiares de autistas e a Rede de Atenção Psicossocial, historicamente se desenvolveram em planos diferentes para se encontrarem e divergirem neste momento (Oliveira, 2015).

O MPASP, em audiência com o Ministro da Saúde Alexandre Padilha, em abril de 2013, propôs reafirmar o apoio à implantação da Linha de Cuidado para a Atenção das Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. O movimento expôs suas preocupações com a publicação do documento Diretrizes de Atenção à Reabilitação de Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), vinculado à Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência no SUS, pois cindia uma prática que requer diálogo, unidade e articulação.

Nessa audiência, o referido movimento assumiu o compromisso de apoiar o Ministério da Saúde no trabalho de articulação das duas propostas, e o Ministério, por sua vez, assumiu o compromisso de instituir um fórum de discussão permanente sobre o atendimento de autistas no SUS. Essa iniciativa representou um grande avanço no cenário mundial.

Assim, na tentativa de uma nova conciliação, tendo como um dos objetivos promover a articulação e o alinhamento entre os campos da reabilitação e da atenção psicossocial para qualificação da atenção às pessoas com autismo no âmbito do SUS, foi constituído o Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo no âmbito do Ministério da Saúde, no dia 22 de maio de 2013, através da Portaria N° 962/2013, sob a reivindicação dos membros filiados ao MPASP.

A composição desse comitê contou com a participação de representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e dos autores dos dois documentos: linha de cuidado e diretrizes, lançados pelo MS.

Até o momento, não se chegou a um consenso no âmbito do Ministério da Saúde sobre as referências utilizadas para os cuidados dispensados a tal público, havendo, portanto, a necessidade de novas vias de diálogo para que se possa avançar no debate a fim de superar as polêmicas suscitadas.

Oliveira (2015), procurando explicar as razões para tais polêmicas, entende que é possível que as novas modelagens conceituais trazidas pela Reforma Psiquiátrica tenham se tornado antagônicas às ações e lutas que vinham sendo desenvolvidas historicamente pelos familiares das pessoas com autismo. Além disso, a Reforma Psiquiátrica, na sua vertente infanto-juvenil, teve como doutrina epistemológica majoritária a Psicanálise, que se distancia daquelas que vinham regendo o atendimento às pessoas com autismo nas associações de pais.

Assim:

Ao contrário do cenário multifacetado de saberes que compunham o arranjo reformista para a saúde mental dos adultos (com suas tradições em linhas foucaultianas, basaglianas, marxistas, além da própria psicanálise), eram poucas as correntes que já gozavam de um legado científico/clínico tão sólido quanto à clínica psicanalítica. Nossa hipótese sustenta que esse respaldo psicanalítico aponta para um fator marcante no desenvolvimento de sua hegemonia na atual conjuntura dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes (Oliveira, 2015, p. 50-51).

Sabemos que historicamente as associações de pais e familiares de autistas se construíram apoiadas nos modelos de tratamento para o autismo de orientação teórico-clínica cognitivo-comportamental, fazendo oposição à concepção psicanalítica do autismo, sem muitas vezes conhecer todos os avanços teóricos produzidos por essa abordagem e as melhoras clínicas que a mesma suscitou, como apresentamos no capítulo 2.

Trazendo as divergências etiológicas e suas repercussões para a clínica com crianças e para as discussões recentes em torno das políticas públicas para pessoas com autismo, poderíamos pensar que os impedimentos colocados às práticas psicanalíticas nos serviços públicos de saúde poderiam sofrer influência da resistência dos pais. Tal resistência parece ser reeditada pela força das associações de familiares a uma descrição etiológica equivocada, que tratava a relação destes com suas crianças como uma relação de causa-efeito do autismo.

No entanto, é preciso destacar que o fato de que hajam organizações de pais que defendem intervenções comportamentalistas não equivale a considerar que todos eles apoiam essa visão. Existem pais que se opõem a tratamentos em instituições segregadas por patologia, como podemos constatar em depoimentos nas rodas de conversas promovidas pelos CAPSi(s) (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2016).

Contudo, Oliveira (2015) diz que a suposta rivalidade epistemológica, que transitou historicamente das concepções psicodinâmicas para os preceitos biomédicos e promoveu uma cisão, no que diz respeito ao autismo, entre a deficiência e o transtorno mental, erguendo

barreiras ao diálogo entre a Psicanálise e as terapias cognitivo-comportamentais, mostrou-se insuficiente em sua pesquisa.

Tal afirmação é feita pelo referido autor após uma análise das políticas públicas brasileiras, entre a atenção psicossocial e a reabilitação, por meio de um estudo minucioso das duas cartilhas publicadas pelo Ministério da Saúde a respeito do atendimento às pessoas com autismo, já mencionadas nesta dissertação.

As discordâncias teóricas e metodológicas possivelmente operam um papel importante no contexto em questão, mas talvez não ocupem o lugar de protagonismo que ilusoriamente se supõe ao primeiro olhar. Por mais que o choque possa ter por base divergências epistemológicas, estas se apresentam como superáveis, dialogáveis. No entanto, a maior ruptura talvez seja na dimensão política, no que se refere às dificuldades de construção de uma agenda pública para esse debate (Oliveira, 2015).

Assim, concordamos com o autor quando afirma que, no cenário atual das políticas de saúde para pessoas com autismo a falta de consenso parece assumir uma face majoritariamente política, uma vez que cada grupo pleiteia para si o poder de decisão e deliberação sobre as políticas públicas para o autismo. O que parece ter ocorrido é que as expertises acumuladas pelos pais e familiares não foram contempladas nos serviços clínicos quando o Estado passou a tomar a responsabilidade frente à questão, sobretudo nos CAPSi(s), pelas próprias divergências epistemológicas já mencionadas. Com isso, deu a impressão de deslegitimação da relevância que as instituições de familiares de autistas conquistaram no Brasil.

Apesar dos familiares serem convocados a participar dos momentos de construção política de saúde mental de crianças e adolescentes, parece que não creditaram a esses espaços, como conferências e fóruns promovidos pelo MS, a importância que porventura eles tenham merecido por não acreditarem que a saúde mental seria o melhor lugar para fazer valer suas posições, exatamente pelo caráter minoritário que assumiram.

Contudo, de acordo com Oliveira (2015), apostaram os familiares que tal elaboração seria mais apropriada no campo das deficiências ou até mesmo a partir de um campo próprio para o autismo. Assim, eles parecem ter buscado um melhor espaço político de legitimação das demandas de direitos e de assistência contínuas.

Logo, ao lado das discordâncias teóricas, um dos eixos de divergências parece se articular em função de como o Estado brasileiro reconhece e inscreve o autismo em suas leis de garantias de direitos, provisões assistenciais e suas normas, linhas de financiamento, etc.

O que parece se processar é a tentativa de destacamento do autismo da esfera do CAPSi para erigi-lo a partir de um campo próprio e específico, tendo o enquadramento da deficiência como base, onde determinados grupos e associações de pais possuam maior protagonismo e poder de deliberação (Oliveira, 2015). A criação de uma lei específica e a demanda por serviços de tratamentos exclusivos parecem corroborar com essa teoria:

O principal elemento responsável pelo conflito em questão parece remeter às disputas políticas, entre diferentes grupos políticos, pelo reconhecimento da legitimidade e do protagonismo acerca da formulação das políticas públicas para o autismo no país (...). Espera-se do Estado que atue como mediador político dos diferentes posicionamentos em debate na esfera pública, o que parece ter falhado em um primeiro momento, haja vista que a publicação de duas cartilhas sobre o atendimento ao TEA no SUS soa como uma ação que acabou de *institucionalizar a divergência*, em vez de propor a *mediação* (Oliveira, 2015, p. 126).

A respeito da tensão no campo político de saúde para o autismo e as suas conseqüentes repercussões para a Psicanálise, fez-se necessário entrevistar psicanalistas filiados ao MPASP. No próximo capítulo, apresentamos a análise e a discussão dos dados dessas entrevistas.

## CAPÍTULO 4 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Apresentamos a análise dos dados a partir das seis questões que compuseram a entrevista da pesquisa, com formulário em anexo. Os seis participantes estão nomeados com códigos alfanuméricos, de P1 a P6.

Pudemos compreender que a *participação dos/as psicanalistas entrevistados/as no MPASP* acontece, principalmente, através de discussões e de produção de documentos nos grupos de trabalho e na composição e atuação do grupo gestor do Movimento. O MPASP, de acordo com o discurso dos participantes, tem um caráter político, não se restringindo apenas a uma definição de lugares ou de competitividade. Mas se baseia, sobretudo, numa perspectiva ética de reflexão sobre o lugar da Psicanálise no contemporâneo, principalmente no que tange à sua participação nos serviços públicos de atenção à saúde de pessoas com autismo e suas famílias.

Para tanto, percebemos que as *contribuições dos(as) psicanalistas para o trabalho com crianças com autismo*, através do MPASP, têm favorecido a constituição de um novo lugar para a Psicanálise na saúde pública através da atuação clínica, da construção de dispositivos de intervenção precoce e tratamento do autismo, da produção e circulação do discurso sobre a Psicanálise em extensão ou da participação em movimentos internacionais. Estes movimentos têm atualmente se interessado pelas discussões políticas que envolvem o autismo, deixando de privilegiar apenas o estudo clínico e científico para se ocupar, também, das políticas públicas, como vemos na declaração da entrevistada P2:

*Participo, no Brasil, da Coordenação Internacional de Psicanalistas e Psicoterapeutas que trabalham com Autismo (CIPPA). Ela já existe há alguns anos, mas só de pouco tempo pra cá é que a questão política começou a ser um dos objetivos. Não só mais a questão do estudo clínico e científico, mas também a questão política. Agora na Colômbia houve um movimento chamado A Escrita da Carta de Cartagena, que foi feita pela Federação das Associações de Psicanálise da América Latina, quase todas ligadas*



*à IPA, que escreveram uma carta em defesa da Psicanálise trabalhar com autismo. Lá o MPASP esteve representado participando disso. Vamos nos unir a essa corrente latino-americana também. Portanto, a gente tem uma rede nacional, eu participo de uma associação europeia e agora desse grupo de associações da América Latina. (P2).*

O interesse dos psicanalistas pelas políticas públicas mostra o quanto a Psicanálise tem sido revisitada nos últimos anos e tem se inserido em espaços de atuação distintos do dispositivo clínico clássico. Os serviços de saúde pública se abriram para esses interesses, ao mesmo tempo em que os profissionais viram outras formas de exercício da Psicanálise.

Especialmente no Brasil, o reposicionamento dos psicanalistas contribuiu para que esses profissionais participassem de forma mais sistemática das discussões referentes às políticas públicas, na medida em que mobilizaram a implantação do Comitê de Assessoramento para a Qualificação das Políticas Públicas para Pessoas com Autismo, criado frente aos impasses ocorridos no cenário da saúde pública em 2012. Tal comitê garantiu voz aos psicanalistas organizados enquanto movimento social, como vemos na fala das entrevistadas P1 e P5, respectivamente:

*(...) Aprendemos muito sobre o funcionamento das políticas públicas, sobre os modos de ler e de articular nossas reivindicações. Lideramos a construção da leitura comparativa dos documentos sobre tratamento do autismo produzidos pelo Ministério da Saúde (MS), demandamos a intervenção do MS que se desdobrou na constituição do Comitê Nacional de Implementação das Políticas de Atenção ao Autismo, escrevemos muitas cartas apresentando nossa posição à sociedade civil e a diversas instâncias governamentais, nos aproximamos de alguns grupos de familiares. Aprendemos como grupo de articulação como nos posicionar na rede, como construir concepções e intervenções numa experiência democrática (...) (P1).*

*Muitos dos profissionais do MPASP trabalham na rede pública, seja na linha de frente, seja na gestão, seja em coordenações municipais, nacionais, etc. Acho que o MPASP fez com que isso virasse um coletivo, que conseguíssemos potencializar o trabalho dos colegas, escutar, publicar, pensar juntos. Quero dizer com isso que o MPASP não fez com que as pessoas entrassem para as políticas públicas. Sempre tivemos ali. O que aconteceu foi que conseguimos nos organizar de modo mais coletivo para pensar as ações, ver os problemas e as soluções encontradas e avançar juntos, ampliar o debate (P5).*

Esse novo lugar da Psicanálise tem assento na política de assistência às pessoas com autismo e suas famílias na medida em que os/as psicanalistas têm trabalhado para fomentar a discussão entre os diversos agentes envolvidos na oferta de cuidados a esse público, tais como: profissionais de saúde, educação, justiça e assistência social. Essa articulação em rede leva em consideração as necessidades contemporâneas da clínica, sem, contudo, deixar-se impor pelas exigências de uma forma exclusiva de tratamento para o autismo.

A entrevistada P3, por exemplo, deixa claro que ela está engajada numa pesquisa que não é só brasileira, a pesquisa PREAUT, e que tem uma rede de trabalho preocupada com a criança em risco de desenvolvimento psíquico, que entende o autismo como um tipo de sofrimento que se revela de variadas formas e não deve ser assistido por uma única especialidade profissional. Então é um trabalho que sobrepõe a lógica de tratamentos exclusivos, feitos por apenas um tipo de especialista.

*Organizamos, dentro dos objetivos da Pesquisa PREAUT, capacitações periódicas, visando à formação de profissionais de saúde que cuidam de bebês (médicos neonatologistas, pediatras e outros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, etc.). Atualmente, as capacitações incluem não apenas os questionários formulados a partir dos princípios teóricos introduzidos pelo PREAUT (pesquisa que tem origem na França), mas também os indicadores validados pela pesquisa brasileira I.R.D.I. (P3).*

Nas entrevistas, foi possível perceber que os/as psicanalistas demonstram uma preocupação com a inovação da Psicanálise no atendimento ao autismo, bem como com a socialização das suas contribuições para profissionais das áreas de saúde, educação, justiça e assistência social que atuam na rede de proteção e assistência à criança. Para tanto, eles vêm propondo uma reflexão constante sobre recursos teóricos e metodológicos psicanalíticos, bem como defendendo a necessidade do trabalho interdisciplinar que considere o autismo como um tipo de sofrimento humano com diversas formas de expressão, como observamos na fala da entrevistada P2:

*Eu acho que uma das contribuições, umas das evoluções que a Psicanálise teve durante esses anos todos - são quase setenta que a Psicanálise trabalha com a criança com autismo - é poder atualmente defender a prática interdisciplinar e saber que a Psicanálise é uma das disciplinas a trabalhar com o autismo e precisa estar numa equipe e em conjunto com outros profissionais. E eu acho que isso acontece na rede pública, inclusive de uma forma mais privilegiada, porque ali, num mesmo local, estão vários profissionais, de diferentes abordagens, inclusive de diferentes profissões. Eu acho que na rede pública a gente ainda tem mais sorte por conta disso (P2).*

Outra preocupação dos psicanalistas é com a construção de dispositivos clínicos onde o trabalho desenvolvido não se distancie da noção de singularidade e da visão de criança enquanto um sujeito de desejo e em desenvolvimento. Eles destacam a necessidade de reconhecimento da criança com autismo como um ser de linguagem e com possibilidades de abertura para a interação social. Um exemplo dessa preocupação e inovação no tratamento dessas crianças é o depoimento da entrevistada P4:

*A gente foi construindo toda uma abordagem, o que a gente chamou de um enquadramento psicanalítico institucional que contempla tudo o que seria o básico de um setting analítico, de colocar exatamente o desejo, a fantasia no setting, e isso não era feito a partir da linguagem falada, mas dos vários, inúmeros modos de expressão que ali se davam (P4).*

As contribuições dos sujeitos da pesquisa para os cuidados com crianças com autismo são de grande relevância para a clínica ampliada, sendo referência, também, para a formação de diversos profissionais de saúde, como neonatologistas, pediatras, equipe de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, entre outros. Tais contribuições são importantes para o tratamento dessas crianças se forem ampliadas largamente pelo SUS.

A respeito dos *contributos da Psicanálise nos cuidados clínicos ofertados às crianças com autismo nos serviços de saúde pública*, os sujeitos entrevistados mencionaram que a Psicanálise está presente desde a Atenção Básica até a Atenção Psicossocial.

A clínica psicanalítica tem sido utilizada nos serviços do SUS sob a perspectiva da Psicanálise em extensão. Como referencial teórico-metodológico, a Psicanálise tem grande incidência na práxis dos profissionais vinculados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e tem fundamentado a construção e a implementação de dispositivos clínicos, como o CAPSi, contribuindo também com a supervisão clínico-institucional e com a formação continuada das equipes desses serviços.

Essas declarações confirmam o que já havíamos ressaltado no capítulo anterior, quando destacamos que a Psicanálise foi uma das modelagens conceituais predominantes da Reforma Psiquiátrica e subsidiou a construção dos serviços substitutivos de saúde mental, entre eles os CAPS, sendo o CAPSi a principal referência da RAPS para o atendimento de crianças com autismo.

Apesar de a Psicanálise se destacar como referência teórica nos serviços de Atenção Psicossocial, vale salientar que a oferta de tratamentos no SUS é ampla e variável e os serviços não se organizam a partir de metodologias específicas, estando presentes, portanto, outros tipos de abordagens teórico-clínicas que a equipe e a gestão dos serviços têm liberdade para escolher.

As entrevistas apontaram que a Psicanálise, além de estar presente nos serviços da RAPS, tem ganhado espaço nos cuidados de atenção às crianças tanto em serviços de Atenção Básica quanto naqueles de Média Complexidade, a exemplo dos centros de atenção à saúde materno-infantil e de hospitais universitários, em diversas regiões do país. Em tais serviços, a Psicanálise se faz presente na construção de protocolos de detecção dos sinais de risco de sofrimento psíquico por meio do seu referencial teórico, como também na fundamentação das práticas dos profissionais que atuam na avaliação dos sinais de risco para o desenvolvimento infantil e nas atividades de intervenção precoce, como podemos constatar nas falas dos/as entrevistados/as P3 e P6:

*Referindo-me particularmente ao trabalho desenvolvido no Centro Integral de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM/UPE, local onde, em Recife-PE, é desenvolvida a Pesquisa Preaut Brasil, a clínica psicanalítica tem sido utilizada na perspectiva da psicanálise em extensão. Realizada a identificação de sinais de sofrimento psíquico através de um trabalho de detecção precoce no qual são utilizados os Questionários Preaut, aos 4 e 9 meses, e o Questionário de Desenvolvimento da Comunicação – CDC, aos 12 meses, os bebês em sofrimento psíquico são encaminhados de imediato para acompanhamento psicanalítico (intervenção imediata após a detecção precoce). Não se trata, nesses casos, de produzir um diagnóstico fechado, nos moldes do DSM -5, mas de identificar, através dos referidos protocolos e também, muito especialmente, da escuta do discurso dos pais e da observação da relação entre cuidadores parentais e a criança, tendo como base os elementos de “comunicação” presentes ou ausentes, sinais de sofrimento que podem estar perturbando o desenvolvimento psíquico da criança (P3).*

*A psicanálise está inserida na saúde pública desde o atendimento clínico nos CAPSi até em projetos de intervenção precoce com bebês e crianças pequenas como o realizado pelo espaço Escuta em Londrina, Paraná. Há propostas de trabalho junto à Atenção Básica para diagnóstico precoce de crianças com risco no desenvolvimento e estruturação subjetiva (P6).*

Percebemos ainda que há um cuidado dos/as psicanalistas no que diz respeito à concepção ética da Psicanálise sobre a subjetividade e a singularidade, consideradas na direção do tratamento do autismo. Nos serviços públicos de saúde, tanto a detecção precoce quanto o tratamento têm como perspectiva a retomada do desenvolvimento da criança e o investimento na sua constituição subjetiva. Outra preocupação dos profissionais é a de que a avaliação psicodiagnóstica considere a provisoriedade típica da infância, evitando um diagnóstico conclusivo capaz de produzir efeitos iatrogênicos, tais como as nomeações inadequadas que atrapalham a construção dos laços sociais e incitam a medicalização na infância.

Vemos, portanto, que os contributos da Psicanálise para atenção ao autismo, nos serviços do Sistema Único de Saúde, não se restringem à assistência em serviços especializados voltados para a habilitação/reabilitação do/a autista ou para a RAPS, mas se ampliam para a Rede de Atenção Básica.

A Psicanálise colabora não só com o tratamento, como também está voltada para a promoção de saúde das crianças, considerando sempre a infância enquanto um período de

constantes transformações e de constituição da subjetividade com possibilidades de abertura da criança à inserção na cultura e na produção do laço social.

A respeito das justificativas *dos/as psicanalistas sobre a importância do uso da Psicanálise nos cuidados de prevenção e tratamento do autismo*, os sujeitos entrevistados apontaram como principal argumento as relevantes contribuições da Psicanálise para detecção e intervenção precoce dos sinais de risco para o desenvolvimento subjetivo da criança, entre eles o de autismo. Neste sentido, vale salientar que P1 ressaltou que não considera que trabalha com prevenção, justificando que antes mesmo que qualquer patologia seja configurada, já há um sofrimento humano que precisa de cuidados.

*Como psicanalistas, não fazemos prevenção. Trabalhamos com o sofrimento, e os sinais de risco e vulnerabilidade psíquicos já são sofrimento. Não prevenimos, tratamos o que já há (P1).*

Entre os argumentos que justificam a relevância da Psicanálise nos serviços públicos de prevenção e tratamento do autismo, está o de que ela tem um arcabouço teórico-clínico consistente sobre a criança em sofrimento, sobre o autismo, sobre o desejo e sobre a possibilidade de que o sujeito possa se servir do seu corpo.

Tal arcabouço é fundamentado em pesquisas desenvolvidas ao longo de mais de setenta anos a respeito do processo de constituição subjetiva da criança. Pesquisas essas que também têm contribuído com a construção de protocolos de estimulação precoce na Atenção Básica e com a aquisição de um espaço para essas crianças na cultura, por meios de investimentos na convivência familiar, na inclusão escolar e na circulação pelos espaços da cidade. Algumas dessas pesquisas são apresentadas e discutidas no próximo capítulo desta dissertação.

É relevante destacar que constatamos a existência de um consenso entre os/as psicanalistas entrevistado/as a respeito da possibilidade de constituição da criança em posição de autismo como sujeito. Com essa concepção, percebemos que a Psicanálise tem contribuído

com os cuidados de atenção ao autismo, inclusive, com vistas a evitar a patologização e a medicalização na infância. Ou seja, de acordo com a concepção psicanalítica, tanto da vertente desenvolvimentista quanto estruturalista da Psicanálise, o autismo pode ser uma condição provisória na infância, como atesta a fala de P6:

*O autismo na infância não constitui uma estrutura psíquica definitiva. Portanto pode haver, a partir da clínica psicanalítica, mudança na posição do sujeito, diferente do que atesta a neuropsiquiatria e as terapias comportamentais (P6).*

Ao se aproximar das noções de neuroplasticidade e dos pressupostos da Epigenética, a Psicanálise tem fundamentado um trabalho de intervenção precoce do autismo, como, por exemplo, a pesquisa PREAUT e o IRDI, destacada na fala de P3, e outras contribuições discutidas no capítulo 5.

Assim, dentro de uma perspectiva clínica ampliada, a Psicanálise contribui com uma oferta dos serviços de detecção e intervenção precoce acessível à população. Pois, considerando que o autismo pode ser uma condição provisória na criança, por meio da intervenção precoce é possível tratar esse sofrimento de forma a evitar um fluxo de demandas da Atenção Básica para a Média Complexidade dos serviços do SUS.

A Psicanálise foi mencionada também como sendo relevante para a escuta de equipes de profissionais de saúde, oportunizando a análise da transferência no espaço institucional por meio da supervisão clínica. Tal contribuição favorece a circulação do discurso sobre a criança e seu sofrimento e a coloca em análise a partir dos discursos da equipe, como aponta a experiência de P3:

*Justifica o uso da Psicanálise nos cuidados de prevenção e tratamento de autismo no SUS, em qualquer serviço público ou mesmo na clínica privada, sua posição teórica quanto à necessidade desses lugares instituírem equipes transdisciplinares para condução dos trabalhos. Por intermédio delas, abre-se a possibilidade de fazer circular discursos dos diversos campos de atendimento, onde cada segmento sustenta seu*

*conhecimento, mas não detém todo o saber. Desse modo, um movimento transferencial se instala no campo de tratamento, favorecendo a construção da criança em análise e causando uma certa estabilidade aos pais (P3).*

Outro argumento relevante dos/as psicanalistas que justifica a importância da Psicanálise nos serviços de saúde pública é o princípio ético da singularidade. Este contribui fundamentalmente com a proposta de Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma vez que considera as particularidades do desenvolvimento de cada criança, como também as diversas formas de manifestação desse tipo de sofrimento humano, como o autismo, e a participação dos familiares no tratamento. Essa afirmação pode ser observada na fala da entrevistada P5:

*Penso que a maior contribuição que a Psicanálise pode dar ao trabalho com crianças com autismo, não só com elas, é em relação à ética da psicanálise. A ética do sujeito, da singularidade, do um a um. Acredito que isso seja a chave do trabalho com autismo. Por isso que muitos de nós falamos em autismos. Claro, sabemos que a condição de autismo apresenta muitas especificidades, mas antes de tudo são crianças. E é nessa particularidade que se dá o trabalho analítico, em uma direção de tratamento que é sempre singular e pensada para cada criança em relação ao seu momento do desenvolvimento, às suas particularidades do quadro clínico e às suas especificidades de leitura do mundo. Isso é algo que diferencia enormemente a Psicanálise em relação às outras formas de tratamento do autismo. O trabalho analítico se alinha muito ao PTS – projeto terapêutico singular, que é o modelo defendido pela RAPS. (...) É um eixo de trabalho que orienta os outros desenhos clínicos mais instrumentais, que comporta a escuta dos familiares e que mira para as particularidades da criança (P5).*

Em relação às dificuldades identificadas pelos/as psicanalistas e que são colocadas à Psicanálise nos serviços de saúde pública ofertados a crianças com autismo, as respostas dos/as entrevistados/as apontaram para a tensão mundial atual entre a Psicanálise e as políticas públicas para o autismo.

O que foi comum a todos os sujeitos entrevistados foi a resistência à visão de sujeito da Psicanálise nos serviços públicos em decorrência da perda da hegemonia do saber psicanalítico na atualidade, por razões culturais e pela preponderância da concepção neurocientífica sobre a etiologia e o tratamento do autismo. Associado a isso, as entrevistas apontaram que existem



também psicanalistas orientados por uma concepção clínica mais ortodoxa, que resistem ao diálogo com outros campos do saber e ao fazer coletivo, como vemos nas declarações das entrevistadas P2 e P3:

*Eu não acho que os serviços, necessariamente, colocam dificuldades à Psicanálise. Eu acho que muitas vezes, inclusive, os psicanalistas colocam dificuldades em alguns serviços. Eu acho que a gente tem que reconhecer isso. Podem existir, ainda, psicanalistas que se recusem ao trabalho interdisciplinar. Eu acho que isso é uma grande dificuldade no serviço público (P2).*

*Eu acho que o uso da psicanálise pode ser extremamente importante, rico, útil, mas é necessário que os psicanalistas se adaptem, adequem-se e se proponham a conversar com o que tá posto no nosso tempo, na nossa cultura. E tem toda uma exigência dos psicanalistas de conversarem com o que tá se passando, de conversar com as pessoas que estão chegando, com outras concepções (...). Nós como psicanalistas ainda temos uma resistência grande a conversar com o novo, a adaptar as nossas concepções na medida em nós somos interpelados por outras visões, por outras formas de atuação. Então essa eu acho que é uma grande dificuldade (P3).*

Comprendemos que essas declarações se aproximam da crítica de Roudinesco (2011) quando a autora afirma que alguns psicanalistas preferem desprezar o engajamento cidadão, sendo, portanto, despolitizados, uma vez que frequentemente ignoram a história. Segundo a autora, essa postura impede uma contraposição consistente à luta ideológica daqueles que se opõem à Psicanálise.

Por outro lado, existem psicanalistas abertos ao fazer coletivo e à direção do tratamento perpassada pela concepção de subjetividade e de singularidade do sujeito, bem como pelo princípio da horizontalidade do saber e do discurso da equipe no contexto da clínica ampliada. Porém, as entrevistas apontaram que esses profissionais também encontram dificuldades em relação a essa proposta de trabalho no campo da saúde, como mostra o depoimento de P4:

*Associado a um pensamento que se deixa conduzir pelas ciências do cérebro, as instituições públicas resistem à criação de equipes transdisciplinares, indispensáveis ao acompanhamento da criança e adolescente autistas. Como a criação de equipes*

*transdisciplinares tem seu fundamento em princípios essencialmente psicanalíticos, os quais (inclusive) orientam a circulação recíproca dos discursos, ou seja, a horizontalidade, tal estratégia pode ser vista como uma ameaça à homogeneidade do discurso médico ou medicalizante (P4).*

Chegamos, então, ao cerne da tensão que nos propusemos a investigar. Se há uma recusa à Psicanálise no campo das políticas públicas de saúde para pessoas com autismo, de que forma a Psicanálise contribui para isso? Afinal, não estamos num campo de acusações onde existem culpados ou inocentes, pois, se uma resistência se dá, é necessário reconhecer qual a parcela de responsabilidade de cada agente envolvido. É nesse sentido que propomos uma crítica.

Percebemos, a partir das entrevistas, que existem dificuldades no meio psicanalítico quanto à inovação da prática e ao diálogo no contexto da clínica ampliada nas instituições de saúde pública. Essas dificuldades desencadearam, junto com os interesses mercadológicos dos defensores das terapias cognitivo-comportamentais e com a hegemonia médica, um movimento reivindicatório no campo legislativo. Esse movimento visou, por meio de uma representação de familiares de pessoas com autismo, a disseminação de serviços de reabilitação especializados e exclusivos para o atendimento de pessoas com autismo, com vistas a privilegiar apenas a abordagem cognitivo-comportamental como método de tratamento para o autismo, como aponta a declaração do entrevistado P6:

*A principal dificuldade se encontra na diferença de aposta no sujeito entre a psicanálise e outros discursos presentes no campo da saúde e educação. Há, no momento e em nível internacional, uma cruzada contra a psicanálise promovida pelos defensores das terapias cognitivo-comportamentais que buscam atingir uma hegemonia de mercado. Esse campo se associa com associações de pais de autistas que projetam sua culpa inconsciente como sendo produzida pelas intervenções psicanalíticas. A oposição à psicanálise tem se organizado por via legislativa e nas políticas públicas de diversos países. O MPASP tem se ocupado de rebater esse movimento, defendendo não só o lugar da psicanálise, mas da multiplicidade de possibilidades de intervenções no trabalho com os autistas e seus familiares (P6).*

A história dos serviços de assistência às crianças com autismo mostra que as associações de familiares de pessoas com autismo surgiram nos Estados Unidos na década de 1960, apoiando a concepção biológica da etiologia do autismo, num contexto em que o Cognitivismo ganhava prestígio. Nesse cenário, como discutimos no capítulo 2, as hipóteses psicodinâmicas da época, a respeito da etiologia do transtorno, foram entendidas como aquelas que colocavam a relação entre os pais e suas crianças como causa possível do autismo. Mas, mesmo sendo superadas no meio psicanalítico, muitas distorções ainda não foram corrigidas no imaginário social e repercutem negativamente para a visão sobre a práxis psicanalítica, como atesta a fala de P5:

*Acredito que muitos profissionais da saúde ainda têm uma visão dos psicanalistas como aqueles que culpam os pais. Isso certamente pesou naquele impasse. Há uma implicância, que em parte se justifica pelo muito que já foi dito por alguns psicanalistas em outras épocas, e que muitas vezes impede que se considere o trabalho (P5).*

Além disso, outro problema que emerge na conflitiva política é o posicionamento das associações de pais. Os familiares justificam que os referenciais epistemológicos de suas associações não foram levados em consideração na implementação dos CAPSi(s) e argumentam que há uma hegemonia da Psicanálise nos serviços de Atenção Psicossocial, desconsiderando as terapias cognitivo-comportamentais e, portanto, também, não preconizando a multiplicidade da oferta de tratamento, como prevê o SUS. Dessa forma, observamos que a discussão tem evidenciado mais a esfera política do que a científica, buscando pela via legislativa uma determinação para os modelos de intervenção clínica para o tratamento do autismo.

A fala da entrevistada P1 mostra a posição dos psicanalistas a esse respeito:

*O tratamento do autismo não se decide com os critérios do mercado, e tampouco deve ser gerido como um grande negócio. É preciso enfrentar a discussão política no campo da pesquisa e da clínica. E se há tensão no campo político, entre as concepções organicistas e a psicanálise, as políticas públicas não podem se orientar fazendo uma*

*escolha de orientação que elimine a complexidade do campo, reduzindo a discussão etiológica a uma palavra que a ciência ainda não pode produzir e tampouco sobrepondo o tratamento à escolarização ou confundindo seus propósitos (P1).*

Parece existir um conflito de interesse sobre qual campo do saber rege a visão de sujeito nos serviços públicos de atenção à criança. Essa disputa se deslocou do conflito epistemológico para um conflito político que parece não trazer benefícios a quem de fato precisa, que são as crianças com autismo ou diante da iminência do transtorno. Pois é sabido que nenhuma área do conhecimento pode atender exclusivamente às demandas de um sofrimento que compromete a linguagem, a interação social, a aprendizagem e a constituição da subjetividade.

A saída para esse impasse pode ser alcançada quando o debate avançar, através de novas vias de diálogo entre as diversas áreas do conhecimento, de forma a propiciar o reconhecimento da necessidade do fazer coletivo, da horizontalidade dos saberes.

No que diz respeito às *repercussões surgidas no trabalho desenvolvido por psicanalistas nos serviços públicos de atenção ao autismo, após o impasse ocorrido em 2012 que resultou na fundação do MPASP*, os/as psicanalistas declararam que tomaram consciência da ameaça de desaparecimento da Psicanálise nos serviços públicos. Eles entenderam a importância da Psicanálise em extensão, ampliando a concepção de trabalho interdisciplinar no âmbito do trabalho no SUS e de uma maior atenção à formação continuada, devido às necessidades que se colocaram no campo público, inclusive a necessidade de maior divulgação da sua práxis.

A partir do reconhecimento dessa problemática, o MPASP mobilizou pessoas em relação às causas da liberdade de escolha das famílias sobre o tratamento dos seus filhos e liberdade de escolha dos profissionais quanto ao seu método de trabalho.

Compreendemos, com isso, que a conflitiva no campo político produziu significativas repercussões para a Psicanálise, tanto em relação à revisão da práxis e à comunicação dos seus

resultados quanto em relação à necessidade da participação dos/as psicanalistas, de forma efetiva e consistente, na construção e implementação das políticas públicas. Isso foi possível por meio do MPASP, um movimento social que lhes dá a oportunidade de falarem e fazerem-se ouvir. Isso pode ser atestado nas falas de P1 e P5:

*O MPASP se organizou para dizer no espaço público que a Psicanálise se constitui como um campo de saber, que participa do campo científico, que tem mais de 100 anos de pesquisa e de clínica validados para o tratamento do autismo. Temos muitas contribuições a dar (P1).*

*Acredito que a articulação do MPASP nos causou coletivamente no sentido de falar mais ao público em geral, aprender a falar sobre o nosso trabalho. E isso fez com que conseguíssemos ser mais escutados (P5).*

Em relação às formas de contribuição do MPASP para as políticas públicas de saúde para crianças com autismo, os sujeitos entrevistados declararam, entre outras ações do MPASP, as seguintes:

- Potencialização da participação dos psicanalistas no campo político, reivindicando a constituição do Comitê de Assessoramento para Qualificação das Políticas Públicas para Pessoas com Autismo, no âmbito do Ministério da Saúde;
- Participação na construção do documento “Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com TEA e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde”, publicado pelo Ministério da Saúde;
- Ampliação da discussão sobre detecção e intervenção precoce do autismo;
- Impedimento do fechamento de instituições públicas voltadas para o tratamento do autismo fundamentadas no referencial psicanalítico;
- Participação ativa na luta pela aprovação do Marco Legal Primeira Infância (Lei Federal Nº 13. 257, de 08 de março de 2016);

- Contribuição com itens da Caderneta da Criança sobre o autismo, sugerindo a inclusão dos Indicadores de Risco do Desenvolvimento Infantil (IRDI) no protocolo de acompanhamento de crianças atendidas nos serviços públicos de puericultura;

- Elaboração de cartas abertas à Presidência da República, ao Ministério da Saúde e à imprensa sobre concepções políticas de saúde mental;

- Promoção de ações contra a política do Risperidona para o autismo;

- Desenvolvimento de ações contra a precipitação e erros diagnósticos provocados pelo DSM-5, contra a medicalização da criança com autismo e contra a indicação generalizada das terapias cognitivo-comportamentais.

Além disso, os/as entrevistados/as declararam que o MPASP desenvolve ações continuadas, tais como: a divulgação dos resultados de tratamentos psicanalíticos de pessoas com autismo através da produção de filmes, reportagens e documentos escritos e difundidos por meio de eventos científicos, da imprensa e das redes sociais.

A análise do material coletado nas entrevistas dos seis participantes desta pesquisa demonstrou que o MPASP representa uma força conjunta que faz a Psicanálise se reinventar diante das intempéries colocadas pelo contemporâneo e deslocar-se do lugar comum da clínica privada e das certezas dos seus constructos teórico-metodológicos para caminhar em direção às demandas atuais no cenário público de saúde. No próximo capítulo, discutimos as principais contribuições psicanalíticas para esse cenário.

## **CAPÍTULO 5 - CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS PARA A CLÍNICA AMPLIADA DO AUTISMO**

Após o percurso feito desde os primórdios das concepções psicanalíticas sobre o autismo até o cenário das tensões no campo político esta pesquisa se aporta agora sobre o terreno da clínica ampliada, discutindo as contribuições da Psicanálise para a atenção às crianças com autismo ou risco de autismo na saúde pública brasileira.

Sabe-se que o trabalho clínico de atenção ao autismo na infância atende a um público composto por sujeitos em constituição, necessitando de constantes articulações com as instituições sociais com as quais a criança constrói relações vinculares, como a família e a escola. Por isso, esse modelo interventivo é, por natureza, uma clínica ampliada.

No cenário público de saúde, a clínica ampliada é entendida como um trabalho clínico no qual se envolve a criança e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivos produzir saúde e promover a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Como meios de trabalho, utiliza-se a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, além da elaboração de um projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença (Brasil, 2009).

A clínica ampliada busca integrar várias abordagens disciplinares para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional.

### **5.1 O diálogo com as neurociências**

A interdisciplinaridade na clínica com crianças e, em especial, a clínica com bebês, tem favorecido importantes aproximações teórico-clínicas entre a Psicanálise e as Neurociências. Entre essas estão: a compreensão de que a linguagem incide decisivamente sobre a constituição

do sujeito e a possibilidade do sujeito representar, pela linguagem, o que lhe afeta no corpo (MPASP, 2013e).

Graças à descoberta da neuroplasticidade<sup>2</sup>, de acordo com Kandel *et al* (1995), sabe-se que o sistema nervoso tem a capacidade de mudar, adaptar-se e moldar-se a nível constitucional e funcional ao longo do desenvolvimento neuronal e quando sujeito a novas experiências.

A Epigenética<sup>3</sup>, por sua vez, tem constatado que o ambiente interfere na expressão dos genes, o que implica dizer que, ainda que sejam identificados marcadores biológicos para o autismo, esse transtorno não é determinado apenas pelo genótipo de um indivíduo, podendo sofrer interferências de fatores ambientais. Essas descobertas revelam que nem tudo está decidido no nosso organismo no momento do nascimento e que as experiências de vida têm um papel decisivo no desenvolvimento e na constituição do sujeito (Arsemet & Magistretti, 2006).

Nesse sentido, a intervenção precoce sobre os sinais de risco para o desenvolvimento psíquico é imprescindível, podendo introduzir a criança no campo da linguagem de modo que o autismo não seja deflagrado. Por isso que a aposta na constituição do sujeito é central na metodologia psicanalítica.

Laznik (2003) é uma das psicanalistas que vêm trabalhando com neurocientistas no sentido de mostrar a necessidade de cooperação entre as áreas e a importância de todas as informações conjuntas no aprimoramento dos dispositivos terapêuticos para a detecção dos sinais de risco de desenvolvimento infantil em bebês e intervenção precoce do autismo.

Através do Programme de Recherche et Evaluation sur l'autisme, traduzido para a Língua Portuguesa como Programa de Pesquisa e Avaliação em Autismo (PREAUT), criado na França, no final dos anos 1990, por psicanalistas, psicólogos e psiquiatras, tais como Graciela

---

<sup>2</sup> Neuroplasticidade se refere à adaptação e reorganização da dinâmica do sistema nervoso frente às alterações do ambiente.

<sup>3</sup> Epigenética se refere ao estudo dos mecanismos moleculares por meio dos quais o meio ambiente controla a atividade genética.



Crespin, Marie-Cristine Laznik, Jean-Pierre Muyard, Jean-Louis Sarradet, Michel Botbol e Claudette Buisson, busca-se avaliar um conjunto coerente de triagem dos transtornos precoces da comunicação, que pode prever um transtorno grave do desenvolvimento de tipo autístico (Crespin & Parlato-Oliveira, 2015). O PREAUT vem sendo desenvolvido em vários países, inclusive no Brasil, e empenha-se também em oferecer formação aos profissionais de saúde para a detecção precoce do risco de autismo.

Os pesquisadores do PREAUT defendem que é possível alterar a constituição psíquica de uma criança que apresente sinais de risco para o autismo caso a intervenção se inicie antes que o bebê complete seu primeiro ano de vida. Para isso, tal pesquisa parte da hipótese de que a falta de capacidade do bebê de provocar ativamente interações com seus cuidadores primordiais, não sendo unicamente como resposta das protoconversações, pode ser indicativa de uma perturbação precoce em sua comunicação com o outro, o que pode indicar a evolução de uma síndrome autística (Laznyk, 1996 citada por Crespin & Parlato-Oliveira, 2015).

Sendo assim, o programa PREAUT procura avaliar os sinais de risco psíquico em bebês a partir da criação de um protocolo muito particular e inovador, utilizando para sua investigação os sinais clínicos oriundos da teoria psicanalítica lacaniana, verificando assim sua coerência com os signos clínicos vindos dos referenciais cognitivistas. Com esse protocolo se busca formar as equipes de saúde para observar os riscos psíquicos a partir dos seus sinais precoces em bebês, evitando que os profissionais tomem como referência apenas o discurso dos pais, que podem sofrer de precariedades anamnésicas em relação ao início dos transtornos.

## **5.2 A detecção precoce dos sinais de risco do desenvolvimento infantil**

Falar em prevenção do autismo no meio psicanalítico gera uma polêmica, pois alguns psicanalistas afirmam que não trabalham com prevenção e sim com tratamento. Nesse sentido

declaram que, ainda que não exista já um quadro de autismo, os sinais de risco para o desenvolvimento subjetivo já ocasionam um sofrimento para a criança e sua família, necessitando de uma intervenção.

Uma das principais contribuições da Psicanálise no Brasil, nesse sentido, foi a construção do Protocolo de Indicadores de Risco do Desenvolvimento Infantil (IRDI), encomendado pelo Ministério da Saúde. Tal protocolo foi desenvolvido a partir da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil, realizada em nove cidades brasileiras, entre 2000 e 2008, por um grupo de psicanalistas de diversas abordagens teóricas, especialistas nos cuidados de crianças. O nomeado Grupo Nacional de Pesquisadores (GNP) foi coordenado pela Profa. Dra. Maria Cristina Machado Kupfer, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). A pesquisa contou com o apoio do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPQ) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

O IRDI é um protocolo com estudos de validade na identificação de fatores de risco de desenvolvimento, composto de 31 indicadores voltados para a relação entre cuidador-criança durante os primeiros 18 meses de vida do bebê, diferenciando-se da maioria das avaliações do desenvolvimento que usualmente priorizam marcadores motores e neurológicos.

A leitura da constituição do sujeito, trabalhada no campo clínico por esse grupo de psicanalistas, deu origem a quatro eixos teóricos do instrumento: estabelecimento da demanda, suposição do sujeito, alternância presença-ausência e função paterna. Esses eixos se articulam entre si e dão a fundamentação teórica aos indicadores. Dessa forma, cada item está atrelado a um ou mais eixos.

Os itens do protocolo são sinais de saúde psíquica, pois abordam aspectos da relação cuidador-bebê, os quais são indicativos de que a constituição da subjetividade da criança está em curso.

O IRDI se mostrou válido para prever problemas de desenvolvimento que afetam, por exemplo, a psicomotricidade, domínio da linguagem, aprendizagem, hábitos, socialização, enurese, hiperatividade e inibição escolar, em crianças com três anos de idade.

Além disso, o instrumento permite a detecção de sinais de risco para constituição do sujeito no desenvolvimento do bebê de 0 a 18 meses de idade, sinalizando problemas de ordem constitucional relativos às psicopatologias graves da infância, como a depressão e o autismo, por exemplo. A ausência de dois ou mais indicadores sinaliza possíveis riscos ou tendência de problemas de desenvolvimento com expressão no aspecto relacional, abrindo, assim, possibilidade para intervenções a tempo (Kupfer *et al*, 2009).

Contudo, vale salientar que o IRDI não deve ser tomado como um instrumento específico de detecção do autismo, pois a presença dos sinais de risco não significa a instalação do transtorno, mas sua propensão a ele. Porém, a percepção de tais sinais possibilita o encaminhamento para um tratamento de intervenção que vise acolher os estados emocionais dos cuidadores e do bebê, como também ampliar os momentos de interação entre eles.

Os indicadores podem ser encontrados compondo a Caderneta da Criança, distribuída nos postos de saúde de todas as cidades do Brasil. É recomendado que todas as crianças sejam observadas a partir deles, pela equipe de saúde da Atenção Básica, inclusive durante as visitas de agentes comunitários de saúde nos domicílios, para que possam ser encaminhadas para avaliação e intervenção precoce, caso se faça necessário.

Deu-se ênfase nesse espaço ao IRDI, uma vez que se trata de um instrumento de detecção precoce já validado num programa de pesquisa brasileiro, fomentado por instituições brasileiras. Porém, não se pretende destacar a prevalência desse protocolo como único instrumento de detecção precoce, uma vez que o programa PREAUT também atende a esse objetivo.

### 5.3 O tratamento interdisciplinar

O tratamento interdisciplinar teve início com a clínica com crianças, especialmente aquelas com graves dificuldades no desenvolvimento. Implicando na renúncia ao ideal de totalidade e ultrapassando a somatória de intervenções, essa prática possibilita e conduz à elaboração de critérios clínicos comuns e que atravessam as diferentes disciplinas implicadas na intervenção, visto que:

As dificuldades no estabelecimento da relação com os outros, presentes nas crianças com risco de autismo, implicam impedimentos nos diferentes aspectos, da maturação, do crescimento ou desenvolvimento da criança. Além disso, o autismo pode estar associado a outros problemas, tais como síndromes genéticas, deficiências sensoriais ou quadros neurológicos, que tornam indispensável uma intervenção conjunta. Isso evidencia a importância da intervenção do psicanalista e, também, de profissionais de outras disciplinas (MPASP, 2013d).

Entre os contributos da Psicanálise, de acordo com o MPASP (2013d), está a aplicação de um modelo na direção do tratamento das crianças com autismo, cujos princípios são:

- A criança é sujeito desde o início da sua vida;
- A singularidade é o principal aspecto a ser considerado no tratamento interdisciplinar;
- A prática interdisciplinar é imprescindível no tratamento dos casos de autismo;
- A compreensão a respeito da etiologia, dos sintomas e do tratamento não pode ser vista como uma verdade única;
- A prática interdisciplinar exige uma constante interlocução entre os profissionais envolvidos nos cuidados dispensados à criança;
- A escolarização deve ser considerada como um direito da criança e vetor fundamental da sua constituição subjetiva, fazendo-se necessária, portanto, a interlocução entre os campos da saúde e da educação.

De acordo com o MPASP (2013d), é partindo da complexidade dos quadros de autismo que a Psicanálise vem produzindo conhecimentos sobre o tratamento em crianças num trabalho que extrapola a intervenção em consultórios particulares e amplia-se para as instituições públicas. Desse modo, a concepção teórico-metodológica da Psicanálise tem sido construída no compartilhamento com profissionais que atuam em diversos serviços da rede de atenção à criança - Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias de Saúde da Família (ESF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Organizações Não-Governamentais (ONGs), casas de acolhimento, creches, escolas e instituições terapêuticas -, tomando como princípio fundamental a suposição do sujeito na criança em posição de autismo.

Isso é uma condição desafiadora na medida em que, muitas vezes, na condição de *infans*, a criança convoca o outro para que fale por ela. Outro desafio é reconhecer a necessidade de formação continuada de profissionais de saúde, de modo a favorecer o desenvolvimento de competências para a intervenção precoce, em equipe interdisciplinar, no âmbito do SUS.

Em consequência disso, diferentes experiências de formação continuada têm sido desenvolvidas no Brasil afora. Uma delas, por exemplo, ocorre em Londrina (PR), onde o Centro Lydia Coriat e o Espaço Escuta, em parceria, encarregam-se da especialização de profissionais para intervirem em estimulação precoce (Jerusalinsky, 2016).

Essa experiência demonstra como a Psicanálise tem colaborado com a formação das equipes de saúde, contribuindo para que a Atenção Básica se torne espaço prioritário para a intervenção precoce no âmbito do SUS.

À medida em que a equipe de saúde compreende que é a criança e não a patologia a prioridade de atenção, é possível romper com o binômio deficiência-saúde mental. Porém, para que essa oferta de serviço se torne efetiva, é necessário ampliar a formação interdisciplinar e a especialização dos profissionais em primeira infância. Caso contrário, os pais continuarão tendo

a falsa ilusão de que serviços segregados por patologias seriam os melhores (Jerusalinsky, 2016).

Outra demanda colocada pela clínica do autismo é a articulação com o campo escolar, como preconiza a oferta de serviços no âmbito do SUS. Considerando essa necessidade, apresentamos um trabalho de interseção entre a escolarização e o tratamento de crianças com autismo, denominado Educação Terapêutica. Esse trabalho é desenvolvido na clínica institucional denominada Lugar de Vida, em São Paulo - SP, a partir de uma proposta de intervenção criada no Instituto de Psicologia na Universidade de São Paulo (IPUSP), pela psicanalista e professora Dr.<sup>a</sup> Maria Cristina Kupfer e seu grupo de trabalho.

Kupfer (2007), que defende que na sociedade contemporânea o significante criança está vinculado ao significante educação, afirma que:

A criança moderna é uma criança indissolúvelmente ligada ao escolar, que lhe atribui o lugar social. A inserção social é o que a constitui, o que lhe dá identidade (...). A história sublima então uma dimensão da infância que é dada pelo campo social, que a enquadra, lhe dá significação e interpretação. O campo social também define um tempo para essa infância, que é justamente o da escolarização obrigatória (Kupfer, 2007. p. 36).

A autora aponta a Educação Terapêutica como uma possibilidade de interseção entre a Psicanálise e a Educação no tratamento de crianças com autismo ou psicose, definida por ela da seguinte forma:

A educação terapêutica é um tipo de intervenção realizado com crianças e pautado em um conjunto de práticas interdisciplinares, especialmente as práticas educacionais, que visam à retomada do desenvolvimento global (...). Pode-se dizer que há três eixos em torno dos quais gira a Educação Terapêutica: a inclusão escolar, o eixo simbólico e a operação educativa propriamente dita (Kupfer, 2007, p. 83).

O primeiro eixo dessa intervenção, sobre a inclusão escolar, na experiência de Kupfer (2007), foi uma demanda apresentada pelos pais, que mesmo sem enunciar o valor social da

escola, reconhecem sua contribuição para o desenvolvimento da criança. Sobre a relevância da inclusão escolar para esse processo, a autora destaca que:

A escola, podemos observar, oferece mais do que a chance de aprender. Como alternativa ao Outro desregrado, a escola, entendida como discurso social, oferece à criança uma ordenação, oferece as leis que regem as relações entre os humanos, que regem o simbólico, para delas a criança tomar o que puder (...). A escola é uma instituição poderosa quando lhe pedem que assine uma certidão de pertinência: quem está na escola pode receber o carimbo de “criança” (Kupfer, 2007, p. 92).

O segundo eixo se refere ao campo institucional. Nesse sentido, a proposta é a de que a instituição escolar esteja estruturada como uma linguagem a partir de três níveis de discurso: o das crianças, o dos pais e o da equipe, funcionando como uma ferramenta terapêutica, afim de que, através de suas ações, seja produzida a falta, até então não instituída nas crianças. Assim, busca-se promover o surgimento do sujeito como efeito do funcionamento da linguagem operada pelo Outro institucional (Kupfer, 1998).

No Lugar de Vida, com vistas ao tratamento, são realizados atendimentos aos pais e às crianças. Estas últimas são atendidas individualmente e em grupos de oficinas terapêuticas. Com o objetivo de favorecer a interlocução entre a clínica e a escola, são promovidas reuniões mensais entre educadores e psicanalistas, além de serem realizadas visitas às escolas pelos psicanalistas. O trabalho em equipe favorece a sustentação da transferência, que se desloca de um profissional para outro e contribui para que eles possam suportar a frustração de estarem diante de alguém para quem, segundo Kupfer (2007), o Outro ainda não foi barrado.

O terceiro eixo da educação terapêutica se refere à escolarização propriamente dita, oferecendo às crianças a leitura e a escrita, de acordo com suas possibilidades subjetivas e cognitivas, a fim de promover um reordenamento da sua posição diante do simbólico. A respeito da importância da escrita para o processo de subjetivação da criança, a autora declara:

Quando se escreve, uma espécie de vida independente toma a frente (...). Produz-se um outro texto que não está ali quando se fala (...). É por isso que se pode afirmar que a aprendizagem da escrita pode produzir efeitos subjetivantes que não são necessariamente os mesmos da linguagem falada. É por isso que pode haver aí um sujeito da escrita antes de se instalar um sujeito da palavra. As crianças autistas que aprendem a escrever por meio de um computador e não ascendem à palavra bem o atestam (Kupfer, 2007, p. 110).

O trabalho desse eixo consiste em mergulhar a criança no universo escrito. A autora menciona que algumas crianças adquiriram certa organização libidinal, diminuição da agitação psicomotora e até mesmo uma entrada na linguagem falada quando a escrita surgiu para elas. A escrita representa para a criança um limite. Assim, a falta pode se inscrever por meio da letra e tornar-se uma alternativa de construção das bordas do real. Esta é uma proposta que, diferentemente da psicanálise lacaniana clássica, busca instituir o simbólico a partir do real (Kupfer, 2007).

#### **5.4 Proposta do MPASP para a direção do tratamento**

Com o objetivo de ampliar a inserção da Psicanálise enquanto um modelo no âmbito do trabalho interdisciplinar, procurou-se, até então, circunscrever os limites que pudessem favorecer uma intervenção ética para nortear a construção do diagnóstico e a adoção de tratamentos precoces do autismo. Neste momento, discute-se a direção do tratamento do autismo a partir da produção documental do G7, grupo constituído pelo MPASP.

Sabemos que a atual nomeação Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) tem incluído uma categoria vasta de transtornos do desenvolvimento infantil com diversos quadros de autismo. Essa diversidade tem dificultado que qualquer protocolo de tratamento para o autismo seja construído e ganhe visibilidade nesse campo. Evidentemente, essa dificuldade se estende até o âmbito da Psicanálise. Por conta disso, o MPASP uniu forças para discutir e elaborar o documento intitulado “A metodologia psicanalítica no tratamento do autismo”, apresentado no



blog do movimento, e o artigo “Autismos e seus tratamentos: contribuições da metodologia psicanalítica nesse campo (G7)”, nos quais apresenta passos-chave na direção do tratamento do autismo. Esse método foi construído a partir do que foi observado ao longo dos anos na práxis psicanalítica (MPASP, 2013e; Jerusalinsky *et al*, 2013).

Consideramos relevante apresentar esse método de tratamento, uma vez que ele representa um conjunto de passos oriundos da experiência profissional de diversos psicanalistas especialistas no assunto e cotejados pelo lugar teórico no qual todos habitam. Nesse sentido, pode-se, com segurança, afirmar que não são apenas passos, mas um documento que se impõe com o status de produção do conhecimento que, pelo perfil epistemológico de intermediação, permite que, a partir desse marco, toda produção científica construída sobre tratamento do autismo migre da condição de práxis para a condição de status do conhecimento validado cientificamente.

A seguir destacamos as diretrizes deste método:

1- O trabalho com a criança começa pelo reconhecimento dos seus automatismos, onde o profissional busca fazer parte das repetições fragmentárias, para que o paciente lhe permita entrar em interação pelo gesto, olhar, voz, musicalidade e movimento. Ou seja, a intervenção parte das estereotipias e não da supressão delas.

2- No momento do atendimento, o profissional vai em busca daquilo que desperta o interesse da criança, alargando as aberturas nas quais o paciente não realiza a exclusão do outro do seu campo de satisfação.

3- A partir dos dois primeiros aspectos citados acima, o profissional procura sustentar um efeito de identificação com a criança. Ou seja, em lugar de prestar atenção no automatismo, o paciente passa a se interessar pelas discontinuidades que o clínico introduz, por exemplo, na alteração de ritmo da brincadeira. Isso dá oportunidade para que o profissional e os cuidadores da criança façam parte do seu circuito de satisfação.

4- Depois de sustentada uma abertura no campo de interesse da criança para a relação com o outro, é possível a introdução de jogos, por meio de cenas do brincar, onde há um endereçamento e uma convocatória entre o outro e a criança, seja com o olhar, a voz, o ritmo corporal, a musicalidade ou os jogos gestuais. Assim, a criança vai estendendo seu percurso de satisfação do movimento estereotipado a cenas em que compartilha com o outro a expectativa e a satisfação lúdica, convocando e demandando a interação.

5- A partir do estabelecimento do jogo, é possível ao clínico introduzir alternância presença-ausência, dentro-fora, aqui-lá, como o jogo do “Cadê? Achou!”. A criança pode passar, com isso, a sustentar-se e representar-se, em uma série simbólica, mesmo diante da ruptura da continuidade, não precisando se fixar num *continuum* de estereotipias.

6- Com esses jogos é possível produzir uma extensão das cenas do brincar, que passam a se representar numa sequência e não mais como repetição fragmentária da estereotipia. Esses jogos não ocorrem, a princípio, com brinquedos como aspecto central da cena, mas com voz, olhar, gesto, corpo do outro e da criança, implicando um prazer compartilhado.

Nesses jogos a criança não brinca sozinha. Eles são precursores do jogo Fort-Da (Freud, 1920/1996) e logicamente necessários para que o Fort-Da possa vir a se produzir. Desse modo:

Esses jogos são fundamentais para toda e qualquer criança, pois possibilitam uma articulação entre as percepções que afetam o corpo e a linguagem. Por isso, eles se tornam decisivos na metodologia de intervenção com bebês em risco para o desenvolvimento psíquico, para a aposta de sua constituição (Jerusalinsky, 2011 citado por MPASP, 2013e. p. 08).

É relevante ressaltar que, para a Psicanálise, a intervenção toma como referência esses passos na direção do tratamento da clínica do autismo, porém procede com os bebês e as crianças de modo profundamente singular, respeitando os tempos e partindo do interesse de cada paciente (MPASP, 2013e).

Sabendo que a possibilidade de comunicação das crianças em posição de autismo, a priori, é num nível pré-linguístico, o profissional vai usar desse elemento para buscar as aberturas possíveis para o desenvolvimento de uma relação com a criança. Seu objetivo, então, é ser incluído no circuito de satisfação do paciente.

Nesse sentido, o trabalho do profissional é criar canais de comunicação com a criança e cuidar para que esses canais não sejam desfeitos, evitando que ele mesmo seja excluído desse campo. Isso permite que a atenção da criança gradualmente seja desfocada da estereotíпия para situações onde há interrupções, quebras, intervalos.

Cumpridos esses momentos, já é possível ao profissional dar suporte à identificação, passando a ser identificado pela criança enquanto Outro. Assim, pode-se recuperar a afirmação de Laznyk (2004) de que a criança se assujeita ao desejo do Outro quando o terceiro tempo do circuito pulsional é deflagrado.

Concluindo, pudemos observar que, tanto a proposta de Jerusalinsky (2011; 2012; 2015) quanto a de Laznyk (2003), destacadas no capítulo 2, permitem que se compreenda melhor o método exposto e façam-se leituras teóricas a respeito da entrada da criança no campo da linguagem. Vemos, com esse método, a consonância entre as aproximações da Psicanálise com os pressupostos epigenéticos destacados por Ansermet & Magistretti (2006) e já discutidos nesta pesquisa.

## **5.5 A situação analisante na clínica ampliada**

Para discutir o que assegura a efetividade do trabalho psicanalítico para além do *setting* clássico, como é a clínica do autismo, recorreremos à concepção de *situação analisante*, proposta por Jean-Luc Donnet e defendida por Figueiredo (2011) quando discute a concepção contemporânea de clínica calcada numa perspectiva psicanalítica. Este último autor esclarece

que a instalação e a sustentação de uma situação analisante são sempre a principal tarefa do analista, seja nos atendimentos padrão ou nas suas variantes. Ao discutir essa concepção, comenta que:

A situação analisante implica sempre a instalação e sustentação, ou mesmo o resgate, da fala nos limiões da linguagem (...). Criar, instalar e sustentar os processos da fala nos limiões da linguagem é fazer psicanálise, é manter viva e operante uma situação analisante, é participar da elaboração da experiência emocional (Figueiredo, 2011, p. 204).

Para compreender de que se trata o conceito de situação analisante, é preciso distingui-la da situação analítica. Para tanto, pode-se recorrer ao pensamento dos autores a seguir:

O termo “situação analítica” definiria a condição transferencial e técnica particular capaz de sustentar, face a um sujeito que sofre com seus sintomas, o enigma de seu inconsciente e o desejo de elucidação do saber que supostamente ele comporta. Tal condição clínico-transferencial daria consistência de portadora potencial de verdade à palavra livremente produzida pelo sujeito e autorizaria a intervenção do ato psicanalítico, no sentido de confrontar o sujeito às implicações simbólicas de seu próprio dizer. É a instauração de tal situação que garante o qualificativo de “psicanalítico” a uma proposta clínica, quer esta se dê nas condições habituais de *setting* ou não (Bueno & Pereira, 2002, p. 16).

Como se pode compreender a partir da definição, apesar da situação analítica se aplicar a condições habituais de *setting* ou não, nela a eficácia do trabalho psicanalítico é assegurada pelas associações verbais livres do paciente e do acesso ao inconsciente através dos atos falhos, chistes e sonhos. Porém, essas condições para a análise não necessariamente se aplicam na clínica do autismo, especialmente com crianças.

Sabe-se que a técnica psicanalítica utilizada no tratamento de crianças, em geral, não tem como pressuposto as interpretações verbais, a partir da associação livre de ideias do analisando, num *setting* convencional. Ela é anterior a tudo isso, pois o trabalho com a criança parte da premissa de que esta é um ser em constituição subjetiva. Pela sua condição de um ser

ainda em desenvolvimento, inclusive da linguagem, ainda não é possível para a criança fazer interpretações verbais. É por isso que a técnica precisa sofrer variações.

Nesse sentido, na técnica psicanalítica aplicada a crianças, a associação livre ocorre a partir da linguagem pré-verbal que, utilizada na clínica, atesta a capacidade da criança de estabelecer uma transferência com o terapeuta (Aberastury, 1982).

Por isso, recorremos ao conceito de situação analisante que, segundo Figueiredo (2011), substitui com vantagem a noção de situação analítica, uma vez que ajuda a tornar mais evidente a dimensão dinâmica e operante do dispositivo freudiano e de suas variantes. Para aqueles pacientes, até então excluídos do método psicanalítico clássico, o tratamento psíquico ocorre à medida que o analista se oferece para conduzir a instalação da fala nos limiares da linguagem.

O psicanalista é sempre um pesquisador e um teórico, pois as descobertas analíticas exigem novas invenções teóricas e práticas, novos dispositivos ou ajustes e modificações da situação analítica original, inventada por Freud (Figueiredo, 2011). Assim, novas invenções teóricas e práticas foram criadas pelos pós-freudianos para atender pacientes que estavam excluídos do “atendimento padrão”, como as crianças e os pacientes muito regredidos (psicóticos, narcisistas, *borderline*) ou neuróticos que a esse tipo de atendimento eram muito resistentes. Seguiram por esse caminho:

Ferenczi (principalmente nos textos sobre a elasticidade da técnica e mais ainda sobre neocatarse e relaxamento) (cf. Ferenczi, 1927/1992, 1929/1992), Melanie Klein (com a invenção da técnica do brincar para seus pacientes infantis) (cf. Klein, 1955/1975) e todos os pós-freudianos (Bion, Winnicott, Kohut, Lacan, etc.) que propuseram desenvolvimentos nas teorias e modificações no enquadre e/ou nas técnicas (Figueiredo, 2011, p. 188).

Por isso, acreditamos ser possível a instalação de uma situação analisante de modo a favorecer a constituição da subjetividade da criança em posição de autismo.

Figueiredo (2011), ao discutir o conceito “keeping alive” (mantendo vivo), proposto por Winnicott na abertura do seu texto sobre os objetivos de uma psicanálise, refere que, muito provavelmente, o autor da proposta concordaria com a ideia de que o que torna uma análise eficaz é a capacidade da situação analisante atrair para si vida e abrir possibilidades de vida psíquica e psicossomática para seus habitantes.

De acordo com Figueiredo (2011, p. 192):

Tem o direito de se chamar psicanálise, ainda que chegue a resultados diversos dos de Freud e dos demais grandes pensadores da psicanálise, qualquer trabalho que reúna e sustente as condições de operação de uma situação analisante, tal como inventada por ele e reinventada por tantos outros e por todos nós cada vez que praticamos a clínica psicanalítica.

Desse modo, a efetividade da práxis psicanalítica no tratamento do autismo no contexto da saúde pública fica comprovada, pois as demandas atuais de atenção a esse público favorecem a capacidade de atualização da técnica psicanalítica, como pudemos constatar nos dados bibliográficos e de campo apresentados e discutidos nesta pesquisa. Nesse sentido, a concepção de situação analisante é uma atualização necessária. Assim sendo, compreendemos que o que essencialmente assegura a efetividade da práxis psicanalítica no tratamento do autismo é a sustentação das condições para que uma situação analisante se opere.

A clínica, no âmbito da saúde pública, exige não só a sustentação da situação analisante, mas a manutenção de princípios éticos na condução do tratamento, bem como uma constante articulação da Psicanálise com outros campos do saber. Foi em virtude dessas necessidades que exploramos os tópicos apresentados, onde tratamos da detecção precoce dos sinais de risco do desenvolvimento infantil e da direção do tratamento do autismo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi analisar a tensão entre a tentativa de afastamento das práticas psicanalíticas do cenário das políticas de saúde para crianças com autismo e suas famílias no Brasil e o posicionamento dos psicanalistas frente a esse ato político.

Exatamente no momento em que o debate sobre direitos para pessoas com autismos e suas famílias foi deflagrado no Brasil e resultou em conquistas, inclusive acobertadas por lei, a Psicanálise foi tensionada pelas tentativas de afastamento das suas práticas do cenário das políticas públicas de saúde. Essa tensão foi ancorada pelo argumento de que tais práticas não teriam comprovação científica. Importante salientar que essa constatação esteve calcada no modelo de ciência positivista.

Essa conflitiva se originou no âmbito da saúde pública, particularmente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, e gerou descredenciamento de instituições prestadoras de serviços de atendimento a pessoas com autismos, demissões de funcionários e adoção obrigatória de formação profissional compatível com o modelo positivista.

Conforme se pode observar, nesse momento a Psicanálise sofreu pressões de natureza institucional, todas elas relacionadas com o modelo positivista. Essa situação no Brasil foi corroborada por um cenário internacional igualmente conturbado devido à crise econômica mundial e, conseqüentemente, pela repercussão dessa crise no âmbito da saúde pública. A França é um dos países europeus que mais foram afetados por essas variáveis.

Como forma de responder a essas provocações de cunho científico e político, a Psicanálise, representada por diversas instituições nacionais, pelo Sindicato dos Psicólogos e pelo Conselho de Psicologia, começou a traçar estratégias que neutralizassem esse movimento de depreciação de sua práxis e que assegurassem a liberdade de escolha de atendimento e

múltiplas abordagens de trabalho no âmbito do SUS, tendo como pressuposto os princípios da horizontalidade dos saberes e da pluralidade de referenciais teórico-metodológicos.

Outra forma de resposta – e talvez a mais competente delas – foi a criação do Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MPASP). Ao reunir, inicialmente, 316 pessoas, representantes de 95 entidades, tendo como decisão final a elaboração da sua Carta de Princípios e Manifesto, ele representou um avanço em âmbito internacional, à medida que mobilizou os cidadãos para a defesa da liberdade de escolha sobre o tratamento do autismo nos serviços de saúde pública.

A tensão ocorrida na saúde pública oportunizou à Psicanálise a construção de um lugar representativo no campo político a partir da fundação do MPASP. Esse movimento favoreceu uma participação mais efetiva dos psicanalistas brasileiros nos espaços de discussão e implementação de políticas públicas de saúde. O MPASP representa a força conjunta que faz a Psicanálise se reinventar criativamente diante das imposições do contemporâneo, comprovando que o lugar das políticas públicas também é lugar da Psicanálise.

Contribuindo para o assento das práticas psicanalíticas no âmbito da saúde pública de forma competente, o MPASP tem mobilizado a criação de grupos de trabalho para discussão, produção e publicação de documentos e artigos científicos, de fundamentação comum entre as diferentes escolas psicanalíticas, a respeito dos seus avanços no tratamento do autismo. Entre as contribuições da Psicanálise para o tratamento do autismo, destaca-se a formação continuada das equipes de Atenção Básica e dos serviços de Média Complexidade, no âmbito do SUS, sobre a detecção dos sinais de risco de desenvolvimento infantil e sua intervenção precoce, em contexto interdisciplinar, como indicaram os dados.

Esta pesquisa sugere a ampliação dos investimentos para formação continuada das equipes e para a oferta de serviços no âmbito da Atenção Básica, de modo a promover intervenção precoce antes do primeiro ano de vida do bebê. Tais serviços podem ser ofertados



através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), nos atendimentos de puericultura, de modo a atender de forma equânime uma camada maior da população em todas as cidades do país.

É necessário ainda avançar com vistas à ruptura da atual cisão instalada entre os campos da atenção psicossocial e da reabilitação. Apareceu de forma evidente nesta pesquisa que, até o momento, ainda não foi possível avançar de forma satisfatória na concepção de um trabalho interdisciplinar e em rede entre esses dois segmentos de atenção de Média Complexidade.

Verbalizações dos/as psicanalistas entrevistados/as demonstraram que a tensão continua presente no cenário da saúde pública brasileira. Nesse sentido, esta dissertação aponta para novas pesquisas com vistas a novos posicionamentos políticos, o que não foi possível devido à necessidade que se faz da discussão da política da Psicanálise em todos os seus princípios.

Tanto os dados bibliográficos quanto as entrevistas desta pesquisa indicaram que o cenário mais atual da inserção da Psicanálise nas políticas públicas de saúde de atenção ao autismo tem sido no campo da clínica ampliada, onde ela tem se apresentado na perspectiva de extensão.

A principal contribuição desta produção científica é a compreensão de que é possível assegurar a efetividade da práxis psicanalítica, no contexto da clínica ampliada de atenção ao autismo, a partir da concepção de situação analisante. Segundo Figueiredo (2011), é a situação analisante que permite criar, instalar e sustentar a fala nos limiares da linguagem, assegurando a efetividade do tratamento realizado em contextos diversos do dispositivo psicanalítico clássico. Essa concepção é pertinente no cenário da saúde pública e tem consonância com o método de tratamento do autismo apontado pelo G7 do MPASP, podendo contribuir com o trabalho da equipe interdisciplinar.

Considerando a situação analisante como principal tarefa do psicanalista em direção à sustentação da fala nos limiares da linguagem, a pesquisa permitiu a constatação da presença dessa situação na atuação clínica de psicanalistas em contexto interdisciplinar, a partir de

verbalizações dos/as entrevistados/as sobre as reinvenções criativas da técnica psicanalítica necessárias para o atendimento das demandas de intervenção precoce e de tratamento do autismo.

A práxis psicanalítica se mostrou renovada, alcançando diferentes cenários de cuidados, sem perder de vista a emergência do sujeito da linguagem, do sujeito do inconsciente. Pois, como afirma Zygoris (2011), a psicanálise existirá enquanto existirem psicanalistas vivos reinventando-a em diálogo ou em conflito com seus ancestrais.

## REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. (1982). *Psicanálise da Criança: Teoria e técnica* (A. L. Campos, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association [APA]. (2012). DSM-5 proposed criteria for autism spectrum disorder designed to provide more accurate diagnosis and treatment - Release 12-03. *News Release APA*. Recuperado de <http://www.dsm5.org/Documents/12-%20Autism%20Spectrum%20Disorders%20-%20DSM5.pdf>
- Ansermet, F. & Magistretti, A. (2006). *A cada uno su cérebro: Plasticidade neuronal e inconsciente*. Buenos Aires: Katz.
- Araújo, G., Mrech, L., Saboia, C., Siqueira, T., Nezan M., Costa, R., et al. (2013). Panorama das questões envolvendo psicanálise e autismo na França. *Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MPASP)*. Blog. Acesso em: 10 de janeiro de 2015, em: <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/07/panorama-dasquestoes-envolvendo-psicanalise-e-autismo-na-franca/>
- Azevedo, F. C. (2006). *A construção do lugar do analista na direção do tratamento com autistas na psicanálise* (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Barreto, C. (2010). Psicanálise e saúde mental: Uma parceria possível?. *Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. Almanaque On Line*, 6. Recuperado de <http://www.institutopsicanalisemg.com.br/psicanalise/almanaque/06/textos/cristiane.pdf>
- Bleuer, E. (1967). *Tratado de psiquiatria*. Madrid: Editora Escasa-calpo. (Obra original publicada em 1911).
- Bleuer, E. (1988). L'invention de l'autisme. *Analytica: Cahiers de recherche du champ freudien*, 51. (Obra original publicada em 1913).
- Brasil. (2004). *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.
- Brasil. (2005). *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.
- Brasil. (2008). *1ª Reunião do GT sobre atenção ao autismo no SUS*. Resumo Executivo. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). *Clínica ampliada e compartilhada*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2013a). *Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtorno do espectro autista (TEA)*. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013b). *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde*. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bueno, D. S. & Pereira, M. E. C. (2002). Sobre a situação analítica: A experiência de psicoterapia psicanalítica no hospital universitário da Unicamp. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, 15(157), 15-24. São Paulo: Escuta.
- Carmo, Z. & Pollo, V. (2010). O CAPSi Dom Adriano Hipólito: Uma instituição atravessada pela psicanálise. *Pesquisa e Práticas Psicossociais*, 4(2), 151-159. Recuperado de [www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume4.../carmo\\_e\\_pollo.doc](http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume4.../carmo_e_pollo.doc)
- Cavalcanti, A. E. & Rocha, P. S. (2007). *Autismo: Construções e desconstruções* (3a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S., Delgado, P. G., (2008). A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: Situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 4(30), 384-389. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>
- Couto, M. C. V., (2012). *Política de saúde mental para crianças e adolescentes: Especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)* (Tese de Doutorado). Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Crespin, G. & Parlato-Oliveira, E. (2015). Projeto PREAUT. In A. N. Jerusalinsky (Org.), *Dossiê autismo* (pp. 436-455). São Paulo: Instituto Langage.
- Cunha, C. C. & Boarini, M. L. (2011). O lugar da criança e do adolescente na reforma psiquiátrica. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(1), 68-76. Recuperado de [www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/download/83/150](http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/download/83/150)
- Dunker, C. I. L. (2013). Psicanálise e ciência do equívoco ao impasse. *Movimento Autismo, Psicanálise e Saúde Pública*. Recuperado de <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/16/psicanalise-eciencia-do-equivoco-ao-impasse/>
- Despacho GS-SM N° 4465/12 de 02 de maio de 2012*. Dispõe sobre o encerramento do convênio entre a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e o Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIA). Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo, SP.
- Edital de Convocação para Credenciamento de Instituições Especializadas em Atendimento a Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), para Eventual Celebração de Contrato Ou Convênio*. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, SP. Recuperado de <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/41312249/dosp-executivo-caderno-1-10-10-2012pg-111>

Estatuto da Criança e do Adolescente. [ECA]. Lei Nº 8. 069, de 13 de julho de 1990.

Figueiredo, L. C. (2011). A questão dos limites e a situação analisante na clínica contemporânea. In C. A. Garcia & M. R. Cardoso (Org.) *Limites da clínica: Clínica dos limites* (pp. 185-208). Rio de Janeiro: Cia de Freud-FAPERJ.

Fombonne, E. (2003). *The prevalence of autism*. 289 (1), 1-3.

Freud, S. (1979). *O inconsciente* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1915).

Freud, S. (1979). *O estranho* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1919).

Freud, S. (1979). *Além do princípio do prazer* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago (Obra original publicada em 1920).

Furtado, J. P. & Miranda, L. (2006). O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(3), 508-524.

Guerra, A. M. C. (2005). A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. *Psychê* 9(15), 139-154. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14151138200500010001&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14151138200500010001&lng=pt&tlng=pt).

Jerusalinsky, A. N. (1993). Psicose e autismo na infância: Uma questão de linguagem. *Psicose. Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 4(9), 62-73. Porto Alegre: APPOA.

Jerusalinsky, A. N. (2001). *Seminário I*. Universidade de São Paulo, Lugar de Vida.

Jerusalinsky, A. N. (2011). O autismo como exclusão do campo significante. *Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba*, 22, 13-28.

Jerusalinsky, A. N. (2012). *Psicanálise do Autismo*. (2 ed.). São Paulo: Instituto Langage.

Jerusalinsky, A. N. (2015). À guisa de introdução. In A. N. Jerusalinsky (Org.). *Dossiê autismo* (pp. 22-51). São Paulo: Instituto Langage.

Jerusalinsky, J. (Coord). (2013). Autismos e seus tratamentos: Contribuições da metodologia psicanalítica nesse campo (G7). *Correio APPOA*, 222, 223, 25-45. Recuperado de [www.apoa.com.br/uploads/arquivos/correio/222.pdf](http://www.apoa.com.br/uploads/arquivos/correio/222.pdf)

Jerusalinsky, J. (2016). Qual é o lugar para os pequenos na rede SUS? *Estadão*. Recuperado de <http://emails.estadao.com.br/blogs/crianca-em-desenvolvimento/qual-o-lugar-para-os-pequenos-na-rede-sus/>

- Kandel, E. R., Shuartz, J. H., & Jessell, T. M. (1995). *Essentials of neural science and behavior*, Appeton & Lange, Prentice Hall Internacional (UK) Limited, London.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 02, 217-250. Recuperado de <http://simonsfoundation.s3.amazonaws.com/share/071207-leo-kanner-autistic-affective-contact.pdf>
- Kupfer, M. C. M. (1998). Educação terapêutica: mais uma tentativa de encontro da psicanálise com a educação. Associação Psicanalítica de Curitiba em Revista, Curitiba, 2. p. 115-127.
- Kupfer, M. C. M. (2007). *Educação para o futuro: Psicanálise e educação*. São Paulo: Escuta.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M., Wanderley, D., Rocha, P. S., Molina, S. E., et al. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Jornal Latino Americano de Psicopatologia Fundamental*, 6(1), 48-68.
- Laznik, M. C. (2003). Psicanalistas que trabalham em saúde pública. *Pulsional: Revista de psicanálise*, 13 (132), 62-78. São Paulo: Escuta.
- Laznik, M. C. (2004). *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador: Ágalma.
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. *Presidência da República*. Brasília, DF.
- Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016. Estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano. *Presidência da República*. Brasília, DF.
- Lima, R. C. (2014). A construção histórica do autismo (1943-1983). *Ciências Humanas e Sociais em Revista*, 36(1), 109-123. Recuperado de <http://www.ufrj.br/SEER/index.php?journal=chsr&page=article&op=view&path%5B%5D=1031>
- Lopes, T. J. L. & Bernardino, L. F. (2011). O Sujeito em constituição, o brincar e a problemática do desejo na modernidade. *Mal-estar e Subjetividade*, 11, 369-395. Recuperado de <http://148.215.1.176/articulo.oa?id=27121482014>
- Mahler, M. (1983). Sobre a psicose infantil e esquizofrenia: psicoses autística e simbiótica da infância. In *As psicoses infantis e outros estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas (Obra original publicada em 1952).

- Minayo, M. C. S. (1999). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Movimento Autismo, Psicanálise e Saúde Pública. [MPASP]. (2013a). Apresentação. *Movimento Autismo, Psicanálise e Saúde Pública*. Recuperado de <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/about/>
- Movimento Autismo, Psicanálise e Saúde Pública. [MPASP]. (2013b). Políticas públicas em saúde mental para a infância. *Movimento Autismo, Psicanálise e Saúde Pública*. Recuperado de <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/08/politicas-publicas-em-saude-mental-para-a-infancia/>
- Movimento Autismo, Psicanálise e Saúde Pública. [MPASP]. (2013c). Fala de abertura em nome do MPASP por Adela Atoppel de Gueller, vozes do SUS: atendimentos de crianças em sofrimento psíquico. *Movimento Autismo, Psicanálise e Saúde Pública*. Recuperado de <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/07/03/fala-de-abertura-em-nome-do-mpasp-por-adela-stoppel-de-gueller-vozes-do-susatendimentos-de-criancas-em-sofrimento-psiquico/>
- Movimento Autismo, Psicanálise e Saúde Pública. [MPASP]. (2013d). A psicanálise no tratamento interdisciplinar do autismo. *Movimento Autismo, Psicanálise e Saúde Pública*. Recuperado de <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/05/112/>
- Movimento Autismo, Psicanálise e Saúde Pública. [MPASP]. (2013e). A metodologia psicanalítica no tratamento do autismo. *Movimento Autismo, Psicanálise e Saúde Pública*. Recuperado de <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/09/a-metodologia-psicanalitica-no-tratamento-do-autismo/>
- Oliveira, A. M. R. & Silva, A. R. (2006). Em terra alheia... pisa no chão devagar. In P. S. ROCHA (Org.). *Cata-ventos: Invenções na clínica psicanalítica institucional* (pp. 115-132). São Paulo: Escuta.
- Oliveira, B. D. C. (2015). *Análise das políticas públicas brasileiras para o autismo: Entre a atenção psicossocial e a reabilitação* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Organização das Nações Unidas. (1989). *Convenção sobre os direitos da criança*.
- Pinto, R. F. (2005). *CAPSi para crianças e adolescentes autistas e psicóticas: A contribuição da psicanálise na construção do dispositivo clínico* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Portaria n° 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as normas e diretrizes para organização dos CAPS. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- Portaria n° 962, de 22 de maio de 2013. Institui Comitê Nacional de Assessoramento para qualificação da atenção à saúde das pessoas com transtornos do espectro do autismo no âmbito do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.

*Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.* Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. *Diário Oficial da União.* Brasília, DF.

*Portaria nº 1174/GM, de 7 de julho de 2005.* Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. Recuperado de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1174.htm>

*Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.* Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Conselho Nacional de Saúde.* Recuperado de [conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc)

*Resolução SS-83, de 07 de agosto de 2012.* *Diário Oficial do Estado de São Paulo nº 148.* Saúde. Gabinete do Secretário. São Paulo. Recuperado de [ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe\\_eletronico/2012/iels.ago.12/Iels149/E\\_R-SS-83\\_070812.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.ago.12/Iels149/E_R-SS-83_070812.pdf)

Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Roudinesco, E. (2011). *Freud: Mas por que tanto ódio?* (A. Telles, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. (2016, abril). Roda de conversa 17: Todo lugar é lugar de autista. *Anais do I Encontro Municipal de CAPSIIJ da Cidade de São Paulo,* São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/anaisiencontromunicipaldesaudementalinfantojuvenil22122016\\_1482430629.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/anaisiencontromunicipaldesaudementalinfantojuvenil22122016_1482430629.pdf)

Sibemberg, N. (2015). Quem cuida da saúde mental infantil. *Estadão.* Recuperado de <http://vida-estilo.estadao.com.br/blogs/crianca-em-desenvolvimento/quem-cuida-da-saude-mental-infantil/>

Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (3a ed.). Petrópolis: Vozes.

Tustin, F. (1984). *Estados autísticos em crianças.* Rio de Janeiro: Imago (Obra original publicada em 1972).

Tustin, F. (1995). A perpetuação de um erro. In *Letra Freudiana*, 2(14), 63-79. (Obra original publicada em 1993).

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro: Imago.

Zygouris, R. (2011). *Psicanálise e psicoterapia.* São Paulo: Via Lettera.



**ANEXOS**

**Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “A PSICANÁLISE COMO TERAPÊUTICA PARA TEA E A RECUSA À SUA PARTICIPAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS”, cujo objetivo geral é analisar a tensão entre a tentativa de afastamento das práticas psicanalíticas do cenário das políticas de saúde mental no Brasil para crianças com TEA e suas famílias e o posicionamento dos psicanalistas frente a estas políticas.

Para isso, outros objetivos também estão propostos nesta pesquisa, como: identificar os motivos que geraram a rejeição à psicanálise como terapêutica para o TEA no cenário das políticas de saúde mental no Brasil; analisar os argumentos dos psicanalistas para a permanência das práticas psicanalíticas do cenário das políticas públicas de saúde mental para crianças com TEA no Brasil; e investigar as contribuições que a psicanálise pode ofertar à prevenção e ao tratamento de crianças com TEA no atual contexto da saúde pública brasileira. Caso aceite participar da pesquisa, você concederá uma entrevista composta de questões relacionadas aos objetivos mencionados.

A pesquisa não oferece risco, no entanto, você poderá, porventura, sentir-se constrangido/a com algumas perguntas que serão feitas. Por tratar-se de uma entrevista semiestruturada, a dinâmica estabelecida por esse instrumento permitirá que outras questões possam surgir, podendo, desse modo, contornarmos essa situação. Caso você queira a qualquer momento desistir de participar da entrevista, isso não acarretará qualquer tipo de prejuízo para você, na relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Aceitando participar, estará contribuindo com a possibilidade da divulgação dos efeitos da práxis psicanalítica nos cuidados referentes à prevenção e ao tratamento do TEA em crianças no cenário da saúde pública brasileira.

O resultado desta pesquisa também poderá ser objeto de publicação, contribuindo assim para outros estudos no campo das políticas públicas de saúde para crianças com TEA e suas famílias, alargando o campo teórico dessa temática, o que poderá também ter efeito sobre o trabalho de outros profissionais que trabalham com essa problemática. Poderemos, além disso, apresentá-lo em Congressos, Jornadas e Simpósios, sem, contudo, permitir a identificação dos participantes.

Para qualquer outra informação, você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

#### DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL (ORIENTADOR)

Nome: MARIA CONSUÊLO PASSOS Telefone: (81)2119-4376/ 99638-4900 Endereço: RUA ALMEIDA CUNHA, 245 – SANTO AMARO – BLOCO G4 – 7º ANDAR – CEP 50050-480 RECIFE – PE – BRASIL.

Eu, \_\_\_\_\_, dou meu consentimento livre e esclarecido para minha participação como voluntário (a) do projeto de pesquisa “A PSICANÁLISE COMO TERAPÊUTICA PARA TEA E A RECUSA À SUA PARTICIPAÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS”, sob a responsabilidade da pesquisadora e professora doutora, Maria Consuelo Passos, professora da Universidade Católica de Pernambuco. Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente de que minha participação se restringirá a conceder um momento para conceder uma entrevista cujo roteiro já me foi apresentado previamente e, além disso, afirmo que:

- 1) Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação nesta pesquisa;
- 2) Durante o estudo participarei de uma entrevista, que será gravada, cujo tempo de duração não pode ser estimado de antemão;

- 3) Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo do trabalho exposto acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada;
- 4) Terei acesso aos resultados da pesquisa, através da pesquisadora responsável pelo projeto, assim que esta pesquisa tiver sido encerrada;
- 5) Poderei contatar o Comitê de Ética da UNICAP para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa, se o achar necessário, o qual encaminhará o procedimento adequado.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Eu, \_\_\_\_\_,

RG nº \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa descrito acima. O pesquisador me informou que o projeto foi submetido ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP que funciona na PRÓ-REITORIA ACADÊMICA da UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, localizada na RUA ALMEIDA CUNHA, 245 – SANTO AMARO – BLOCO G4 – 8º ANDAR – CEP 50050480 RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE (81)2119.4376 – FAX (81) 2119.4004 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: [pesquisa\\_prac@unicap.br](mailto:pesquisa_prac@unicap.br). Havendo dúvida/denúncia com relação à condução da pesquisa deverá ser dirigida ao referido CEP no endereço acima citado ou ao CONEP, localizado na ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO G, EDIFÍCIO ANEXO, 1º ANDAR – ALA “B”, SALA 104 – S CEP: 70. 058- 900. TELEFONE: (61) 3315- 5878/ 3315 – 5879 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br).

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Principal

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Testemunha

## **Anexo B - Entrevista da Pesquisa**

1- Quais as suas contribuições, enquanto psicanalista, para o trabalho com crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e como se dá sua participação no Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MPASP)?

2- Como a Psicanálise tem sido utilizada nos cuidados clínicos ofertados às crianças com TEA nos serviços de saúde pública?

3- Que argumentos você utilizaria para justificar a importância do uso da Psicanálise nos cuidados de prevenção e tratamento do TEA em crianças ofertados pelo SUS?

4- Por outro lado, que tipos de dificuldades você identifica que são colocados à Psicanálise nesses serviços?

5- Após o impasse ocorrido em 2012 e que resultou na fundação do MPASP, que repercussões surgiram no trabalho desenvolvido por psicanalistas nos serviços públicos de atenção ao TEA?

6- Além da participação na construção do documento “Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com TEA e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde”, publicado pelo Ministério da Saúde, como o MPASP tem contribuído para com as políticas públicas de saúde para crianças com TEA?

## **Anexo C - Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista**

### **LEI Nº 12.764, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2012.**

Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

**A PRESIDENTA DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabelece diretrizes para sua consecução.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos I ou II:

I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

§ 2º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.

Art. 2º São diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista:

I - a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista;

II - a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas com transtorno do espectro autista e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação;

III - a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes;

IV - (VETADO);

V - o estímulo à inserção da pessoa com transtorno do espectro autista no mercado de trabalho, observadas as peculiaridades da deficiência e as disposições da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);

VI - a responsabilidade do poder público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações;

VII - o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista, bem como a pais e responsáveis;

VIII - o estímulo à pesquisa científica, com prioridade para estudos epidemiológicos tendentes a dimensionar a magnitude e as características do problema relativo ao transtorno do espectro autista no País.

Parágrafo único. Para cumprimento das diretrizes de que trata este artigo, o poder público poderá firmar contrato de direito público ou convênio com pessoas jurídicas de direito privado.

Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:

I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;

II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;

III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:

- a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;
- b) o atendimento multiprofissional;
- c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;
- d) os medicamentos;
- e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;

IV - o acesso:

- a) à educação e ao ensino profissionalizante;
- b) à moradia, inclusive à residência protegida;
- c) ao mercado de trabalho;
- d) à previdência social e à assistência social.



Parágrafo único. Em casos de comprovada necessidade, a pessoa com transtorno do espectro autista incluída nas classes comuns de ensino regular, nos termos do inciso IV do art. 2º, terá direito a acompanhante especializado.

Art. 4º A pessoa com transtorno do espectro autista não será submetida a tratamento desumano ou degradante, não será privada de sua liberdade ou do convívio familiar nem sofrerá discriminação por motivo da deficiência.

Parágrafo único. Nos casos de necessidade de internação médica em unidades especializadas, observar-se-á o que dispõe o art. 4º da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Art. 5º A pessoa com transtorno do espectro autista não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição de pessoa com deficiência, conforme dispõe o art. 14 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 6º (VETADO).

Art. 7º O gestor escolar, ou autoridade competente, que recusar a matrícula de aluno com transtorno do espectro autista, ou qualquer outro tipo de deficiência, será punido com multa de 3 (três) a 20 (vinte) salários-mínimos.

§ 1º Em caso de reincidência, apurada por processo administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, haverá a perda do cargo.

§ 2º (VETADO).

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de dezembro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF     *José Henrique Paim Fernandes     Miriam Belchior*