



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Philippe Machado Diniz de Souza Lima

**O autismo como deficiência: impactos sobre o trabalho das equipes dos  
Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil**

Rio de Janeiro

2017

Philippe Machado Diniz de Souza Lima

**O autismo como deficiência: impactos sobre o trabalho das equipes dos Centros de  
Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para  
obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do  
Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Rossano Cabral Lima

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

L732 Lima, Philipe Machado Diniz de Souza  
O autismo como deficiência : impactos sobre o trabalho das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil / Philipe Machado Diniz de Souza Lima. – 2017.  
157 f.

Orientador: Rossano Cabral Lima.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Autismo – Teses. 2. Autismo em crianças – Cuidado e tratamento - Teses. 3. Autismo em crianças – Reabilitação - Teses. I. Lima, Rossano Cabral. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.896

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Philippe Machado Diniz de Souza Lima

**O autismo como deficiência: impactos sobre o trabalho das equipes dos Centros de  
Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para  
obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do  
Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 24 de março de 2017.

Orientador (a) (es): Prof. Dr. Rossano Cabral Lima

Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Benilton Carlos Bezerra Júnior

Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dr. Francisco Javier Guerrero Ortega

Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Cristina Ventura Couto

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta dissertação a meus pais, Antônio e Terezinha, meus grandes mestres.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço todos os autistas e seus familiares aos quais tive a oportunidade de acompanhar e que muito me ensinaram sobre suas experiências.

Aos amigos e colegas do CAPSi Maurício de Sousa, que foram e ainda são minha maior escola na vivência com a saúde mental e a infância.

Aos meus colegas do IMS, cujo desespero conjunto me ajudou a rir e superar as dificuldades e correrias desse mestrado.

Ao meu orientador Rossano Lima, pela calma, segurança e objetividade na hora de conduzir meus estudos.

À minha família e amigos, que sempre torceram por mim e me proporcionaram momentos incríveis sempre que precisava espalhar as ideias.

E, por fim, a Felipe, que acreditou, torceu, incentivou e me tolerou ao longo desses dois anos de intensos estudos, nunca me deixando paralisar diante das dificuldades que surgiam.

Marcos legais não alteram por si mesmos a realidade, mas podem, em certas circunstâncias, provocar modulações na realidade, agindo ativamente na construção de novas concepções e práticas, eticamente sustentáveis.

*Maria Cristina Ventura Couto*

## RESUMO

LIMA, Philipe Machado Diniz de Souza. *O autismo como deficiência: impactos sobre o trabalho das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis*. 2017. 157 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

A discussão sobre o entendimento do Transtorno do Espectro Autista (TEA) como uma deficiência mental e as conseqüentes mudanças que isso gera em seu tratamento ocorrem em escala mundial nos últimos anos. Este debate envolve diversos atores sociais: profissionais de saúde, pesquisadores, associações de pais e os próprios autistas. Neste contexto, no Brasil, foi sancionada a Lei 12.762 em 27 de dezembro de 2012, que reconhece o autismo como uma deficiência para todos os fins legais, dando a estes os mesmos direitos sociais já previstos para os portadores de deficiências motoras, intelectuais, físicas e etc. Além destes direitos, tal medida permitiu uma rediscussão sobre as formas como tais indivíduos serão contemplados pelo Sistema Único de Saúde. Diante disso, o objetivo geral da pesquisa foi o de investigar os impactos clínico-assistenciais que a recongição do TEA como deficiência – e suas conseqüências – tem gerado até o momento nos serviços que não trabalham com a lógica da deficiência: os CAPSi. Para tal, foram realizados grupos focais com profissionais de três CAPSi da cidade do Rio de Janeiro, selecionados a partir de critérios de tempo de funcionamento e cobertura representativa de diferentes perfis populacionais do município. Os resultados encontrados evidenciaram alguns impactos no trabalho de todas as equipes pesquisadas. Foram eles: convocação a uma rediscussão da postura frente às demandas por laudos médicos; aperfeiçoamento da intersetorialidade e territorialidade; necessidade de divulgação mais clara dos princípios e diretrizes dos CAPSi, tanto para os pais, quanto para outros setores da assistência, como escolas, serviços de saúde e assistência social. Foram encontrados ainda resultados dissonantes nos diferentes grupos, tais como: divergências internas sobre a natureza do autismo; maior abertura a algumas técnicas protocolares de tratamento; engajamento na luta por certos direitos do autistas; aceitação do autismo como “deficiência para fins legais”; e também o autoquestionamento sobre o processo diagnóstico nos CAPSi.

Palavras-chave: Transtorno do espectro do autismo. Deficiência. Centro de atenção psicossocial infanto-juvenil. Saúde Mental. Reabilitação.



## ABSTRACT

LIMA, Philipe Machado Diniz de Souza. *Autism as a disability: impacts on the work of the teams of the Psychosocial Care Centers for Children and Adolescents*. 2017. 157 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The discussion about the comprehension of Autism Spectrum Disorder (ASD) as a mental disability and the changes evolved in its treatment occur on a worldwide proportion in recent years. This debate contemplates several social actors: health professionals, researchers, parents' associations and the autists themselves. In this context, Brazil promulgated Law 12,762 on December 27, 2012, which recognizes autism as a disability for all legal purposes, giving them the same social rights already provided for those with intellectual, physical, motor disabilities and so on. Beyond these rights, that law permitted the debate about the ways in which such individuals are being covered by the Brazilian public health system. The objective of this research, therefore, is to investigate the impact of the legal recognition of the ASD as a disability on the clinical and social assistance services – and its consequences – on the public health units that doesn't work with a disability logic model: the CAPSi (Psychosocial Care Centers for Children and Adolescents). For this purpose, focus groups were carried out with professionals from 3 (three) CAPSi in the city of Rio de Janeiro, selected based on criteria of time of operation and representative coverage of different population profiles of the municipality. The data obtained showed some impacts on the work of every group researched. Such as: need of rediscussion of the posture regarding the requests of medical reports; improvement of intersectorality and territoriality; need for clearer dissemination of CAPSi principles and guidelines, both for parents and for other sectors of care, such as schools, health services and social assistance. Dissonant results were also found in the different groups, such as: internal divergences about the nature of autism; greater openness to some protocol treatment techniques; engagement in the activism for certain autistic rights; acceptance of autism as “disability for legal purposes”; and also the self-questioning about the diagnostic process in the CAPSi.

Keywords: Autism Spectrum Disorder. Disability. Psychosocial Care Centers for Children and Adolescents. Mental Health. Rehabilitation

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	<i>Applied Behavioral Analysis</i>
ABRA	Associação Brasileira de Autismo
AEE	Atendimento Educacional Especializado
AMA	Associação de Amigos do Autista
AP	Área Programática
BPC/LOAS	Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social
CAP	Coordenadoria de Saúde de Área Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil
CARIM	Centro de Reabilitação para a Infância e a Juventude
CID	Código Internacional de Doenças
CIDID	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRE	Coordenadoria Regional de Educação
DSM	<i>Diagnostic and Statistical manual of mental disorders</i>
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FUNLAR	Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPUB/UFRJ	Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
MEC	Ministério da Educação
MPASP	Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública
NAICAP	Núcleo de Assistência Intensiva à Criança Autista e Psicótica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PECS	<i>Picture Exchange Communication System</i>
PPSM	Política Pública de Saúde Mental

PPSMCA	Políticas Públicas de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes
PROINAPE	Programa Interdisciplinar de Apoio às Escolas
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SMPD	Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TEACCH	<i>Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handcapped Children</i>
TGD	Transtornos Globais do Desenvolvimento
UPIAS	<i>Union of Physical Impairment Against Segregation</i>

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
1	<b>O AUTISMO COMO CAMPO DE BATALHAS</b> .....	26
1.1	<b>O autismo psicanalítico</b> .....	26
1.1.1	<u>Primórdios</u> .....	26
1.1.2	<u>O Sujeito autista</u> .....	30
1.2	<b>O autismo cognitivo</b> .....	35
1.2.1	<u>Ascensão e consolidação das teorias cognitivistas</u> .....	35
1.2.2	<u>A mente autista</u> .....	39
1.3	<b>O autismo pelos autistas</b> .....	44
1.4	<b>Montando o tabuleiro: teorias diversas, ativismos diversos</b> .....	50
2	<b>O AUTISMO COMO DEFICIÊNCIA: A FORMAÇÃO DESTE CONCEITO NA ESFERA PÚBLICA</b> .....	52
2.1	<b>Dois marcos importantes</b> .....	52
2.1.1	<u>Uma nova concepção de infância</u> .....	53
2.1.2	<u>Um novo tempo para a saúde mental brasileira</u> .....	54
2.2	<b>Um CAPS para crianças e adolescentes</b> .....	60
2.2.1	<u>CAPSi no Rio de Janeiro</u> .....	62
2.2.1.1	CAPSi Maurício de Sousa e seus precursores .....	62
2.2.1.2	CAPSi Pequeno Hans .....	65
2.2.1.3	CAPSi CARIM .....	66
2.2.1.4	CAPSi Eliza Santa Roza .....	67
2.2.1.5	CAPSi Maria Clara Machado .....	67
2.2.1.6	CAPSi João de Barro .....	68
2.2.1.7	CAPSi Visconde de Sabugosa .....	69
2.2.1.8	CAPSi Heitor Villa-Lobos .....	69
2.2.1.9	Análise geral do perfil dos CAPSi cariocas .....	70
2.3	<b>O autismo rumo à deficiência: o papel das associações de pais de autistas ..</b>	71
2.3.1	<u>A formação e ativismo das associações de pais de autistas</u> .....	72
2.3.2	<u>Por que novamente deficiência?</u> .....	75
2.4	<b>A Lei 12.764/2012: seu processo de construção e seu conteúdo</b> .....	79

2.5	<b>Contrarreações</b> .....	82
3	<b>ANÁLISE DOS IMPACTOS DA RECOGNIÇÃO DO AUTISMO COMO DEFICIÊNCIA NO TRABALHO DAS EQUIPES DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL (CAPSi)</b> .....	86
3.1	<b>Metodologia</b> .....	86
3.2	<b>Resultados da pesquisa</b> .....	90
3.2.1	<u>Autismo pelos CAPSi: concepções, diagnóstico e tratamento</u> .....	90
3.2.2	<u>Concepções de deficiência pelos CAPSi</u> .....	96
3.2.3	<u>Reabilitação para autistas</u> .....	99
3.2.4	<u>Lei 12.764 e outros direitos</u> .....	103
3.2.5	<u>Laudos</u> .....	108
3.2.6	<u>Demandas terapêuticas específicas/Resistência às propostas dos CAPSi</u> .....	116
3.2.7	<u>Discussões teóricas: internas e externas</u> .....	118
3.3	<b>Discussão</b> .....	121
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	129
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	134
	<b>APÊNDICE A</b> – Distribuição dos CAPSi por Área Programática do município do Rio de Janeiro e sua população .....	144
	<b>APÊNDICE B</b> – Roteiro de Grupo Focal .....	146
	<b>APÊNDICE C</b> – Resumo de alguns direitos da pessoa com deficiência .....	148
	<b>ANEXO</b> – Lei 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (texto na íntegra) .....	157

## INTRODUÇÃO

A clínica das crianças com transtornos mentais não é uma clínica fácil. Pude apreender este fato desde os primeiros momentos em que me deparei com o campo em minha trajetória profissional. Fui de certa forma conduzido a me embrenhar na área da infância justamente pela carência de psiquiatras que se dedicam a ela. Ao terminar o período regular de residência, optei por estendê-la por mais um ano na Psiquiatria da Infância e Adolescência, especialidade esta ainda designada como *área de atuação* da psiquiatria pelo Conselho Federal de Medicina. Uma vez aprovado para o Instituto Municipal Philippe Pinel, fui alocado no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) ainda vinculado a este hospital sob o nome de Núcleo da Infância e Adolescência (NIJ), até aquele momento.

Vindo de um sistema de formação que ainda se figurava como um modelo assistencial hospitalocêntrico, o primeiro choque que se tem é o de se inserir na Saúde Mental.<sup>1</sup> Neste sistema de orientação do Sistema Único de Saúde (SUS), o foco se desloca da *doença mental* para uma série de políticas e atuações que visam a *saúde mental*. Neste contexto, nos vemos compelidos a sair do campo exclusivo da especialidade para ampliar nossas possibilidades de intervenções a vários níveis de atuação, por exemplo, assistência social, psicologia, educação, medicina de família, etc., além de participar de toda uma rede integrada de assistência municipal.

Se por um lado a entrada na Saúde Mental nos convoca a sair da “segurança” do consultório ou do hospital, por outro lado percebemos que os próprios referenciais teóricos sobre os transtornos mentais estão longe de serem homogêneos. No campo da infância isso se tornou mais evidente, pois diferentes posições conceituais, ideológicas, políticas e assistenciais a respeito das doenças mentais se configuraram como um verdadeiro campo de batalha. Sendo assim, o encontro com o autista em tratamento no CAPSi se revelou um grande exemplo disto, convocando-me a ampliar gradativamente meus referenciais para além dos compêndios de psiquiatria.

---

<sup>1</sup> Segunda a OMS, saúde mental é o termo usado para descrever um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional ou ausência de uma doença mental. Na perspectiva da psicologia positiva ou do holismo, a saúde mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Tal modelo é a orientação do Sistema Único de Saúde (SUS), que inclui uma série de políticas assistenciais e redes de serviços visando substituir progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas, na tentativa de construir um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do SUS (universalidade, equidade e integralidade). (<http://www.pensesus.fiocruz.br/saúde-mental>).

Podemos observar como nos últimos tempos o TEA tem tomado, em escala mundial, um amplo espaço na agenda de debates em saúde pública. Diversos atores da sociedade, como profissionais, gestores da saúde, pais de autistas e grupos políticos, compõem o cenário de discussão sobre a forma como deve ser abordado este fenômeno.

Observam-se nos países anglo-saxões ativismos distintos. Por um lado, encontramos grupos que entendem o autismo como uma doença a ser curada, endossando-se com frequência em pesquisas que defendem uma etiologia orgânica, com bases neurobiológicas e/ou genéticas. Este grupo é composto principalmente por pesquisadores e pais de autistas, que visam um tratamento baseado na reabilitação, preconizando principalmente uma abordagem cognitivo-comportamental para tal processo dentro da psicologia, associadas a outras técnicas específicas para autismo em outras áreas, como fonoaudiologia, terapia ocupacional, etc.

Por outro lado, encontramos grupos “anticura”. Como exposto por Ortega (2009), tal grupo é composto por “autistas de alto funcionamento” e/ou portadores de síndrome de Asperger, que se caracterizam por apresentar menor comprometimento e maior autonomia funcional. Estes não se consideram doentes mentais ou deficientes, mas “neurodiversos”. Termo este que surge no seio dos *Disability Studies*, movimento que visa atribuir novos significados a fenômenos antes capturados pelo discurso médico para se inscreverem como signos de diversidades físicas, mentais e sensoriais. Os adeptos da ideia da neurodiversidade, apesar de concordarem com o estatuto cerebral do fenômeno autístico, negam seu estatuto patológico, descrevendo-o como uma “neuroatipia”. Ou seja, descrevem-se como diferentes e não deficientes. Com isso, seguem numa corrente que visa a desmedicalização do autismo, negando, conseqüentemente, sua necessidade de uma cura (OLIVEIRA, 2015).

Por sua vez, a mudança no entendimento do autismo, agora tido como deficiência por vários grupos, suscitou em alguns países, como na França, um movimento do Estado, visando legislar sobre a regulamentação das práticas clínicas apropriadas para a abordagem do autismo. Diante de uma demanda pela afirmação das psicoterapias cognitivo-comportamentais como única ferramenta eficaz, grupos de psicanalistas têm se mobilizado na defesa da pluralidade epistemológica para o campo do autismo. (ARAÚJO et. al, 2003).

No Brasil também observamos este debate em torno da noção do autismo como deficiência envolvendo os integrantes da Saúde Mental e os defensores da reabilitação. Vários atores estão envolvidos neste processo, porém foram as associações de pais de autistas que, na sua busca por melhores tratamentos e maiores direitos sociais, engendraram papel fundamental para as atuais mudanças legislativas no campo. Tal campanha culminou com a

sanção da Lei 12.764 de 27 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), que reconhece o autismo como uma deficiência para todos os fins legais, dando a estes os mesmos direitos sociais já previstos para os portadores de deficiências motoras, intelectuais, físicas e etc.

Além destes direitos, tal medida permitiu uma rediscussão sobre as formas como tais indivíduos serão contemplados pelo SUS. Tanto que 2013 foram lançadas, pelo Ministério da Saúde, duas cartilhas que visam fornecer orientações referentes à concepção e ao tratamento do autismo pela saúde pública brasileira. Uma recebe o título de “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)” (BRASIL, 2013a) e entende o autismo como deficiência, colocando seu tratamento sob a via da reabilitação. A outra se trata da “Linha de Cuidados para a Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro Autista e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2013b), que apreende o autismo como um transtorno mental e coloca seu campo de cuidados dentro da rede de atenção psicossocial, tendo como principais envolvidos os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi).

Observamos, portanto, a formação de duas propostas assistenciais para esta clientela. Como veremos mais à frente, nosso campo de pesquisa se dará exatamente num destes setores: os CAPSi.

Estes serviços (os CAPSi) se configuraram como ponto de partida para a montagem de uma rede de atenção para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes (dentre eles, o autismo), pelo SUS, a partir de 2002<sup>2</sup>. Tal rede, assumida como uma das prioridades da política pública de saúde mental, é uma das conquistas relativamente recentes do Estado democrático brasileiro. Estes serviços, juntamente com seus correspondentes (CAPS e CAPSad<sup>3</sup>), se constituem como principais alternativas ao modelo manicomial hospitalocêntrico vigente até o final do século XX, inserindo-se no contexto da Reforma Psiquiátrica, da luta antimanicomial e da construção do Sistema Único de Saúde. Apesar de partilharem com seus correspondentes uma série de princípios e diretrizes na organização das instituições no campo da atenção psicossocial, os CAPSi apresentam algumas características particulares. Segundo Couto (2012), as principais são:

(...) a clientela que tomam em cuidado, crianças e adolescentes com problemas mentais graves, o que, dentre outros aspectos, implica a inclusão regular da família no processo do cuidado; a injeção intersetorial na

---

<sup>2</sup> Em 19 de fevereiro de 2002, foi lançada, pelo Ministério da Saúde, a portaria nº 336, que dispõe sobre as normas e diretrizes para organização dos CAPS. (BRASIL, 2002)

<sup>3</sup> Os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) são voltados para população adulta, especialmente esquizofrênicos, e os CAPSad são voltado para tratamento de usuários e dependentes de álcool e outras drogas.



elaboração dos projetos terapêuticos e na construção das redes de suporte; e o fato de inaugurarem uma história na qual o antecedente manicomial tradicional (a segregação hospitalar) não constituía o foco principal de superação, como ocorreu para a população adulta. (...) cabe, ainda, a responsabilidade de contribuir para que seja colocado em novos termos o debate sobre prevenção em saúde mental, tema frequente quando as ações públicas se voltam para a população infantil e juvenil. (COUTO, 2012)

O funcionamento destes centros tem, como princípio, a não-utilização de métodos terapêuticos cristalizados, priorizando dispositivos coletivos de ação, voltados para as peculiaridades do sujeito. Segundo a meta-análise realizada pela autora acima citada, a maioria dos CAPSi funcionam a partir da organização de equipes multidisciplinares, orientadas para elaborar projetos terapêuticos singularizados e oferecer diferentes modalidades de atendimento - espaços coletivos de cuidado, atividades grupais, visitas domiciliares, oficinas, atendimentos individuais, trabalho com famílias, atividades externas, passeios e outras consonantes com o norte ético da inclusão social. A autora observa ainda que boa parte das publicações sobre o funcionamento dos CAPSi apontam para uma direção de trabalho orientada pela psicanálise (COUTO, 2012). Estes serviços, portanto, não funcionam, por princípio, dentro da lógica da deficiência mental e suas demandas por reabilitação. Além disso, atendem a crianças em sofrimento psicossocial, independentemente de seu diagnóstico, sendo que este não ocupa o lugar de prioridade para que se realize um trabalho com o sujeito em sofrimento.

Esta pesquisa, portanto, se insere numa linha de investigação já discutida, em nível mundial, sobre o autismo como deficiência mental, cabendo ressaltar que dentro do próprio Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ), de onde esta pesquisa partirá, existe uma série de estudos na temática do autismo e das deficiências dentro do campo da Saúde Coletiva. Além disso, é de grande interesse para o pesquisador, já que atua num CAPSi da cidade do Rio de Janeiro e se vê envolvido com tais questões no seu cotidiano profissional.

Uma vez configurado o lugar de onde parte o autor do estudo, bem como introduzidos rapidamente os diferentes referenciais teóricos e ideológicos onde o autista se vê inserido, explicaremos agora do que se trata nossa pesquisa.

## **Objetivos**

O objetivo geral da pesquisa é investigar os impactos clínico-assistenciais sentidos pelos profissionais dos CAPSi da cidade do Rio de Janeiro, a partir desta reconição do TEA como uma deficiência.

Para tal finalidade, pretendemos compreender como o fenômeno autista (e os modos como se deve abordá-lo) são compreendidos por aqueles que estão no contato direto com seu tratamento nos CAPSi. Partindo disso, visamos mapear o conhecimento, o entendimento, a opinião e as discussões destes profissionais sobre a temática do TEA como deficiência, bem como sobre este novo dispositivo legal: a Lei 12.764. Por fim, visamos conhecer as formas como os profissionais lidam com a questão do autismo como deficiência e os impactos, negativos e/ou positivos, gerados por ela no trabalho com esta população.

## **Justificativa**

Como exposto anteriormente, no que se refere aos debates a nível mundial sobre o autismo, as questões se mostram complexas e as opiniões nem um pouco homogêneas. Neste sentido, o Brasil se insere nesta tendência. Entretanto, o caráter recente deste processo no contexto brasileiro convoca o campo da Saúde Coletiva a pesquisá-lo, visando preencher as lacunas de conhecimento a respeito dos impactos clínico-assistenciais a partir do processo de ressignificação deste transtorno e o consequente surgimento de dispositivos político-jurídicos a ele referidos.

A escolha dos CAPSi como campo de pesquisa se justifica pela relevância que os CAPSi alcançaram, pelo menos no Rio de Janeiro, no cuidado das crianças e dos adolescentes com autismo, e pelo fato destes serviços não trabalharem na lógica da deficiência<sup>4</sup>. Diante disso, acreditamos que a reconição do autismo como tal possa, ainda assim, impactar tais serviços ao convocá-los a justificar, discutir ou, até mesmo, reconfigurar suas práticas.

Os benefícios que se pretende alcançar dizem respeito, portanto, à produção de conhecimento científico sobre o autismo a partir da experiência de quem lida diretamente com seu tratamento.

---

<sup>4</sup> Chamamos de lógica da deficiência toda uma série de situações cotidianas que envolvem o lidar e tratar uma pessoa com deficiência. Com relação ao autismo, consideramos para esta pesquisa situações como a importância dada ao diagnóstico precoce, com consequente confecção e fornecimento de laudos, a concessão de benefícios e a aplicação de métodos terapêuticos protocolados.

Importante ressaltar que o interesse neste projeto se deu pelo fato de o próprio pesquisador ser profissional de um CAPSi, tendo sua experiência no campo suscitado grande parte das questões aqui levantadas. Embora tal posicionamento tenha exigido cuidados importantes nas várias etapas do processo, a fim de evitar vieses, acreditamos que tal experiência seja de grande valia na construção do conhecimento qualitativo aqui almejado.

## **Metodologia**

Nosso trabalho consiste numa pesquisa qualitativa de campo, visando conhecer os impactos que a denominação do autismo como deficiência estaria causando nos serviços que não trabalham com esta lógica. Para isso, escolhemos como método de pesquisa a realização de **grupos focais** com profissionais dos CAPSi. A proposta dos grupos focais surgiu com o objetivo de se abranger um perfil variado de profissionais, podendo ser avaliada a relação entre eles, a circulação das ideias e informações, as convergências e divergências de opinião e as impressões referentes ao tema proposto. Como os CAPS funcionam com uma lógica voltada para a multidisciplinaridade e coletividade das ações, buscamos, com este método, criar um microcosmo do que ocorre no seu interior e nas discussões de equipe.

Foram selecionados três CAPSi da cidade do Rio de Janeiro, com diferentes tempos de existência. Com este critério de tempo, visamos balizar de forma comparativa se há alguma diferença entre CAPSi mais novos e mais antigos quanto às formas de seus profissionais interpretarem e abordarem o autismo. Além disso, buscamos serviços que abrangessem bairros das três principais zonas do Rio de Janeiro, objetivando alcançar uma amostragem de realidades populacionais diferentes, o que permite o surgimento de questões relativas a cada realidade.

Em cada CAPSi foi formado um grupo focal. Quanto à montagem dos grupos, propusemos que cada um fosse composto por 8 a 12 profissionais, de nível técnico ou superior, na forma de voluntariado. Este número foi sugerido a partir de uma média das categorias profissionais normalmente encontradas nos CAPSi (médico, psicólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem, fonoaudiólogo, musicoterapeuta, assistente social, cuidador, brinquedista), pois seria de nosso interesse a participação de, no mínimo, um representante de cada categoria. Foram excluídos da pesquisa: *diretores dos serviços; profissionais com menos de dois anos de experiência em CAPSi; profissionais que não lidam diretamente com o autista e seus pais*, por exemplo, categorias administrativas e de serviços gerais; *estudantes e residentes*. Entretanto, a presença destes últimos poderia ser analisada caso tivessem

experiência de trabalho anterior em CAPSi, seguindo o mesmo critério temporal dos profissionais.

A realização dos grupos se daria de acordo com a disponibilidade de seus integrantes em data e local a combinar, tendo como mediador o próprio pesquisador acompanhado de um colaborador, cujo objetivo seria de observar a dinâmica do grupo e fazer anotações pertinentes a tal observação. Foi elaborado um roteiro de perguntas para direcionar a discussão, que se encontra em anexo nesta dissertação. O material seria gravado em áudio e posteriormente transcrito. Os resultados obtidos passariam, então, por análise, norteadas por algumas hipóteses de pesquisa que explicitaremos a seguir.

### **Hipóteses de pesquisa**

A hipótese principal é a de que mudanças vêm ocorrendo no cotidiano clínico-assistencial, fomentadas pela categorização do autismo como uma deficiência. No entanto, acreditamos que, mais do que grandes impactos reais, tais mudanças venham ocorrendo de formas mais sutis. Para abordar tais sutilezas, levantamos algumas questões a serem abordadas em determinadas temáticas.

A primeira temática envolve o que poderíamos chamar de *burocratização do cotidiano*. Diante da equalização dos direitos dos autistas aos dos indivíduos considerados deficientes (físicos, visuais, auditivos, etc.), suspeitamos que haveria uma maior demanda pela participação dos CAPSi nos atos que garantam tais direitos, como confecção de laudos, declarações, atestados ou avaliações para fim específico de angariar um benefício. Mais do que averiguar se este aumento existe, a principal questão é saber como estes “papéis” (e o tempo necessário para elaborá-los) têm convocado os profissionais a ajustar ou até mesmo mudar seu processo de trabalho com crianças autistas. Além disso, gostaríamos de averiguar o que eles pensam sobre este assunto.

Outro tema a ser pesquisado se refere às *demandas terapêuticas*. Uma vez que o TEA está em discussão cada vez frequentemente, principalmente nos meios midiáticos, suspeitamos haver uma maior procura por técnicas terapêuticas específicas noticiadas por estes meios. Como vimos anteriormente, várias são as concepções sobre o autismo e como abordá-lo, tendo a RAPS<sup>5</sup> a sua própria orientação de trabalho com esta população. Diante

---

<sup>5</sup> A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS foi instituída pela portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (republicada em 31/12/2011). Tem como objetivos principais, dentre outros: I) a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população geral; II) a promoção de acesso das pessoas com transtornos mentais e

disso, é possível que, por um lado, as demandas pré-estabelecidas possam impactar o trabalho nos CAPSi ao convocar seus profissionais a trabalhá-las junto aos pais e responsáveis, a fim de aproximá-las do que é oferecido por estes serviços. Por outro lado, elas podem estar aventando novas discussões internas no sentido de ampliar os recursos terapêuticos oferecidos pelos CAPSi. Tais suspeitas estariam corretas? Os profissionais estariam sentindo esta necessidade? O que pensam sobre isso e como lidam com estas questões?

Ainda dentro do tema das demandas terapêuticas, suspeitamos haver maior cobrança das famílias por resultados palpáveis, ou seja, resultados mensuráveis a partir de escalas (já protocoladas ou não). Na hipótese de que isso ocorra, a questão é: como ocorrem? Ou ainda, haveria pressões para a utilização das técnicas com eficácia comprovada por evidências para o tratamento do autismo, como ABA e TEACCH<sup>6</sup>, por exemplo? Acreditamos, por fim, que haja maior organizações dos pais de autistas dos CAPSi como grupo, a exemplo das associações citadas na introdução deste projeto.

Podemos incluir ainda a questão das *discussões sobre a deficiência* entre os profissionais do CAPSI. Tais discussões existem? Caso positivo, como elas ocorrem no interior dos serviços e como são abordadas as possíveis divergências de opinião? Nossa hipótese seria a de que pouco (ou nada) se discute *diretamente* sobre o assunto, mas sim indiretamente, a partir de suas consequências para a clínica e das divergências internas sobre as formas de abordagens.

Por fim, o último tema hipotético proposto seria a *interface entre os campos da saúde mental e da reabilitação*. Suspeitamos que, embora haja um embate ideológico entre as duas áreas, muitos pacientes e seus familiares acabam utilizando os serviços de forma complementar, mesmo que este fato não seja de conhecimento das equipes de nenhum dos serviços. Entretanto, uma verdadeira rede de assistência e de cooperação entre os serviços ainda seria algo frágil ou inexistente de forma sistemática em grande parte deles.

A proposta é que, trabalhando estas questões, poderíamos abranger e detectar as possíveis mudanças no campo, que é, no fim, o objetivo deste trabalho.

---

necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas, e seus familiares aos pontos de atenção; e III) a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2011).

<sup>6</sup> ABA = Applied Behavioral Analysis; TEACCH = Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children

## **Dissertação: visão panorâmica**

No primeiro capítulo abordaremos, devido a sua influência, três das principais linhas teóricas de pensamento sobre o autismo: a psicanalítica, a cognitivista e a do movimento da neurodiversidade. Além de um breve histórico das mesmas, tentamos explicitar sobre o que estas correntes versam atualmente, avançando na explicação de algumas de suas propostas terapêuticas. Com isso visamos colocar o leitor à par das diferenças e divergências neste meio, para que ele compreenda como o campo do autismo é relativamente complicado e como isto interfere nas condutas terapêuticas sobre esta população.

O segundo capítulo versa sobre o contexto brasileiro das políticas públicas assistenciais para o TEA. Este capítulo é organizado em três partes. Na primeira veremos como se deu a organização das políticas assistenciais para crianças e adolescentes com transtornos mentais pelo estado brasileiro. Condição esta que foi fundamental para a criação posterior de uma política de estado para a clientela com TEA, mesmo que tardiamente. Na segunda parte, demonstraremos o papel fundamental dos CAPSi neste novo direcionamento político. Aproveitamos este momento para traçar um breve histórico e perfil dos CAPSi da cidade do Rio de Janeiro, afim de que o leitor compreenda as especificidades do campo onde a pesquisa foi realizada. Na terceira parte, abordaremos a ascensão do autismo como deficiência a partir do ativismo das associações de pais, bem como o processo de construção da Lei 12.764. O objetivo geral do capítulo é evidenciar que a batalha do autismo ocorre não somente na esfera teórica, mas também política.

Enfim, no terceiro capítulo será exposto e analisado o material coletado nos grupos focais, bem como serão discutidos os principais impactos da reconição do autismo como deficiência no trabalho dos CAPSi, segundo suas equipes.

## 1 O AUTISMO COMO UM CAMPO DE BATALHAS

O *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (DSM 5), da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2013), renomeia o Autismo Infantil como Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o aloca dentro dos Transtornos do Neurodesenvolvimento. Este manual o descreve como um transtorno caracterizado por

déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. (ibid.)

Apesar de tal descrição ser, de certa forma, hegemônica entre as várias linhas de estudo sobre o TEA, as concepções sobre a natureza do mesmo e as formas de abordá-lo estão longe de serem tão uniformes assim. Neste capítulo, nos propomos a expor três dos principais referenciais teóricos e ideológicos onde o autista se vê inserido. Para tanto partiremos do estudo da visão psicanalítica, seguida da visão cognitivista e, por fim, da neurodiversidade.

### 1.1 O autismo psicanalítico

#### 1.1.1 Primórdios

Antes de nos atermos à visão contemporânea da psicanálise sobre o autismo, é importante que revisemos brevemente a construção do pensamento psicanalítico sobre o tema, uma vez que disso dependerá a compreensão da perda de sua hegemonia no período de ascensão do cognitivismo.

Quando ocorreu a “descoberta” de Kanner, a psiquiatria sofria uma transformação interna, que refletia a ascensão do modelo psicodinâmico e o recuo da influência da tradição biológica (BEZERRA JR., 2014, p. 17). Com isso, entre as décadas de 40 e 60, pode-se

observar o predomínio de explicações psicanalíticas do autismo (ORTEGA, 2008). Nascido nesta esfera, veremos que o autismo foi influenciado pelos estudos da esquizofrenia infantil, que postulará correntemente a relação entre a personalidade dos pais e a psicose do filho. Alguns autores poderão nos ajudar a compreender o pensamento psicanalítico daquela época.

Pediatra e psicanalista de origem judaica, **Margareth Mahler (1897-1985)** nasceu na Hungria, migrou para a Grã-Bretanha em 1938 e dois anos depois para os EUA. Seu pensamento era fortemente influenciado por grandes nomes da psicanálise, como Melanie Klein, Anna Freud, Rene Spitz e Donald Winnicott (CAVALCANTI; ROCHA, 2002). A partir do final dos anos de 1940, Mahler dedicou-se ao estudo das psicoses e do autismo, concebendo as primeiras tentativas de distinção destes quadros. Defendeu em 1949 a existência de três grupos de psicoses infantis, diferenciados pelo período de início e nível de desestruturação do ego em cada período. A psicose de início precoce seria a correspondente ao autismo de Kanner. (LIMA, 2010, p.31)

Já na década de 1950, Mahler (ibidem) se dedicará ao estudo das etapas iniciais da constituição do *self* e de seus desvios. A autora defenderá que o período neonatal seria um momento de “simbiose social” entre o bebê e a mãe, substituindo a relação intrauterina. Neste momento, a relação entre ambos permitiria, normalmente, a passagem da consciência proprioceptiva para a consciência do ambiente exterior. Ou seja, o contato materno permitiria a separação entre o *self* do bebê e *self* da mãe, ao mesmo tempo em que ela passaria a ser investida por catexia libidinal objetual. Esta primeira relação é a que abriria as portas para a separação entre o Eu e o mundo, e para as demais relações objetais, pois é a partir da mãe que o bebê começa a identificar que sua satisfação depende de uma fonte localizada fora dos limites de seu corpo. Para Mahler, nas psicoses (incluindo o autismo) este senso de realidade não seria atingido.

Partindo de tais teorias, poderemos compreender a distinção feita pela autora entre **psicose infantil autista** e **psicose infantil simbiótica**. No primeiro caso, as forças instintuais, como libido e agressividade, não estariam submetidas às funções sintéticas do ego. A mãe seria investida apenas como objeto parcial, indistinta dos objetos inanimados, e não como uma pessoa claramente separada da criança. A criança autista se recolheria a uma “pseudoautosuficiência” como uma forma de defesa, uma vez que não poderia contar com os laços emocionais com a mãe para ser protegida dos estímulos externos e internos, sentidos como ameaçadores. Já a psicose infantil simbiótica se manifestaria após os três ou quatro anos de vida. Seria desencadeada por uma ameaça de separação da mãe, como adoecimento dela ou da própria criança, ou ainda quando do nascimento de um irmão, por exemplo. Tal evento



causaria crises de ansiedade e pânico, ou ainda alucinações e delírios, que representariam uma tentativa de restituir a unidade mãe-bebê, à qual estavam ligadas as forças libidinais e agressivas.

No final dos anos 1950, Mahler postula a noção de que o autismo seria uma fixação ou regressão a uma fase inicial do desenvolvimento, ao qual chamou de “autismo primário normal”. Neste período, constituído nos dois primeiros meses de vida, o bebê não distinguiria o mundo interno do externo, nem a diferença entre si próprio e o mundo inanimado ao seu redor. Usando a metáfora freudiana do “ovo de pássaro”, ela descreve um momento normal em que o bebê satisfaz suas necessidades de modo autístico, sem perceber os cuidados maternos e a existência de uma realidade externa (CAVALCANTI & ROCHA, 2001). Em seguida, viriam a *fase simbiótica* e a *fase de separação-individação*. A fase simbiótica constituiria nesta tênue e gradual percepção do meio externo a partir do contato com a mãe, quando começa a ocorrer uma diferenciação egóica rudimentar. Esta fase seria a base para processos de estruturação do ego e culminaria numa última, a *separação-individação*, no segundo ano de vida, quando a criança começa a perceber a mãe como separada e autônoma, e a investir no mundo externo. Seria este o verdadeiro nascimento psicológico da criança, quando ela se introduz no mundo das relações objetais e constrói as bases para os processos de linguagem (ibid.).

Ao analisar os fatos que poderiam deflagrar as experiências malsucedidas de separação/individuação, a autora acredita que há uma deficiência inerente do ego predispondo a criança, desde o início, a permanecer ou se tornar alienada da realidade, associada a fatores relativos ao ambiente, como experiências traumáticas (BARROS, 2006, p.104). Apesar de dar ênfase aos fatores afetivos e psicodinâmicos na etiogênese das psicoses infantis, Mahler não se dispôs a traçar um perfil dos pais das crianças afetadas, dando privilégio à ideia de um desvio inato do ego. Por fim, ao preconizar um tratamento, Mahler (ibid., p.109) propõe que, sendo o contato pessoal uma experiência potencialmente incômoda, a criança precisaria ser atraída de sua “concha autista” a partir de estratégias de estimulação, valendo-se principalmente de “objetos inanimados”.

Outro teórico importante que, desde os anos 1950, foi muito citado na literatura psicanalítica sobre o autismo foi **Bruno Bettelheim (1903-1990)**. Nascido na Áustria, emigrou para os EUA em 1939 após ter sido preso em campo de concentração. Em 1944 foi nomeado diretor da Escola Ortogênica de Chicago, local onde executou boa parte de suas pesquisas e observações à cerca do autismo.

Bettelheim (apud LIMA, 2010) teorizava que a psicogênese da esquizofrenia infantil<sup>7</sup> não seria *apenas* uma reação a atitudes generalizadas dos pais, como rejeição, negligência, ou mudanças abruptas de humor, mas a experiência da criança de se sentir permanentemente ameaçada por uma situação que lhe parece inescapável, interminável, mortífera, não podendo ela se proteger nem encontrar abrigo nas relações interpessoais. Desta forma, dividindo a causalidade da psicose entre a criança e seus pais, o autor defende que o isolamento seria o único recurso à disposição dessas crianças diante de experiências negativas relativas ao ambiente, resultante de um investimento insuficiente que teria recebido dos pais.

Em seu livro *A fortaleza vazia*, de 1967, Bettelheim chega a afirmar: “(...) mantenho minha convicção de que, em autismo infantil, o agente precipitador é o desejo de um dos pais de que o filho não existisse”. No entanto, ressalva ser um erro presumir que os pais intencionassem criar um filho autista, acreditando ser este resultante, principalmente, de uma resposta espontânea da criança frente aos sentimentos dos pais. Com isso, Bettelheim quis dizer que, se por um lado existe um sentimento hostil de um dos pais para com a criança, por outro há uma criança que interpreta o mundo como hostil. Neste sentido, o que geraria o autismo seria principalmente “a correta interpretação que a criança faz das emoções negativas com as quais as figuras mais significativas do seu meio ambiente se aproximam dela” (ibid., p. 72).

Este livro foi produto do trabalho com autistas na Escola Ortogênica entre 1956 e 1962. Apostando que as incapacidades maternas seriam determinantes para a etiogênese do autismo, postulava que estas crianças deveriam ser retiradas do convívio dos pais e alocadas num ambiente mais favorável, onde seriam visitadas por eles (CAVALCANTI & ROCHA, 2001). Defendia, assim, que o tratamento fosse em ambiente protegido, totalmente terapêutico, como o oferecido na Escola Ortogênica.

A escola inglesa também se fez presente na teorização do autismo. Um exemplo disso é o da psicanalista **Francis Tustin (1913-1994)**, que se dedicou ao estudo do autismo e da psicose infantil a partir da década de 50. Influenciada ao longo de sua carreira por diversos autores, Tustin partiu da escola kleiniana para aderir-se posteriormente às ideias de Donald Winnicott e Margareth Mahler. Desta última, absorveu a visão sobre a existência de uma fase autística normal durante o desenvolvimento, sendo o autismo patológico uma regressão a essa fase. Mais tarde, aproxima-se das reflexões de Esther Bick e Donald Meltzer, com quem fez supervisão. Isto permitiu que ela reformulasse suas ideias defendendo a tese de que a gênese

---

<sup>7</sup> Assim como a maioria dos autores da época, Bettelheim usava os termos esquizofrenia e autismo de forma indistinta.

do autismo envolvia fatores constitucionais da criança. Ainda assim, os autores citados por Tustin enfatizavam que fatores ambientais também tivessem grande impacto nessas crianças (CAVALCANTI & ROCHA, 2001).

Tustin utilizou a metáfora do “buraco negro” para descrever o cerne da experiência autística. Trata-se de uma vivência decorrente do confronto prematuro da criança com objetos não-eu, contra qual ela tenta defender-se a qualquer custo (ibid., p. 108). Tal experiência seria marcada pela desagregação, ou seja, a perda do objeto, antes que fosse possível sua construção mental. Isso acarretaria a desagregadora vivência de um “buraco negro” no corpo, uma catastrófica experiência de separação, geralmente associada à aterradora sensação de um cair sem fim, sem nenhum amparo, ante a falha radical da contenção materna, implicando uma desagregação e deterioração de um ego rudimentar (ibid., p. 110). Revendo sua própria visão inicial, Tustin abandona a teoria de uma regressão à fase autística normal do desenvolvimento e acredita ser o autismo uma patologia de dois estados: “o da manutenção da unidade dual fusional e o da ruptura traumática e seu estresse” (ibid., p.119).

Ainda na escola inglesa, fato curioso é que Donald Winnicott se colocava na contramão da tendência dominante de reconhecer na invenção de Kanner (como uma patologia específica, separada das psicoses infantis) uma contribuição significativa ao estudo e tratamento das crianças em sofrimento psíquico intenso. Winnicott (1997) argumentava, baseado em sua experiência clínica, que os sintomas agrupados na descrição classificatória do autismo poderiam ser vistos em várias situações do desenvolvimento normal ou mesmo nas situações de sofrimento psíquico, chegando mesmo a atacar os sistemas classificatórios para fazer valer sua visão.

### 1.1.2 O Sujeito autista

Vejamos então a visão atual da escola francesa. Segundo a visão lacaniana, a constituição do sujeito não está garantida a partir da sua maturação biológica, mas que o sujeito humano se constitui graças à mediação operada pela linguagem (LACAN, 1988, p. 49), sendo que a linguagem para a psicanálise não seria a mesma coisa que comunicação, ou mesmo linguística. A criança autista estaria submetida, portanto, ao significante<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> A noção de significante utilizada por Lacan é proveniente do linguista Ferdinand de Saussure, para quem a linguagem seria formada por elementos chamados signos, compostos por duas dimensões unidas arbitrariamente (em função do acaso): o

Vemos, portanto, que ainda nos mantemos no campo da psicose. E, de fato, para a psicanálise francesa a questão que se coloca no autismo, assim como na psicose, seria a *foraclusão do Nome-do-Pai*. Entretanto, podemos reconhecer que se trata de uma forma mais grave de assujeitamento à linguagem, reconhecendo também a particularidade da relação do autista com o significante e o gozo. (MONTEIRO, 2015, p. 27).

Para Lacan (1988), o Nome-do-Pai é o significante que substitui o significante enigmático do Desejo da Mãe, promovendo a significação fálica no campo do Outro. Ele seria o ordenador da cadeia de significantes, aquele que dá sentido aos demais e permite a separação entre o real, o simbólico e o imaginário. Na psicose, esta operação simbólica não ocorre. Daí a utilização do termo *foraclusão*, tomado de empréstimo da terminologia jurídica, referindo-se à prescrição, a algo que perde a validade por não ter ocorrido nos prazos prescritos na lei. A *foraclusão do Nome-do-Pai* se refere, portanto, ao momento em que algo é jogado para fora da possibilidade de simbolização. Ao ser *foraclusão* do simbólico, retorna do lado de fora, na realidade, sob a forma de delírios e alucinações. É este fracasso da metáfora paterna que irá conferir à psicose sua condição essencial (ibid., p. 582).

Segundo Monteiro (2015, p. 38) a hipótese psicanalítica se orienta pelo atrelamento do autismo ao campo das psicoses, ou seja, o que está em jogo na defesa autística é a não-inscrição do Nome-do-Pai. Sendo assim, na falência da operação que garante a mediação da metáfora paterna, a criança autista não constrói um envelopamento simbólico do lugar de objeto do Outro; lugar em que todo ser falante se encontra no fantasma materno. Isso nos permite examinar a posição desta criança em relação ao objeto de gozo, lugar de onde a criança psicótica responde. A criança vem saturar, como objeto, a falta que especifica o desejo da mãe. Sem a mediação paterna (significante fálico), a criança é capturada pelo fantasma materno. Neste sentido, a resposta da criança é a de realizar, encarnar, com seu próprio corpo, o objeto que satura a falta materna.

A partir deste ponto de vista, a psicanálise entende os sintomas autistas como soluções encontradas pelo sujeito face à *foraclusão do Nome-do-Pai*. Neste sentido, as estereotípias, a recusa ao contato, as fixações a poucos objetos e os demais sintomas seriam soluções próprias

---

*significante e o significado*. O significante seria a parcela material do signo linguístico (o som da palavra, por exemplo). Já o significado seria o conceito, o sentido, a ideia associada ao significante. Guiado por sua experiência clínica em psicanálise, Lacan reinventa a proposta original de Saussure. Argumenta que a linguagem seria constituída essencialmente de significantes e não de signos. E ainda, que o significado não teria uma relação fixa com o significante. O significado seria, portanto, extremamente volátil, evanescente, como um fluido que desliza ao longo da cadeia de significantes. Nesse sentido, o signo seria uma noção a ser relativizada, já que uma relação mais ou menos fixa entre significante e significado estaria restrita a um dado contexto. Por outro lado, na linguagem como um todo, isto é, no lugar do Outro, só existiriam significantes. [<https://lucanapoli.com/2012/07/30/por-que-lacan-disse-que-o-sujeito-e-o-que-um-significante-representa-para-outro-significante>].

e inéditas, esboçadas de forma peculiar por cada sujeito autista, na tentativa de localizar e regular o gozo desenfreado e transbordante gerado pela invasão do Outro. Identificamos aí uma luta para constituir-se sujeito. Em outras palavras, os fenômenos autistas ganham um estatuto de trabalho na tentativa de constituir-se (RIBEIRO, 2005). O sujeito autista não seria uma pessoa que fala apesar do sintoma, mas a partir do sintoma. Tal visão esvazia qualquer tentativa de se estabelecer uma abordagem de cunho deficitário.

Com relação ao tratamento, é muito difícil definir exatamente como é a técnica em psicanálise para lidar com o TEA, uma vez que sua forma de ver esta condição vai de encontro a qualquer tentativa de cristalização do processo terapêutico. Diante disso, observamos que sua aposta se encontra na postura ética do terapeuta, sua originalidade e, principalmente, na transferência.

Quanto à postura ética, partimos da convocação de Lacan em seu texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (LACAN, 1958): não recuar diante da psicose. Tal afirmativa direciona algumas condições para que o trabalho terapêutico possa ocorrer. Segundo Monteiro (2015, p. 108) a primeira condição refere-se, como já dito, à aposta de que há um *sujeito em trabalho* nas atividades repetitivas, nos comportamentos bizarros e estereotipados dos autistas, e que tais manobras respondem a uma lógica própria. “É preciso não ceder do desejo de apostar na existência do sujeito que já está ali, quando tudo leva, facilmente, a esquecê-lo” (LAURENT, 1998, p.3).

Ainda segundo Monteiro (2015, p. 108-109), a próxima condição é colocar em perspectiva que há uma lógica no uso dos diversos objetos pelos autistas, e que este uso se inscreve no cerne de sua defesa para produzir um esvaziamento do gozo a que está submetido.

A terceira condição diz respeito ao lugar que o analista ocupa na clínica do autismo. Se é considerado que o autista trabalha arduamente para lidar com a dispersão de gozo e dificuldades pulsionais, cabe ao analista sustentar um lugar vazio de gozo, deixando-se regular pelo trabalho do sujeito. Para isso, é preciso que ele se esvazie de qualquer saber prévio, para que sua presença não incremente o transbordamento pulsional. Podemos entender, assim, que o *setting* terapêutico operaria como um lugar de mediação ao gozo que invade o autista, onde o trabalho de localização e circunscrição de gozo favoreceria sua estabilização (ibid., p. 109). A oferta de atividade, de espaço físico, de referência e de endereçamento permitem um tratamento dos desvios da pulsão, esvaziando o gozo (GUERRA, 2008, p. 53).

Em uma revisão sistemática brasileira sobre o pensamento psicanalítico, Marfanati & Abrão (2011) evidenciaram uma convergência de diversos artigos no que diz respeito às

linhas de pensamento e às perspectivas de tratamento destinados a pacientes autistas: a manutenção e produção de um espaço vazio de saber sobre essas crianças; a consideração do autismo não mais como uma doença, mas como formas particulares de subjetivação, afirmando a dimensão do sujeito; a importância de um tratamento precoce em detrimento a um diagnóstico.

Observamos, portanto, que a prática psicanalítica se vale grandemente da postura do analista e sua forma de ver a criança autista, associada a uma aposta na inventividade da técnica juntamente com este sujeito, no caso-a-caso. Mesmo assim, ao pensarmos na técnica em si, podemos encontrar com muita frequência a referência ao que foi chamado de “Prática entre Vários”. A Prática entre Vários é uma estratégia clínica criada por Antonio Di Ciaccia (1999) em sua experiência com a psicanálise aplicada na instituição Antenne 110 na Bélgica, para crianças autistas e psicóticas, a partir de sua decisão de demonstrar um axioma de Lacan, isto é, como as crianças autistas estão inscritas na linguagem. Segundo Stevens<sup>9</sup> (apud ABREU, 2008), trata-se de uma prática coletiva orientada por quatro eixos: a desespecialização, a formação, a invenção e a transmissão.

A não-especialização é vista sob dois planos diferentes: o plano do sintoma e o plano do trabalho técnico. Quanto ao plano do sintoma, Abreu (2008) afirma:

Uma clínica na instituição pela luz da psicanálise não pode ser uma clínica mono-sintomática, que identifica o sujeito ao significante de seu sofrimento. A identificação à nomeação advinda do discurso científico conduz à alienação. O sujeito tende a seguir no caminho da repetição, atrelando-se aos ganhos secundários e não produzindo corte em sua cadeia para o surgimento de um novo significante que possa representar melhor sua história. O que se busca numa intervenção é a descoberta, melhor dizendo, invenção de um significante que faça corte, que produza para o sujeito um sentido outro, que o localize em lugar seguro frente ao gozo que o atormenta. (ABREU, 2008)

Quanto ao plano profissional, é preconizado um esvaziamento do imaginário à cerca de cada categoria profissional. Neste sentido

o ato de cada um dos membros de uma equipe é que produz efeitos terapêuticos, (...) temos o afrouxamento dos lugares pré-estabelecidos nos diplomas universitários. Cada técnico ocupa, desse modo, um lugar que lhe é próprio na dinâmica transferencial. É claro que esta direção da clínica entre vários não desconsidera o saber próprio de especialidade que em muito tem a somar para o desenvolvimento da equipe. Aliás, esta multiplicidade de

---

<sup>9</sup> STEVENS, Alexandre. Instituição: prática do ato. In: MILLER, J.A.; MILLER, J. Pertinências da psicanálise aplicada. Coleção do Campo Freudiano. 1. ed. Paris : Seuil, 2003. p. 90-99.

conhecimentos contribui em muito quando tratamos de um campo onde a verdade absoluta sobre a psique passa longe da existência (ABREU, 2008).

Outro eixo de trabalho é a formação. Apesar da desespecialização citada anteriormente, é necessário que haja uma direção comum que permeie o trabalho, pois é importante que haja uma política comum que oriente a prática institucional. A psicanálise se propõe a ser este norte, partindo da visão de si mesma, num sentido ético e político, como um local de suposto de saber, que permite ao sujeito produzir seu próprio saber. A psicanálise é um saber que busca não saber, para assim permitir que o outro saiba de si mesmo, pela via do manejo da transferência. (ibid.)

O terceiro eixo já foi bastante citado neste capítulo: a invenção. Esta pode ser tomada sob dois planos: da invenção do sujeito sobre si mesmo e da invenção na intervenção. Será a partir destas invenções que as estratégias terapêuticas serão criadas e adaptadas ao longo do tratamento, caso-a-caso.

O quarto eixo é o da transmissão. Para este fim, a reunião de equipe se mostra fundamental para a construção de uma prática entre vários. A reunião clínica se configura no lugar de troca de angústias dos técnicos, de esvaziamento do gozo próprio, de circulação da palavra, de construção do caso clínico, de circulação das construções dos sujeitos assistidos e também de reinvenções. Este mecanismo permite a construção/reconstrução coletiva de respostas clínicas, partindo de uma política geral, passando pela estratégia do caso e terminando nas táticas do dia-a-dia. (ibid.)

Em suma, vimos que a “Prática entre Vários” pode ser definida “*como um trabalho cuja direção é a construção do caso entre vários profissionais e a criança (...) e se orienta por uma ética esvaziada de saber*” (FREIRE & BASTOS, 2004, p. 84). Dessa maneira, observamos que os profissionais são colocados numa posição de construir o caso entre si e com a criança, saindo da posição de especialistas que se somam. Na prática, como pontua Calazans & Martins (2007, p. 153), o resultado é que o profissional não se faz de mestre do autista. Ele se destaca da posição de saber, aquele que faz do autista objeto de gozo. A sustentação para esta posição de não-saber abre espaço para que o autismo possa situar-se de outra maneira que não de objeto do Outro, mas como sujeito.

Temos ciência de que explicar técnicas como a “Prática entre Vários” é uma tarefa difícil e, quando vistos superficialmente, seus preceitos podem parecer vagos. Como veremos nos resultados da pesquisa, tal tarefa é difícil mesmo para as equipes dos CAPSi. Não encontraremos na literatura explicações objetivas tais como: “caso aconteça isso, haja assim” ou “para trabalhar a linguagem, haja desta maneira”. Tais formas de explicação vão de

encontro aos próprios conceitos teóricos da “Prática” como vimos acima, pois sua aposta é que, permitindo o afloramento do sujeito autista pela transferência, ele próprio irá encontrar caminhos para aprimorar sua comunicação, seu comportamento e socialização. Cabe ao profissional estar atento a estes caminhos encontrados e conduzir o autista à melhora a partir do que este sujeito propõe. É a isso que se referem as chamadas “ações inventivas caso-a-caso”

## 1.2 O autismo cognitivo

Vimos até o momento a construção e os fundamentos do pensamento psicanalítico sobre o autismo, além de algumas propostas para seu tratamento. Passaremos agora para um outro lado deste campo de batalhas: a visão cognitivista sobre o autismo. Iniciaremos esta parte com um breve relato sobre a ascensão e consolidação dos estudos cognitivistas, visando compreender os conflitos estabelecidos historicamente. Em seguida, poderemos evidenciar as principais teorias atuais neste campo e suas indicações terapêuticas.

### 1.2.1 Ascensão e consolidação das teorias cognitivistas

A década de 1960 se mostrou muito promissora na evolução das teorias cognitivistas sobre autismo. Vários autores surgiram nesse cenário, como Bernard Rimland, Lorna Wing, Beate Hermelin e Neil O’Connor, Uta Frith, Edward Ornitz e Edward Ritvo, Michel Rutter, dentre outros. Fato curioso é que alguns deles eram, além de profissionais da área, pais de autista, o que nos apresentará novos atores que começariam a ganhar peso nesta discussão: as associações de pais de autistas.

As primeiras contribuições desta nova vertente foram as pesquisas de **Bernard Rimland (1928-2006)**. Pai de autista, Rimland fundou em 1965 a primeira Associação Americana de Autismo. Em seus artigos, contestava a hegemonia psicodinâmica quanto à condenação e culpabilização dos pais no que se refere à etiologia, além de defender a hipótese neurogênica como base para o autismo. Nesta contestação, tentou desbancar cada uma das hipóteses psicogênicas, alegando: falta de evidências e demonstrações empíricas das teses



dinâmicas; generalização a partir de pequeno número de casos; ausência de grupos-controle; além de notícias de insucesso no tratamento psicanalítico. (LIMA, 2010).

Rimland (apud BARROS, 2006, p.54) apostava na organogênese, usando como argumentos os estudos com gêmeos e o desenvolvimento de síndromes semelhantes ao autismo em quadros pós-encefálicos. Para ele, o autismo se definiria como uma **disfunção cognitiva**, expressada pela inabilidade para articular **sensações e memória**. Esta incapacidade de associar novos estímulos à experiência lembrada acarretaria a impossibilidade de construir a ideia de “eu”, de derivar significado à experiência e de pensar conceitualmente. Com isso, Rimland argumenta que a falta de contato afetivo seria consequência dessa incapacidade sensório-conceptual por parte da criança – ou seja, a disfunção afetiva seria derivada da cognitiva; e não o contrário. Rimland avança ao eleger uma localização hipotética para a condição: a **formação reticular do tronco cerebral**, região importante nas conexões entre os órgãos dos sentidos e o córtex cerebral, considerada o “centro das comunicações” do sistema nervoso central.

Outra autora que, a partir de meados dos anos 1960, tornar-se-ia uma das protagonistas da contracorrente cognitivista sobre o autismo foi a psiquiatra britânica **Lorna Wing**. Também mãe de autista, fundou em 1962, no Reino Unido, a *National Autistic Society*. Em suas produções teóricas, dedicou-se a elaborar uma obra destinada a profissionais, pais e educadores, revelando suas preocupações de cunho pedagógico, social e familiar (FELDMAN, 2013, p.17).

Wing (apud LIMA, 2010, p.43) concordava com Bettelheim quanto à possível existência de sentimentos ambivalentes nos pais, podendo estes, em algum momento, ter desejado a morte do filho autista. Todavia, argumentava que tais sentimentos eram compatíveis com o amor normal e que poderiam ser manejados por um bom profissional. Teorizava a existência de problemas envolvendo as funções perceptivas e executivas, a partir da observação de características autistas em várias crianças com distúrbios congênitos da fala ou da visão. Esta correspondência a levava a crer que, no autismo, haveria anormalidades cerebrais, com consequentes prejuízos no desenvolvimento da linguagem complexa e na capacidade de lidar com estímulos sensórios. Assim, Wing avalizava, ao mesmo tempo, a tese de que as limitações sociais seriam secundárias a problemas perceptivo-cognitivos, e também a concepção cerebralista.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Wing não concordava com a hipótese de Rimland sobre a disfunção na formação reticular, apostando preferencialmente na existência de problemas relacionados ao hemisfério cerebral dominante.

Ainda na década de 1960, a **psicologia experimental** começava a se dedicar ao campo de estudos dos autistas e se mostrou um dos marcos deste período de transição, com destaque para Beate Hermelin e Neil O'Connor, pesquisadores do Instituto de Psiquiatria do *Maudsley Hospital*, em Londres. Seus estudos se concentraram em temas como: medida da taxa de transferência ou aprendizagem entre tarefas visuais e táteis subsequentes; avaliação da memória imediata nas esferas auditiva e visual; e estudo dos processos de codificação e categorização dos estímulos, mostrando a ausência relativa de análise sintática e semântica nos processos mentais autistas. Assim sendo, as dificuldades dos autistas em reagrupar em categorias as informações do ambiente, conduziram a falhas em “extrair ordem, padrões e sentido dos estímulos que lhes chegavam, levando os autores a concluírem que o déficit cognitivo básico seria a incapacidade de codificar tais estímulos de maneira compreensível” (LIMA, 2010, p. 47). Os autores também tentaram estabelecer correlações entre seus achados e possíveis alterações na fisiologia cerebral, obtendo resultados conflitantes.

No final dos anos 1960, **Edward Ornitz** e **Edward Ritvo**, do departamento de psiquiatria da *UCLA Medical School*, em Los Angeles, empenharam-se na busca de um mecanismo patológico subjacente às diferentes manifestações do quadro autista. Suas pesquisas se concentraram nas relações entre cognição e percepção. Dando ênfase a esta última, teorizavam a existência de hipomodulação da percepção, que geraria estados ora de hiperexcitação, ora de inibição do sistema nervoso central, com conseqüente sobrecarga aleatória do mesmo e a sintomatologia a eles associada: maneirismos, estereotípicas e/ou hipersensibilidade a estímulos (quando da hiperexcitação); imobilidade prolongada e/ou falta de resposta a estímulos externos (quando da inibição excessiva). (LIMA, 2010, p. 49-50).

Destaca-se ainda neste período a influência do psiquiatra do *Maudsley Hospital* de Londres, **Michel Rutter**. Este autor teve papel de destaque no estabelecimento do novo perfil do autismo como desordem cognitiva, além de acompanhar os demais autores da época na tentativa de estabelecer critérios definitivos de distinção entre autismo e esquizofrenia infantil. Para Rutter e seus colaboradores, o autismo era considerado **um distúrbio cognitivo ou da linguagem**, muito embora não conseguissem definir quais funções cognitivas deveriam estar danificadas para que o autismo pudesse se desenvolver. Ainda assim, apostavam que a origem destes prejuízos estaria baseada em problemas estruturais, funcionais e de maturação cerebrais. Em seus trabalhos do início dos anos 1970, Rutter já não se referia mais ao autismo como *psicose infantil* e, no final desta década, verá seus critérios diagnósticos se tornarem consagrados com o surgimento do DSM III.

A partir da década de 1970, o que se observa, principalmente na produção científica anglo-saxã, é uma busca para o estabelecimento das bases cognitivas, necessárias e suficientes, para que o autismo se instale. Se, por um lado, as teses cognitivas e linguísticas ganhavam reconhecimento, por outro lado, via-se cada vez mais uma drástica redução nas publicações de cunho psicanalítico.

Outro sinal dos tempos foi o fortalecimento da perspectiva desenvolvimentista sobre o autismo nos EUA. Em 1975, o quadro foi incluído no *Developmental Disabilities Act*, ao lado de retardo mental, paralisia cerebral, epilepsia e outros quadros crônicos e graves relacionados a prejuízo intelectual ou limitações no comportamento adaptativo. Este ato propiciava, dentre outras coisas, suporte financeiro para pesquisas e serviços visando os indivíduos atingidos por essas condições, como apontado por Lima (2010, p.76).

Um marco da consolidação, no mundo anglo-saxão, do autismo como transtorno do desenvolvimento foi a publicação da terceira edição do *Diagnostic and Statistic Manual* (DSM-III) da Associação Psiquiátrica Americana (APA), em 1980<sup>11</sup>. Nesta edição, o Autismo Infantil aparecia no capítulo dos Transtornos Geralmente Evidentes pela Primeira Vez na Infância e na Adolescência, inseridos nos “Transtornos Globais do Desenvolvimento”. A entrada dele neste grupo, representou assim, o coroamento, sob a forma de instrumento de diagnóstico e pesquisa, das tendências que vimos se consolidarem nos anos anteriores: a “vitória” do referencial cognitivo; a efetiva cisão entre autismo e esquizofrenia; a superação do paradigma psicodinâmico no campo médico; e a consagração dos critérios diagnósticos de Rutter. Como vimos, o autismo vinha cada vez mais se aproximando das deficiências ou atrasos no desenvolvimento, o que justificaria seu novo estatuto no DSM-III.

Na década de 1980, observaremos também a tendência à priorização da metodologia de pesquisa baseada em evidências, em detrimento das histórias individuais e suas marcas idiossincráticas. Metodologia esta que ganhará força na década de 90. Nestes anos, veremos ainda a presença cada vez mais frequente, na literatura, de termos como “autismo de alto funcionamento” e a noção de *continuum* ou espectro autista; noção muito divulgada por Lorna Wing em seus trabalhos.

Como já citamos anteriormente, Wing (1981) foi a principal responsável por trazer, para a pauta da psiquiatria mundial, o artigo de Asperger escrito em 1944. O quadro descrito por ele atraiu interesse dos cognitivistas, que o consideraram mais útil que o autismo típico na experimentação das teorias modulares da cognição. Como não estava impregnado por outros

---

<sup>11</sup> Na primeira e segunda edição do DSM, o autismo era referido como reação esquizofrênica (APA, 1952 e 1968).

comprometimentos, como retardo mental, o autismo de Asperger seria uma forma mais “pura”, que permitiria a pesquisa em torno dos déficits específicos nas habilidades sociais e imaginativas. Wing, na realidade, apresentou Asperger a um mundo já impregnado pelo paradigma cognitivista, que se apropriou desse diagnóstico e patrocinou sua disseminação no campo médico-psicológico e na cultura geral (NADESAN, 2005). Em 1992, a Organização Mundial de Saúde incorporou a Síndrome de Asperger à décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e em 1994 a APA a incorporou no texto revisado do DSM-IV.

### 1.2.2 A mente autista

A visão do autismo que surgiu da psicologia cognitiva localiza o autismo na mente (STRAUS, 2013, p. 463). A mente seria concebida como um tipo de dispositivo de processamento de informações, como um computador, e o autismo seria resultado de uma disfunção de alguns desses “módulos”. Existem hoje três teorias largamente discutidas para o autismo, cada qual identificando déficit em uma área cognitiva; a saber: na *teoria da mente*, nas *funções executivas* e na *coerência central*.

**Déficit na teoria da mente.** Ainda nos anos 1980, Baron-Cohen, Leslie e Frith (1985) estabeleceram os fundamentos da mais fértil tese cognitiva sobre o funcionamento do psiquismo autista: a hipótese da “teoria da mente”. Segundo esta tese, haveria na criança autista uma impossibilidade de atribuir crenças aos outros e, em consequência, prever os comportamentos alheios. Desde então, os três autores, em conjunto ou isolados, buscaram implementar séries de testes, a partir dos quais inferiram que as inabilidades sociais, comunicativas e nos jogos de “faz-de-conta” seriam resultantes de falhas nas capacidades de inferir os estados mentais dos outros e de si próprio (metarrepresentação), o que Baron-Cohen nomeou de “cegueira mental” (*mindblindness*). Assim, para o autista, seria uma tarefa quase impossível atribuir uma “teoria da mente” às demais pessoas, colocar-se no lugar do outro e interagir socialmente a partir da decodificação dos sinais verbais e não-verbais.

A teoria da mente encontrou rápido êxito entre os pesquisadores do desenvolvimento, psicopatologistas, cognitivistas e investigadores sociais, gerando uma verdadeira “indústria” de produção de livros e artigos científicos sobre o tema. As possíveis razões para este fato,

como pontuado por Rutter e Bailey (1993), seria a possibilidade de explicar o autismo por meio de um mecanismo psicopatológico único, tanto para os déficits cognitivos quanto para os sociais. Além do mais, poderia abranger, de uma só vez, o estudo do desenvolvimento normal e dos transtornos psiquiátricos. Por fim, esta tese serviria como mais um ponto de sustentação para as hipóteses cerebrais do autismo, uma vez que se mostraria necessário buscar um substrato neural que embasasse tal teoria, mais especificamente, o “cérebro social”.

A grande repercussão que a teoria da mente gerou na literatura internacional não só gerou adeptos, mas também críticas e contrapropostas, mesmo dentro do campo do cognitivismo. Como exemplos de destaque das abordagens cognitivas alternativas, temos a que trata o autismo como resultado de uma disfunção executivas e a que o identifica como uma fraqueza na coerência central.

**Déficit das funções executivas.** Acredita-se que a capacidade de desenvolvimento e planejamento de estratégias para atingir metas esteja ligada ao funcionamento dos lobos cerebrais frontais. Essa habilidade envolve flexibilidade de comportamento, integração de detalhes isolados num todo coerente e o manejo de múltiplas fontes de informação, coordenados com o uso de conhecimento adquirido. (DUNCAN, 1986 apud BOSA & CALLIAS, 2000). A hipótese de que no autismo haveria um déficit das funções executivas surgiu a partir de observação de semelhanças entre o quadro autista e os fenômenos encontrados em pessoas com lesões no lobo frontal: inflexibilidade, perseveração, primazia do detalhe e dificuldade de inibição de respostas. Entendemos por *funções executivas* uma série de operações cognitivas que permitem ao indivíduo se descolar dos dados imediatos e criar modelos mentais orientados a objetivos futuros. Estas incluem a memória de trabalho, o planejamento, a flexibilidade mental, a inibição de respostas impulsivas, a definição de objetivos e o automonitoramento. Tais funções interagem entre si e seriam fundamentais para o desenvolvimento intelectual e social (LIMA, 2010, p.105).

Sendo assim, para tal teoria, deficiências nos processos executivos seriam as disfunções primárias no autismo, podendo explicar as limitações na interação social, os prejuízos na comunicação e os comportamentos rígidos e repetitivos.

**Déficit da coerência central.** A teoria da mente foi criticada por Frith e Happé (1994), que afirmavam que esta poderia explicar a tríade de prejuízos na interação social, comunicação e nas brincadeiras, mas não ajudaria a explicar outras características, como a restrição de interesses, a ânsia por uniformidade e as preocupações por partes de objeto.

Os autores propõem então que haveria uma disfunção nos mecanismos de *coerência central*, ou seja, déficit na capacidade de processamento de informações dentro do seu

contexto, na confluência dos dados e ainda numa tendência a privilegiar o sentido geral em detrimento das particularidades da experiência. A falta de tendência natural em juntar partes de informações para formar um “todo” provido de significado (coerência central) seria, portanto, uma das características mais marcantes do autismo. O interessante dessa teoria é que busca explicar não somente os déficits, mas também as habilidades, que podem estar preservadas ou serem até mesmo superiores nos autistas, tais como o bom desempenho em atividades que exijam atenção a detalhes ou a informações parciais, e também as habilidades *savants*. A compreensão destas habilidades encontra limitações em ambas as teorias anteriores. Observamos, portanto, que “nessa abordagem as características autistas corresponderiam mais a um *estilo* do que a um *déficit* cognitivo” (LIMA, 2010, p. 107).

Vejamos agora o que é preconizado pelos adeptos das teorias cognitivas no que concerne ao tratamento para o autismo. Partindo da ideia de que o autismo é uma deficiência, o tratamento se daria majoritariamente no campo da reabilitação. Já de início, é de nossa opinião que o termo *reabilitação* soa estranho, já que o prefixo “re” apresenta a noção básica de voltar atrás, tornar ao que era. Uma vez que se considera que as disfunções do autismo seriam inatas, seria mais justo que utilizássemos o termo *habilitação*. Apesar desta problemática nominal, o que encontramos como objetivo das técnicas de “re”habilitação é a melhoria e ampliação dos recursos funcionais, com maior participação e desempenho em atividades sociais cotidianas, maior autonomia relativa à mobilidade, aos autocuidados e ao trabalho, além da promoção de qualidade na comunicação. Enfatiza-se que o tratamento seja permeado de práticas acolhedoras e humanizadas, considerando-se o contexto emocional do autista e sua família (OLIVEIRA, 2015, p. 93).

As possibilidades de abordagens referentes à reabilitação são variadas e incluem técnicas comportamentais, de *holding*, de *approach*, de comunicação facilitada, de integração sensorial, de treino auditivo, dentre outras (ASSUMPÇÃO JR. & KUCZYNSKI, 2012). Ilustraremos algumas das mais difundidas.

**Método ABA (*Applied Behavioral Analysis*).** Consiste numa técnica behaviorista que envolve a identificação de comportamentos não adaptativos (isolamento, estereotípias, auto e heteroagressões, dificuldade de comunicação, etc.), seguido de métodos sistemáticos de seleção de objetivos, culminando com o delineamento explícito de uma intervenção que envolve estratégias comportamentais. Tal método permite reavaliações frequentes dos resultados das intervenções e do progresso da criança na aquisição de determinadas habilidades ou na eliminação de determinados comportamentos indesejáveis (CAMARGO & RISPOLI, 2013). Prioriza a criação de programas para o desenvolvimento de habilidades

sociais, motoras, na área da comunicação, autocuidado, proporcionando praticar de forma planejada e natural as habilidades ensinadas, com vistas a sua generalização. As técnicas comportamentais empregadas são estruturadas de uma forma que cada habilidade é dividida em pequenos passos e ensinadas através de auxílios e reforçadores, baseadas na teoria do condicionamento. A repetição é um ponto importante neste tipo de abordagem, assim como o registro exaustivo de todas as tentativas e seus resultados. Objetiva-se com elas a substituição de comportamentos não adaptativos para outros socialmente adequados (BRASIL, 2013b). Assim,

cada habilidade é ensinada, em geral, em esquema individual, inicialmente apresentando-a associada a uma indicação ou instrução. Quando necessário, é oferecido algum apoio (como por exemplo, apoio físico), que deverá ser retirado tão logo seja possível, para não tornar a criança dependente dele. A resposta adequada da criança tem como consequência a ocorrência de algo agradável para ela, o que na prática é uma recompensa. Quando a recompensa é utilizada de forma consistente, a criança tende a repetir a mesma resposta. (...) Respostas problemáticas, como negativas ou birras, não são, propositalmente, reforçadas. Em vez disso, os dados e fatos registrados são analisados em profundidade, com o objetivo de detectar quais são os eventos que funcionam como reforço ou recompensa para os comportamentos negativos, desencadeando-os. A criança é levada a trabalhar de forma positiva, para que não ocorram os comportamentos indesejados. (MELLO, 2007, p. 37)

A repetição é um ponto importante neste tipo de abordagem, assim como o registro exaustivo de todas as tentativas e seus resultados.

**Método TEACCH** (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handcapped Children*). Desenvolvido por Eric Schoppler no Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade da Carolina do Norte, na década de 60, o método TEACCH tem como objetivo a estruturação das atividades da criança autista. Sua proposta visa auxiliar a criança a adquirir o máximo de autonomia possível na vida adulta, ajudando-a na compreensão do mundo que a cerca, no aperfeiçoamento da linguagem para melhor comunicação e na redução de comportamentos inapropriados. Utiliza um método chamado PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisado) para avaliar a criança, levando em conta seus pontos fortes e suas maiores dificuldades, tornando possível um programa individualizado.

O TEACCH se baseia na organização do ambiente físico através de rotinas - organizadas em quadros, painéis ou agendas - e sistemas de trabalho, de

forma a adaptar o ambiente para tornar mais fácil para a criança compreendê-lo, assim como compreender o que se espera dela. Através da organização do ambiente e das tarefas da criança, o TEACCH visa desenvolver a independência da criança de modo que ela necessite do professor para o aprendizado, mas que possa também passar grande parte de seu tempo ocupando-se de forma independente. (MELLO, 2007, p. 36)

**Método PECS (Picture Exchange Communication System).** Desenvolvido para auxiliar crianças e adultos a adquirir e aperfeiçoar as habilidades de comunicação, o método consiste num sistema de comunicação a partir da troca figuras. Visa ajudar a criança a perceber que através da comunicação ela pode conseguir muito mais rapidamente as coisas que deseja, estimulando-a assim a comunicar-se, e muito provavelmente a diminuir drasticamente problemas de conduta. O método é também estendido aos pais, pois não demanda materiais complexos ou caros, é relativamente fácil de apreender e pode ser aplicado em qualquer lugar. Através do uso de cartões, ele auxilia a comunicação das crianças que não falam e, para as que falam, auxilia na organização da linguagem verbal. (ibid., p. 39).

**Integração Sensorial.** Muito utilizado por terapeutas ocupacionais para a qualificação do desempenho ocupacional das atividades cotidianas, o método parte do princípio de que muitas das crianças com TEA apresenta distúrbio do processamento sensorial. Tal terapia busca diminuir os níveis de atividades elevados; incrementar o repertório de respostas adaptativas, jogos com propósitos e compromisso social; melhorar a capacidade de sustentação da atenção e equilíbrio do nível de atividade; reduzir comportamentos de autoagressão ou autoestimulação; facilitar comportamentos de imitação e antecipação; bem como diminuir problemas de coordenação e planejamento motor (OLIVEIRA, 2015, p. 97).

Além desses métodos, a reabilitação prevê tratamentos que incluem psicoterapias, fonoaudiologia, equoterapia, musicoterapia e dentre outros. Tais abordagens interdisciplinares podem não ter uma linha formal que os caracterize no tratamento do autismo e dependem diretamente da visão, dos objetivos e do bom senso de cada profissional que os aplica. Ainda assim, se mostram indispensáveis para um projeto terapêutico amplo e multidisciplinar.

Antes de avançarmos é preciso ressaltar aqui uma problemática que surgirá nos próximos capítulos e será fundamental para compreendermos as batalhas que se estabelecem nas políticas públicas referentes ao autismo. Refiro-me à ilusória sinonímia entre termos como neurociência, cerebralismo e cognitivismo com a corrente psicológica da Terapia Cognitivo-comportamental (TCC). É importante frisarmos que, apesar da TCC se embasar nestes conceitos, eles se mostram ramos da ciência muito mais amplos do que esta corrente psicológica, sendo portanto um equívoco considerá-los como sinônimos. Como vimos acima,



muitos preceitos teóricos cognitivistas e suas técnicas terapêuticas incluem outras áreas do saber, como a medicina, a terapia ocupacional e a fonoaudiologia, por exemplo, não sendo reservados apenas ao saber psicológico. Sendo assim, falar em reabilitação não é o mesmo que falar em TCC. Compreender tal diferença é fundamental para que não caiamos no reducionismo infrutífero de se levar em conta apenas divergências entre correntes psicológicas. Com isso quero dizer que, se a psicanálise em algum momento não concorda com a TCC, não quer dizer que ela não possa concordar com a neurociência, com o cerebralismo, com o cognitivismo ou mesmo com a reabilitação.

### 1.3 O autismo pelos autistas

A consolidação das teorias neurológicas e cognitivas a partir dos anos 60 proporcionou ao autismo novos caminhos, principalmente no mundo anglo-saxão, com sua entrada no *hall* das deficiências. A consideração do autismo como uma deficiência e sua localização no cérebro, permitiu o empoderamento de grupos ativistas, que apesar de convergirem nesse ponto, divergiam quanto aos seus objetivos. O autismo cognitivo permitiu a organização dos pais que, agora desculpabilizados, começaram a formar associações. Segundo Ortega (2009), os movimentos dos pais de autistas apontavam sua adesão a teorias (para eles) mais concretas e objetivas, visando reivindicar os direitos de seus filhos, além de verbas públicas para a pesquisa e o tratamento de crianças autistas a partir de métodos tidos como estatisticamente mais eficazes, a exemplo do ABA. Por outro lado, vemos surgir um outro ativismo, que podemos tomar como uma terceira via nas discussões até então vigentes: o movimento da neurodiversidade.

Criado pela socióloga australiana e portadora da síndrome de Asperger Judy Singer, em 1999, o termo neurodiversidade (*neurodiversity*) representa uma “conexão neurológica” atípica (ou neurodivergente), que não se deve a uma doença a ser tratada ou curada. Trata-se antes de uma diferença humana e, portanto, deve ser respeitada como outras diferenças, seja sexual, racial ou qualquer outra. Tais indivíduos referem-se a si mesmos em diferentes denominações: neurodiversos, neurologicamente diferentes ou neuroatípicos. Por trás deste movimento, a principal força motriz é constituída por pessoas diagnosticadas com autismo, principalmente com as formas mais brandas do quadro (autismo de “alto funcionamento”) e

síndrome de Asperger. Para eles, o autismo não é uma doença, mas uma parte constitutiva do que são. (ORTEGA, 2009)

O posicionamento dos neurodiversos é pautado na esteira dos movimentos das pessoas com deficiência, principalmente a partir dos *Disability Studies*, que discutiremos mais à frente. Além disso, o movimento da neurodiversidade tem como fator fundamental de crescimento o advento da tecnologia da Internet, que propicia o encontro e a discussão destes indivíduos em *blogs*, *sites* e redes sociais. A partir desta ferramenta, tais discussões vêm permitindo a moldagem de uma nova identidade que é diferente do discurso médico de desordem, além da ressignificação dos fenômenos observados no quadro. Observa-se, com isso, um deslocamento do sentido de suas condições para o desenvolvimento de uma cultura de identidade autista, apostando na diferença em detrimento da deficiência. (FELDMAN, 2013, p. 26)

Se por um lado, juntamente com o grupo cognitivista, os neurodiversos têm uma retórica antipsicanalista, anticultabilização dos pais; por outro lado, criticam este grupo “pró-cura”, acusando-os de serem intolerantes com seu modo de ser (neuro)diferente, de não os aceitar como “são” e de quererem falar em nome deles.

Outro ponto de convergência é que o cerebralismo é abraçado por ambos os grupos, porém com posições políticas diferentes. Enquanto para os movimentos dos pais, o cerebralismo os desculpabiliza pelo transtorno e permite reivindicações de direitos, verbas e terapias, para os autistas ele reflete a variedade do cérebro humano, não podendo, portanto, ser tratado na polaridade normal/patológico ou doença/cura. Diante disso, advogam claramente contra qualquer necessidade de terapia, uma vez que sua condição é a da diferença, e não da deficiência. Buscam com isso, desconstruir a retórica pró-cura presente em muitas organizações de pais de autistas e profissionais. Curar um neurotípico seria o mesmo que curar um indivíduo negro, canhoto ou homossexual. (ORTEGA, 2009).

Como vimos, instala-se uma nova *cultura autista*, pautada em torno de uma nova identidade; mais especificamente uma *bioidentidade* autista, uma vez que um “cérebro diferente” se coloca como centro da questão. O surgimento dessa neurocultura não pode ser afastado do contexto geral, onde encontramos a ascensão da chamada biossociabilidade. Segundo Ortega (2009), este termo é usado para definir uma forma de sociabilidade contemporânea, na qual a vida psíquica é descrita segundo predicados corporais, como se depreende do vocabulário fisicalista utilizado na descrição de crenças e sentimentos, levando à constituição de identidades somáticas que deslocam concepções psicológicas e internalistas de pessoa.

Nesta concepção, o cérebro ocupa lugar privilegiado. É crescente no imaginário social a percepção do cérebro como detentor das propriedades e autor das ações que definem o que é ser alguém. Como resultado, o cérebro responde cada vez mais por tudo aquilo que éramos acostumados a atribuir à pessoa, ao indivíduo, ao sujeito. Surge daí a noção de “sujeito cerebral”, que resume adequadamente a redução da pessoa humana ao cérebro, sendo ele uma parte necessária do corpo para sermos nós mesmos e onde se encontra a essência humana. Em outras palavras, a identidade pessoal passa a ser entendida como identidade cerebral. Este sujeito cerebral se configura numa figura antropológica privilegiada na biossociabilidade.

É neste contexto que se prolifera o movimento da neurodiversidade. Entretanto, para compreendermos como sua organização foi possível, voltemos um pouco ao momento em que uma grande mudança de paradigma ocorreu no contexto das deficiências. Refiro-me aqui ao surgimento dos *Disability Studies*.

Os chamados “Estudos sobre Deficiência” dizem respeito a uma linha de pensamento acadêmico e político nas discussões em torno da concepção de deficiência e sua inscrição no corpo social. Encontramos no seu protagonismo nomes com Paul Hunt, Le Barton, Michael Oliver, Paul Abberley, Tom Shakespeare, Colin Barnes e Vic Finkelstein. Tais autores configuraram-se nos fundadores e participantes da *Union of Physical Impairment Against Segregation* (UPIAS) na Inglaterra. O campo dos *Disability Studies* se consolidou no Reino Unido e nos EUA nos anos 1970 embalados pelos movimentos culturais da década anterior – movimentos civis, feministas, *black power*, homossexuais, antipsiquiátricos, etc. Tais autores – muitos deles deficientes – tramitaram entre a militância e a academia. Tinham como ponto central o questionamento crítico da hegemonia do paradigma biomédico para a concepção do que é deficiência.

Segundo Diniz (2007), a grande contribuição desse movimento foi a de assumir um discurso positivo sobre a deficiência, alegando que esta não é apenas a expressão de uma restrição de funcionalidade ou habilidade. Nesta mudança de paradigma, deficiência passa a ser vista como um conceito complexo que reconhece o corpo com lesão, mas que também denuncia a estrutura social que oprime a pessoa com deficiência. Estes estudos trazem, portanto, a afirmação de um modelo social da deficiência.

Este modelo surge como um manifesto contra o modelo médico-assistencialista, que vinha regendo as ações e práticas até então. Compreendia que as apreensões medicalizantes, decorrentes da ótica assistencialista, perpetuava mecanismos segregatórios, tanto pela via da institucionalização quanto por meio da dispensa de sua inserção no mercado de trabalho. De

acordo com o modelo social, deficiência e doença não são fatos biológicos, mas construções socioculturais que visam regulamentar os corpos e os cérebros.

Para o modelo médico, a deficiência é consequência natural da lesão de um corpo, sendo a lesão compreendida como um desvio de uma normalidade biológica, pautada por parâmetros quantitativos e valorativos. Sendo um fenômeno restrito ao indivíduo, a abordagem do modelo médico enxerga a deficiência como uma tragédia pessoal, sujeita então a intervenções médicas com foco no restabelecimento ou mesmo na cura. Sendo assim, tal modelo não leva em conta o papel das estruturas sociais de segregação e opressão ao deficiente (DINIZ, 2007).

Para questionar este preceito, os autores da UPIAS propuseram uma redefinição dos termos lesão (*impairment*) e deficiência (*disability*) dentro da terminologia sociológica e não mais estritamente biomédica. Lesão seria para eles definida como a ausência parcial ou total de um membro, ou ainda membro, órgão ou mecanismo corporal defeituoso. Ao passo que deficiência corresponderia a uma desvantagem ou restrição de atividade provocada pela organização social contemporânea, que pouco ou nada considera aqueles que possuem lesões físicas e os exclui das principais atividades da vida social. Nesta nova concepção, lesão, portanto, seria um dado corporal isento de valor, ao passo que a deficiência seria resultado da interação de um corpo com lesão em uma sociedade discriminatória (ibid.). Em outras palavras, um fato biológico não está diretamente ligado a um déficit, ou seja, o *impairment* não levaria automaticamente à desvantagem ou deficiência. Para que isto aconteça, seria necessário que a sociedade recusasse os meios para se adaptar à variabilidade humana (FELDMAN, 2013).

Uma ideologia da opressão pela deficiência é que se tornou o argumento considerado mais radical pelos teóricos do modelo social, atingindo grande reverberação política e no campo dos ativismos. Nessa ideologia, a deficiência passou a ser compreendida como uma experiência de opressão compartilhada por pessoas com diferentes tipos de lesões. Resistindo à tese de que a experiência da opressão era condição natural de um corpo com lesões, o modelo social se viu desafiado a mostrar evidências de quem se beneficiaria com a segregação dos deficientes da vida social. Para responder a isso, a primeira geração de teóricos do modelo social, influenciados pelo marxismo, afirmaram que quem se beneficia é o capitalismo, uma vez que os deficientes cumprem uma função econômica como parte do exército de reserva e uma função ideológica mantendo-os na posição de inferioridade. A deficiência seria então o resultado do ordenamento político e econômico capitalista, que pressupunha um tipo ideal de sujeito produtivo (DINIZ, 2007).

Mesmo assim, o modelo social convergia com o modelo médico em um ponto, a saber, a necessidade de cuidados biomédicos às pessoas com lesões. Porém o desafio não era somente rever a lógica de causalidade proposta pelo modelo médico, mas também a introdução de uma nova divisão social do trabalho, que incorporasse a deficiência.

Estas primeiras formulações mantiveram-se livres de críticas por quase duas décadas, quando surgiu uma segunda geração do modelo social. As primeiras a apontar o paradoxo que acompanhava as premissas foram as teóricas feministas. Estas apontavam que a primeira geração acusava o capitalismo e a tipificação do sujeito produtivo como não-deficiente, sendo que a luta política visava retirar barreiras e permitir a participação dos deficientes. Entretanto a aposta era na inclusão e não no questionamento profundo de alguns dos pressupostos morais da organização social em torno do trabalho e da independência. A ambição por independência era um projeto moral que se adequava às aspirações das pessoas não-deficientes, em especial homens na idade produtiva. Para elas, o modelo social não forçou uma revisão dos valores morais esperados para um homem produtivo.

Outro ponto importante de crítica foi com relação à subjetividade do corpo lesado. As feministas discutiram o significado da transcendência do corpo por meio da experiência da dor, ou seja, a discussão não deveria ser apenas sobre a deficiência, mas sobre o que significa viver em um corpo doente ou lesado. Ampliaram ainda o debate para outras instâncias como as deficiências intelectuais, as lesões não aparentes, as deficiências por doenças crônicas, pelo trabalho ou ainda pelo envelhecimento natural do corpo. E, por fim, lançaram um olhar revolucionário sobre um papel estrategicamente esquecido pelos teóricos do modelo social: o das cuidadoras dos deficientes. Dizemos revolucionário, pois argumentando que o cuidado era um princípio ético fundamental às organizações sociais e que a interdependência era o valor que melhor expressava a condição humana de pessoas deficientes e não-deficientes, as feministas questionaram a excessiva valorização que se dava à necessidade de independência tão fortemente defendida pelo primeiro modelo (DINIZ, 2007). Observamos, portanto, que tais críticas permitiram a ampliação do modelo social para campos até então negligenciados.

A organização do movimento de pessoas como deficiência e seu ativismo, juntamente com a entrada dos estudos sobre deficiência no meio acadêmico (sobretudo anglo-saxão), possibilitou a inscrição da deficiência no contexto global. Um sinal de tal expressividade ocorreu a partir do final da década de 1970, quando observamos o desenvolvimento de ações promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) com o objetivo de responsabilizar os governos nacionais na garantia de direitos às pessoas com deficiência (OLIVEIRA, 2015). Dentre estas ações, podemos citar: a “Declaração sobre os Direitos da Pessoa com

Deficiência” (1975); a proclamação do ano de 1981 como “Ano Internacional das Pessoas com Deficiência”, quando foi discutido e posteriormente lançado o “Programa Mundial de Ações concernentes às Pessoas com Deficiência” (1982); a proclamação dos anos entre 1983 e 1992 como “Década das Pessoas com Deficiências das Nações Unidas”, fornecendo um âmbito temporal durante o qual os governos e as organizações deveriam implementar as atividades recomendadas pelo Programa Mundial de Ação; a adoção das Regras Padrão para a equiparação das oportunidades das pessoas com deficiências (1993); além de uma série de Conferências Mundiais das Nações Unidas, que levaram em consideração, além de outros temas, a situação das pessoas com deficiências. Tais ações culminaram em 2006 com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, promovida pela própria ONU.

Ainda nos anos 1980, foram registrados avanços na área biomédica, com a criação pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de um novo modelo classificatório para as deficiências, a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID). Tal classificação agregava fatores biopsicossociais às suas concepções, além de determinantes ambientais, sociais, demográficos e psicológicos. Entretanto, ao ser criticado por manter uma ligação causal linear entre lesão e deficiência, foi reformulado e lançado em 2001, sob o nome de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), sendo agora considerado um grande marco de superação do modelo médico predominante (DINIZ, 2015).

Como vimos, o movimento dos *Disability Studies* surgiu como um movimento geral das deficiências. No entanto, seu marco político e ideológico repercutiu enormemente para o movimento dos autistas ao criar um cenário propício para suas reivindicações quanto ao estatuto de diferença em detrimento do estatuto de doença ou deficiência. Como demonstra Ortega,

quando um grupo social é estigmatizado pela maioria da sociedade, a autodeclaração da igualdade constitui um processo de *coming out*. A afirmação “sou autista” (surdo, cego, entre outros) constitui uma afirmação de autocategorização, um processo de subjetivação e de formação de identidade. Para os teóricos dos estudos da deficiência, essa afirmação permite um deslocamento do discurso dominante de dependência e anormalidade para a celebração da diferença e o orgulho da identidade deficiente (ORTEGA, 2009, p. 69).

#### 1.4 Montando o tabuleiro: teorias diversas, ativismos diversos

Uma vez analisadas as três principais correntes de pensamento a respeito do autismo, bem como seu processo de construção, podemos finalizar este capítulo resumindo os principais pontos de conflito e convergência entre os grupos envolvidos.

Primeiramente, avaliemos as posições quanto ao caráter patológico do autismo. A posição do TEA dentro de um estatuto patológico é clara no cognitivismo. Para seus partidários, tais sintomas representam entraves para uma vida normal, configurando-os, portanto, dentro de uma lógica de deficiência mental. O autismo é uma doença da mente, cujos módulos e funções apresentam-se disfuncionais.

Os adeptos da neurodiversidade, por sua vez, negam o estatuto patológico do autismo. Alegam ser ele uma atipia neurológica, um modo diferente de ser, um modo de funcionamento mental *diverso* dentro da imensa variabilidade humana. Podemos ver que os ideais da neurodiversidade se aproximam da psicanálise quanto à consideração de um *sujeito autista*. Da mesma forma, parecem concordar com as ideias cognitivistas quanto à existência de um funcionamento mental fora dos padrões, porém apostam na diferença em detrimento da disfunção.

Já o posicionamento da psicanálise nos parece se apresentar entretermos. Se por um lado o autismo é visto como uma posição radical do sujeito frente ao Outro ou como um modo de estruturação decorrente do fracasso da metáfora paterna (não inscrição do Nome do Pai), por outro lado, a própria noção de sofrimento psíquico e sua inserção dentro das psicoses nos remete a algo de natureza doentia. Portanto, não nos parece haver a completa negação de uma certa noção de transtorno mental por parte da psicanálise, mesmo que este transtorno não carregue a mesma conotação que é trazida pelos sistemas classificatórios da psiquiatria contemporânea.

Outro ponto de análise é a consideração quanto à localização do autismo. Cognitivistas e neurodivergentes concordam quanto à hipótese de o autismo estar localizado no cérebro, seja este cérebro disfuncional ou atípico, como vimos acima. A psicanálise, em contrapartida, mostra-se bastante reticente quanto a esta hipótese, assumindo postura expectante (e frequentemente crítica) quanto à soberania do substrato neural. Mantém sua visão do autismo como um transtorno ou posição da psique, de etiologia multifatorial, cuja organicidade se configura como um dos fatores que carecem de mais estudos antes de serem dados como certos.

Quanto ao tratamento, os que consideram o autismo como uma doença concordam quanto à necessidade de terapia, porém divergem na forma como ela deve ser feita. Os cognitivistas apostam no emprego de técnicas baseadas em evidências, cujo objetivo é eliminar (ou reduzir) sintomas não-adaptativos e adaptar o autista para uma vida mais independente. Um exemplo disso seria as técnicas de reabilitação por nós explicitadas. Os psicanalistas, por outro lado, apregoam a criação de estratégias inventivas caso-a-caso, apostando na transferência e nas práticas coletivas. Já os neuroatípicos condenam tal postulado, alegando que, não sendo o autismo uma doença, não se faz necessário tratá-lo. São partidários da visão de que cabe à sociedade aceitar os autistas como são, acolhendo-os como parte integrante da diversidade humana.

Por fim, a partir destes temas, muitas são as críticas que os grupos trocam entre si. Tais posicionamentos refletem, além de visões teóricas, posicionamentos por vezes ativistas em relação ao tema. Tal ativismo se mostra evidente quando notamos sua influência em vários âmbitos da vida social, seja no âmbito político, assistencial, jurídico ou até mesmo cultural, como veremos no capítulo a seguir.



## **2 O AUTISMO COMO DEFICIÊNCIA: A FORMAÇÃO DESTE CONCEITO NA ESFERA PÚBLICA**

A principal questão que pretendemos abordar neste capítulo é como o autismo passa a ser considerado uma deficiência na esfera das políticas públicas. Já vimos no capítulo anterior que, dentre as principais construções teóricas sobre o autismo, algumas se aproximam da ideia da deficiência, não somente do ponto de vista neuropsicológico, mas também dentro de concepções mais ampla de deficiência, aventadas pelos *Disability Studies*. Nos propomos agora a evidenciar os principais atores e eventos que propiciaram essa reconhecimento.

No entanto, antes de avançarmos, é importante que tenhamos em mente que não é fato que todas as políticas públicas caminharam no sentido da lógica da deficiência. O que veremos, na verdade, é que grupos com visões diferentes sobre o autismo participaram (e ainda participam) da formação dessas políticas. Tais grupos vêm seguindo trilhas paralelas, com ativismos por vezes antagônicos, estabelecendo ora parcerias ora embates, conseguindo cada qual contemplar (ou não) seus diferentes interesses. É dessa dinâmica que vem surgindo tais políticas. A compreensão dessa dicotomia é fundamental, visto que é dela que surge nosso objeto de pesquisa.

### **2.1 Dois marcos importantes**

Falar de políticas públicas voltadas para o autismo é falar de algo muito recente, algo que se consolidou apenas no início do século XXI. No entanto, as bases para sua consolidação datam de cerca de uma década antes. Como veremos, sua ascensão está intimamente ligada à própria mudança nas relações entre o Estado, a sociedade, a criança e a família. Inicialmente, identificamos a ocorrência de dois marcos que, apesar de separados entre si por uma década, foram fundamentais para a construção de qualquer política pública voltada para crianças com transtornos mentais (dentre elas, os autistas): o surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 e o III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 2001. Exploraremos estes marcos a seguir.

### 2.1.1 Uma nova concepção da infância

A década de 1980 se mostrou um momento de importantes mudanças no Brasil. Na esteira do processo de redemocratização do país, citamos a formulação da Constituição de 1988 (a chamada de “Constituição Cidadã”), a criação do SUS, a participação da sociedade civil em diversos processos de discussão, inclusive nas construções de políticas públicas, dentre outras. Neste período, observamos também uma mudança na própria visão do Estado sobre a criança; visão esta que perdurava por mais de oito décadas de república. É este ponto que nos interessa no momento.

Como analisa Couto (2012), basicamente a matriz dessa visão sobre a criança se ancorava sobre quatro pontos: uma *representação social* da criança; um *marco jurídico* específico; a *função do Estado* diante dela; e uma forma de *intervenção* deste. Teríamos assim, um **menor**, em **situação irregular**, de quem o Estado seria **tutor**, intervindo através da **institucionalização**. Como bem analisa a autora, a criança abastada (cujos direitos eram reconhecidos e preservados) não era alvo de intervenção, ficando sob a atenção da família e das escolas. Era o *menor* o verdadeiro “problema político”, sendo essa matriz a principal norteadora das agendas políticas de assistência à infância e adolescência. O que se mostrava como questão crucial era a pobreza e o abandono, tanto moral quanto material. Segundo a leitura da época, se estas condições não fossem resolvidas, elas poderiam produzir seres desviados, atrasados ou até perigosos, incapazes de um dia produzir e dirigir a sociedade. Representavam, portanto, uma ameaça à ordem pública. As abordagens preconizadas podem assim ser tomadas como repressivas.

É de nosso interesse ressaltar que, assim como os menores abandonados ou delinquentes, as crianças com deficiência mental ou anomalias físico-psíquicas também se viam sob a tutela do Estado. Tendo sua condição, a rigor, um valor mais social do que nosográfico em si, estas crianças eram também relegadas à guarda de instituições como educandários ou reformatórios (COUTO, 2012, p.13).

Como pontuamos acima, o solo para a mudança desse cenário só ocorreu no final do século XX, mais precisamente no final da década de 1980. Alicerçamos aqui o nosso primeiro marco surgido dos debates deste período: o *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA). Promulgado pela Lei 8069, de 13 de julho de 1990, representou uma verdadeira ruptura com a tradição anterior. Como tributário da Convenção da ONU sobre os Direitos da Criança de 1989, da qual o Brasil fez parte, o ECA foi produto de demandas por reformulações nas

esferas legislativas e assistenciais, dentro de uma nova lógica: a da *proteção integral da criança*<sup>12</sup>.

Configura-se assim uma nova matriz, que permitiu que a Saúde Mental encontrasse espaço nas agendas das políticas públicas para crianças e adolescentes. De menor, crianças e adolescentes passam a ser vistos como cidadãos, como **sujeitos de direito**. A doutrina jurídica passa a ser a da **proteção integral**, abandonando a lógica da situação irregular. O Estado se desloca da posição de tutor para a de **ente com função de proteção e bem-estar social**; sendo que sua intervenção não seria mais a partir da institucionalização, mas do **cuidado em liberdade, de base psicossocial e comunitária** (COUTO, 2012, p. 26).

### 2.1.2 Um novo tempo para a saúde mental brasileira

Como já ressaltado, os efeitos desses novos tempos para a saúde mental no país só se fizeram presentes cerca de uma década depois, mais precisamente em 2001. Neste ano, um evento foi fundamental para a construção mais concreta de uma Política Pública de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (PPSMCA): a III Conferência Nacional de Saúde Mental.

No entanto, antes de falarmos sobre elas, é importante elucidarmos alguns pontos. Se pensarmos em todo o processo da Reforma Psiquiátrica e na construção da Saúde Mental no Brasil, é notável que a inclusão da assistência à criança e ao adolescente em suas agendas foi relativamente tardia. Foi necessária, a princípio, toda uma reestruturação do modelo de apreensão da infância pelo Estado, como vimos acima.

Com relação à Reforma Psiquiátrica, tendo em vista que vários autores já se debruçaram sobre a narrativa e análise de seu processo histórico (AMARANTE, 1994; BRASIL, 2005; TENÓRIO, 2002), optamos por apenas pontuar seus ganhos mais importantes, para fins desta pesquisa. Com o processo da Reforma, vimos uma reversão insidiosa das práticas até então asilares, voltadas para a ‘doença mental’, indo agora no sentido de uma outra lógica voltada para a ‘saúde mental’, com a assistência ficando a cargo

---

<sup>12</sup>Outros setores sociais também ampliavam a frente de defesa da cidadania dessa população, tais como: o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, a Pastoral do Menor, ONGs e entidades de defesa dos direitos humanos. Muitas delas vinham sendo influenciadas pelos debates internacionais produtores das Regras de Beijing (1985), Diretrizes de Riad (1988) e a própria Convenção da ONU (1989). (DE PAULA FALEIROS, 2011)

de serviços territoriais e multidisciplinares. Foi o advento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Segundo Amarante (2009), o que permitiu uma verdadeira reforma não foram somente as críticas dirigidas às instituições, mas principalmente aquelas dirigidas aos saberes e práticas médicas que as regiam, ou seja, ao próprio campo epistemológico da psiquiatria. O autor analisa três dimensões relativas a este processo. A primeira diz respeito ao caráter *técnico-assistencial*. O movimento questionou a visão positivista da psiquiatria clássica, que concebia o alienado como alguém incapaz de ter acesso à Razão. Com a capacidade de julgamento e discernimento prejudicadas pela doença mental, seria a ele impossível ser livre e cidadão, já que Liberdade e Cidadania pressupõem o pleno exercício da capacidade de escolha do indivíduo. Sendo assim, o louco não poderia habitar as cidades, devendo ser recolhido aos asilos. Surge daí a segunda dimensão de críticas, agora de caráter *jurídico-político*. Aqui as relações sociais e civis referentes aos direitos humanos e sociais são rediscutidas e redefinidas, permitindo uma reciclagem da própria representação de cidadania. Por fim, o autor debate as críticas à dimensão *cultural* da loucura. A problematização se dá no próprio lugar da loucura na sociedade, onde ela é defendida como forma de expressão subjetiva de diferença humana e advoga a favor da sua possibilidade de habitar os espaços da cidade. Vimos, portanto, um caminhar no sentido do abandono da doença mental para a promoção de saúde mental.

Ainda com relação à Reforma, vale ressaltar que suas correntes teóricas não se constituíam num grupo homogêneo, tendo algumas delas encontrado posições de destaque, como a Psiquiatria Democrática Italiana, de Franco Basaglia, e a Psicoterapia Institucional Francesa, de influência psicanalítica (AMARANTE, 1995). A formação da Atenção Psicossocial brasileira se vê fortemente influenciada por estas duas vertentes. Como afirma, Amarante (2009), da influência basagliana herda o princípio da alocação da “doença entre parênteses”, voltada para a constituição de um sujeito integral, resgatando a sua cidadania. A proposta Basagliana privilegia a experiência de sofrimento socialmente estimulada, em detrimento do diagnóstico e de terapêutica específicos. Herda também seu tom de denúncia social das políticas de exclusão. Já da influência psicanalítica, herda o discurso da singularidade, da subjetividade potencial, do Sujeito em sofrimento mental e da influência do meio nos comportamentos que transbordam a normalidade estabelecida pelo ideal social ou pelos padrões normativos. Como vimos, ambos os discursos se coadunam no deslocamento da ideia de um “indivíduo doente”, para um “sujeito em sofrimento mental”.

No entanto, antes de avançarmos para eventos que se mostraram marcantes na construção das PPSMCA, é importante para nossa pesquisa assinalarmos outro caráter importante da influência psicanalítica. Como afirma Russo (1997), é impossível discutir Reforma Psiquiátrica no Brasil sem falar em psicanálise, pois “em muitos casos, os psicanalistas foram responsáveis pela introdução de reformas progressivas dentro das instituições psiquiátricas” (RUSSO, 1997, p. 18). A autora pontua ainda que, devido a sua participação na Reforma, posições-chave na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e na supervisão dos CAPS ainda são ocupadas por psicanalistas, embora isto não seja a regra em todo o país. Retomaremos este tema mais à frente, quando formos abordar especificamente os CAPSi.

Os ideais reformistas passam a ganhar corpo efetivo nas políticas públicas a partir da participação social em sua formulação, sendo que o principal instrumento para tal participação é representado pelas Conferências Nacionais (neste caso específico, pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental). Embora sua existência remonte os anos de 1930, somente com a Constituição Federal de 1988 é que elas assumem o caráter de espaço público que hoje representam. Convocadas de tempos em tempos pelo Poder Executivo (ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde), passam a ter a atribuição de “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes” (BRASIL, 1990). Dentro dos ideais democráticos de inclusão da sociedade civil nos debates, as Conferências em Saúde têm caráter deliberativo e apresenta como produto um Relatório Final que, além de servir como diretriz para a Política Pública, orientará gestores, prestadores, trabalhadores, movimentos sociais, organizações civis e usuários do sistema de saúde (BRASIL, 2009).

Com relação às Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), até o presente momento apenas quatro aconteceram, tendo já se passado 30 anos desde a primeira. Como adiantamos, a infância e a adolescência só foram efetivamente contempladas com a construção de uma Política Pública em 2001, na III CNSM. Nas conferências anteriores, o tema em questão foi tratado superficialmente, como veremos.

Ocorrida em 1987, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, a I CNSM tem seu texto amplamente influenciado pelos debates à cerca da Reforma Sanitária e da criação do (então embrionário) SUS. Seus eixos de discussão evidenciavam as preocupações advindas dos ideais da Reforma Psiquiátrica, tais como: a extinção das estruturas e práticas manicomialis; a pluralização epistemológica, com o fim da hegemonia do saber psiquiátrico; e a cidadania do usuário. Diante disso, em seu relatório final,

reivindicavam o fim do credenciamento dos leitos psiquiátricos e sua progressiva redução, a criação de leitos em hospitais gerais e de serviços alternativos à internação, a formação de recursos humanos, a institucionalização de equipes multiprofissionais, o fim da exclusão social, a proposição de uma legislação protetiva e a participação social na organização, elaboração e gestão das Políticas Públicas de Saúde Mental (BRASIL, 1988).

Com relação à infância e adolescência, o Relatório considerava o cenário da época, reconhecendo a ausência de políticas públicas em saúde mental para esta clientela, a carência de recursos humanos especializados e de uma legislação específica. Reconhece ainda que cerca de metade da população brasileira era formada por crianças e adolescentes, sujeitas à tutela e sem possibilidade legal de exercer seu livre arbítrio. Enfatiza também as deficiências nas condições de funcionamento da rede assistencial específica, a sobreposição de interesses econômicos na existência e expansão dos hospitais psiquiátricos privados, e a deformação conceitual vigente que considerava menores sem lar, 'meninos de rua', como futuros delinquentes ou psicopatas. Diante disso, suas propostas eram, na sua maioria voltadas, para a regulamentação das hospitalizações psiquiátricas e medicalização de crianças e adolescentes, pontuando normas para a garantia de direitos daqueles que necessitassem de tal procedimento (ibid., p. 25).

Diferente da primeira, a **II CNSM** ocorrida em 1992 surpreendeu pela total ausência da temática da SMCA. A surpresa se deu principalmente pelo fato de o Brasil ter assinado dois anos antes a Declaração de Caracas (OPAS, 1990), onde assumia o compromisso de reestruturar integralmente a atenção psiquiátrica no país e de ampliar o debate com a sociedade, visando legitimar as novas propostas, uma vez que tal mudança era estrutural e afetaria todos os alicerces da assistência psiquiátrica tradicional. A convocação da II CNSM se deu para este fim e “o apoio e compromisso para com a questão, por parte de movimentos ligados à questão dos Direitos Humanos, como o de defesa da cidadania para a criança e adolescente, poderia ser decisivo” (COUTO, 2012, p.29). Constatar esta ausência de convocação (ou de apresentação) dos militantes das defesas das crianças e adolescentes na Conferência, bem como a ausência de mobilização destes pela causa da Reforma (e vice-versa), causam estranhamento.

A II CNSM foi extraordinária por ter formulado o que seriam as linhas gerais que o Brasil seguiria, nos anos seguintes, para a saúde mental. Comemorava-se então duas conquistas: a consolidação do SUS e o marco histórico de ter sido a primeira conferência com participação efetiva dos usuários. Entretanto, para a infância não ocorre uma tomada real de posição política, reservando ao seu Relatório Final apenas duas singelas referências: a

inclusão do tema da saúde da criança nas capacitações do SUS (BRASIL, 1994, p.20) e a criação, no Ministério da Saúde, de uma comissão de proteção dos direitos de cidadania de crianças e adolescentes portadores de sofrimento mental (ibid., p.23).

Estranha ainda o fato de que, apesar dos anos 90 terem sido um período fértil nas discussões sobre os rumos da política tanto para crianças e adolescentes, como para saúde mental, tais políticas não se encontram. Ao analisar as possíveis razões para isso, concordamos com Couto (2012) ao questionar se a ausência da SMCA na II CNSM não remontaria à complexa discussão sobre possibilidade da loucura na infância, ou mesmo se esta seria um sujeito passível de apresentar transtornos mentais ou não. Como bem argumenta a autora,

se essas vicissitudes da condição humana não forem atribuídas a uma criança, e não forem tomadas como questões relevantes no campo das políticas de cuidado eticamente orientadas, a pauta da cidadania e direitos dos loucos pode não interessar diretamente à pauta da cidadania das crianças, e vice-versa (COUTO, 2012, p. 30).

Chegamos então ao ponto de virada: a **III CNSM**. Ocorrida em 2001, em Brasília, esta conferência deu ao tema da SMCA um lugar de destaque<sup>13</sup>. Sua realização se deu ainda sob o fervor causado pela aprovação, naquele mesmo ano, da Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, além de redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, orientado agora para tratamento em ambiente terapêutico por meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001b). Esta lei representou, como podemos ver, uma vitória no que concerne às reivindicações da Reforma Psiquiátrica iniciada décadas antes.

De modo geral, a III CNSM teve como resultados a instituição dos CAPS como principal estratégia na reversão das práticas políticas e terapêuticas em saúde mental e o debate da participação social, a partir do Controle Social (BRASIL, 2002). No campo da infância, seus avanços foram muito significativos, principalmente ao instituir uma agenda específica para SMCA. Como eixo principal, fundamenta-se a ampliação da lógica do CAPS para crianças e adolescentes com problemas mentais, criando-se assim os **Centros de**

---

<sup>13</sup> Antes da etapa nacional, foi convocado pelo Ministério da Saúde um Seminário Nacional, realizado na cidade do Rio de Janeiro, dias antes da III CNSM. Visando discutir quais seriam os caminhos para uma política pública de saúde mental da infância e adolescência, o seminário reuniu representantes de diferentes estados brasileiros e setores públicos: saúde, educação, assistência social, justiça, promotoria e saúde mental. Esta configuração viria a se constituir como um dos principais fundamentos da política de SMCA, a intersetorialidade. Dentre o conjunto de recomendações elaboradas, destacaram-se como concepções fundamentais: o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos psíquicos e de direitos; a concepção do cuidado em rede e de base territorial; e a importância da intersetorialidade (BRASIL, 2001a).

**Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi)**<sup>14</sup>. A conferência aborda ainda temas como: a consideração das crianças e adolescentes como sujeitos psíquicos e de direitos, capazes de formular suas próprias demandas, tendo na família a principal referência de acolhimento; a construção de uma rede de cuidado, de base territorial, adequada às particularidades desta população e de sua realidade social; a prevenção da medicalização e institucionalização; a priorização na rede para os casos de maior gravidade e complexidade, em dispositivos tipo CAPS, com enfoque multiprofissional e baseados na integralidade do cuidado; e a intersetorialidade. Dentro deste último tema, propõe a criação de fóruns intersetoriais, nas diferentes esferas federais, como mecanismos de participação de diversas categorias (trabalhadores, representantes da sociedade organizada, familiares e usuários) na formulação, acompanhamento e monitoramento da política de SMCA. Estes espaços de debate seriam articulados com o Conselho Nacional de Saúde e Direitos da Criança e Adolescente (CONANDA) com o objetivo de fortalecer tais políticas a partir da interlocução com setores importantes da sociedade, como educação, justiça, conselhos tutelares, assistência social, direitos humanos, etc. (BRASIL, 2002)

Ocorre ainda uma clara aproximação dos fundamentos da conferência com os preceitos do ECA, mostrando que efetivamente se deu uma mudança estrutural na matriz da visão dos problemas da criança como nunca tinha ocorrido em décadas de República no Brasil. Esta reverberação mostra como estes dois marcos estavam intimamente interligados apesar de uma década de separação.

Como desdobramentos da III Conferência no campo da SMCA, foram instituídos importantes dispositivos legais que irão regulamentar as políticas de saúde mental nos anos seguintes. Citamos:

- A Portaria Ministerial 336 de 2002, que dispõe sobre as normas e diretrizes para a organização dos CAPS, representando a base legal para a implementação destes, incluindo os CAPSi (BRASIL, 2002);
- A Portaria 1608 de 2004, que constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, que representa o principal fórum de debates das PPSMCA (BRASIL, 2004);

---

<sup>14</sup>Na prática já existia este tipo de serviço, a exemplo do CAPSi Pequeno Hans, criado em 1998, na cidade do Rio de Janeiro, porém foi somente nesta Conferência que se instituiu, a nível nacional, tais serviços como referência ordenadora das demandas em saúde mental para crianças e adolescentes.



- A cartilha “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil” de 2005, como material instrutivo para efetivação das PPSMCA, destinada a gestores, profissionais e usuários (BRASIL, 2005).

Sobre a **IV CNSM** podemos afirmar, apenas a título ilustrativo, que ela veio consolidar os avanços conquistados nos dez anos seguintes à Lei 10.216 e à III Conferência. Além disso, nela foram revelados os desafios que a expansão e territorialização da Saúde Mental trouxeram à tona. Como diz seu próprio nome (*IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial*), o eixo de debates desta conferência foi inteiramente a intersectorialidade, desde sua convocação até a sua realização. Quanto ao tema da infância, vemos a ratificação das diretrizes da conferência anterior, como a reafirmação dos CAPSi como principal estratégia de assistência e de política, além da ampliação das questões relacionadas à rede de atenção e ao trabalho intersectorial para SMCA (BRASIL, 2010).

Concluimos assim que o Brasil vem apresentando um rumo ascendente no que diz respeito à construção de PPSMCA, sendo que até o momento a Atenção Psicossocial (principalmente na figura dos CAPSi) se constitui na principal estratégia ética do Estado na assistência à população infanto-juvenil em sofrimento mental. Uma vez contextualizado este ponto, acreditamos ser importante para nossa pesquisa nos atermos um pouco mais sobre questões relativas aos CAPSi, sua estrutura e diretrizes. Aproveitaremos o momento para ilustrar a configuração destes serviços na cidade do Rio de Janeiro, visto ser esta cidade o local onde foi executada nossa pesquisa.

## 2.2 Um CAPS para crianças e adolescentes

A Portaria Ministerial 336 de 19 de fevereiro de 2002 define os CAPSi como um serviço de atenção psicossocial para atendimento de crianças e adolescentes, sendo referência para locais com mais de 200.000 habitantes<sup>15</sup>, preferencialmente (BRASIL, 2002). É prevista, para seu funcionamento, uma equipe multidisciplinar mínima de profissionais, formada por 01 médico (psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental), 01 enfermeiro, 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro,

---

<sup>15</sup>Este parâmetro foi reduzido para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/saudementalpassopasso.pdf> Acessado em 14/02/17

terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico) e 05 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional ou artesão). Das atribuições dos CAPSi, citamos:

- atenção ambulatorial diária, das 8:00 às 18:00, em dois turnos, nos dias úteis, podendo ter um terceiro turno até às 21:00;
- regulamentação da porta de entrada da rede assistencial no território;
- organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no território;
- coordenação das atividades de supervisão das unidades psiquiátricas do território (por delegação do gestor);
- supervisão e capacitação das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental (BRASIL, 2002).

Com relação à assistência prestada aos pacientes, a portaria reconhece como atividades do CAPSi: atendimento individual; atendimento em grupos; atendimento em oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; além de desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça (ibid.).

Vemos portanto que, assim como os demais CAPS, tais centros constituem a encarnação das diretrizes da política de saúde mental em determinado território. Além disso, é importante frisarmos que seus princípios regentes são baseados na mesma ética e mesma lógica de cuidados que vêm sendo construídos desde os primeiros movimentos da Reforma. Princípios estes que partem da *consideração da criança e adolescente como sujeitos*, que devem ser *acolhidos de forma universal*, ou seja, o serviço não pode fechar as suas portas sob qualquer alegação de lotação ou inadequação entre demanda e capacidade técnica do serviço. Uma vez dada a devida escuta à demanda, caso seja necessário algum encaminhamento ou compartilhamento com outro serviço, aplica-se o princípio do *encaminhamento implicado*. Tal princípio exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, sendo o responsável pelo acompanhamento do caso até que ele chegue a seu novo destino. Para que isso seja possível, é necessária a construção permanente de três outros princípios: a *rede de atenção*; o *território*, como lugar psicossocial do sujeito; e a *intersetorialidade* (BRASIL, 2005, p. 11-14).

Observamos assim que a partir da referida portaria foi estendida aos CAPSi as mesmas definições e atribuições conferidas aos CAPS, com algumas particularidades referentes à população acolhida. Estes centros representam

a unidade básica da Reforma Psiquiátrica Brasileira, serviço de atenção diária, diurna e intensiva, de base territorial, pelo que se entende que ele não se define como um mero estabelecimento de saúde mental onde se aplicam técnicas e tratamentos diversos, mas como um polo de encaminhamento de demandas psicossociais diversas em determinado território, do qual emanam, igualmente, não só respostas a essas demandas que atingem as suas fontes, mas também ações e intervenções dirigidas a diferentes instâncias e dispositivos do território, que o modificam, sempre visando a um grau cada vez maior de saúde mental para os viventes neste território (ELIA, 2005).

### 2.2.1 CAPSi no Rio de Janeiro

Ilustraremos neste momento o desenvolvimento e a configuração atual dos CAPSi da cidade do Rio de Janeiro. Podemos constatar que, mesmo antes das mudanças implementadas em 2001 nas políticas assistenciais em saúde mental para crianças e adolescentes, algumas iniciativas já estavam ocorrendo tanto a nível municipal quanto estadual. Um exemplo disso foi a criação do Fórum Interinstitucional para Atendimento em Saúde Mental para Crianças e Adolescente, em abril de 2000, pela Assessoria de Saúde Mental da Secretaria do Estado do Rio de Janeiro. Tal evento convocou diferentes setores implicados no atendimento desta clientela, com a finalidade de diminuir os problemas relacionados a este atendimento e criar uma rede articulada de atenção (PINTO, 2005). Outro exemplo de iniciativa, agora a nível municipal, é a criação de serviços como CAPSi antes mesmo que as PPSMCA tomassem este direcionamento. Sobre o surgimento dos CAPSi na cidade falaremos a seguir.

#### 2.2.1.1 CAPSi Maurício de Sousa e seus precursores

A primeira iniciativa para atendimento infanto-juvenil nestes moldes surgiu dentro de um dos principais seios da Reforma Psiquiátrica na cidade. Em 1987 foi constituída, no

Instituto Philippe Pinel do Ministério da Saúde<sup>16</sup>, uma equipe de pesquisa responsável por estudos preliminares à implantação de um Hospital-Dia Infantil. Diante da constatação da carência assistencial, da necessidade de remodelamento do trabalho terapêutico e do pouco impacto produzido pelo aparato ambulatorial no atendimento a crianças e adolescentes em grave sofrimento mental, foi criado em 1992 o **Núcleo de Assistência Intensiva à Criança Autista e Psicótica – NAICAP** (MONTEIRO, 1995, p. 27). Orientado pela psicanálise, este espaço buscou um dispositivo capaz de acolher a criança em sua singularidade (MONTEIRO, RIBEIRO & BASTOS, 2007). Com a participação de nomes como das psicanalistas Kátia Alvares de Carvalho Monteiro<sup>17</sup>, Angélica Bastos<sup>18</sup> e Jeanne Marie Ribeiro<sup>19</sup>, delineou-se o *Espaço de Possibilidades*, onde aplicava-se uma organização subjetiva para o tratamento, voltado para a escuta da singularidade da criança e direcionamentos de trabalho, como a exemplo da “prática entre vários”. Embora as atividades do NAICAP não fossem obrigatórias para todas as crianças que frequentavam o serviço, instituiu-se como uma opção de “ampliação da circulação da palavra (...), de modo a salvaguardar um espaço de escuta, na tentativa de impedir a institucionalização da loucura” (MONTEIRO, 1995, p. 28).

No ano de 2004, o NAICAP fechou as suas portas devido à falta de reposição de recursos humanos na área da pesquisa, do ensino, na clínica e na formação de profissionais, sendo substituído pelo **Núcleo da Infância e Adolescência (NIJ)**. Contudo, em seus 15 anos de trabalho, representou não somente uma inovação na assistência em saúde mental infanto-juvenil, mas também propiciou uma fecunda produção científica sobre o tema do autismo no contexto psicanalítico brasileiro, contando com a parceria com Ana Beatriz Freire<sup>20</sup> e com a Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tais publicações estão distribuídas em vários periódicos nacionais, especialmente no periódico *Estilos da Clínica* (MARFINATI, 2012).

---

<sup>16</sup>Somente em 1999 o Instituto Philippe Pinel passou a ser municipal, passando a se chamar Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP).

<sup>17</sup>Kátia Alvares de Carvalho Monteiro: psicóloga psicanalista, mestre em Teoria Psicanalítica pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, fundou e coordenou o NAICAP durante todo seu período de existência.

<sup>18</sup>Angélica Bastos de Freitas Rachid Grimberg: psicóloga, mestre na área de Psicologia Cognitiva pela Fundação Getúlio Vargas - RJ e doutora em Psicologia Clínica pela PUC - São Paulo. Além do NAICAP, compôs o quadro de profissionais e supervisores da Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ.

<sup>19</sup>Jeanne Marie de Leers da Costa Ribeiro: psicóloga psicanalista, mestre em Teoria Psicanalítica pelo Instituto de Psicologia da UFRJ. Atuou no Programa de Assistência à Criança Portadora de Deficiência da LBA. Integrou a equipe do NAICAP de 1991 a 2003.

<sup>20</sup>Ana Beatriz Freire: psicóloga da UFRJ, mestre e doutora em Psicologia Clínica pela PUC-RJ.

Mesmo com alterações em seu espaço físico, o então NIJ manteve uma orientação de trabalho que congregava parte do que havia se construído no NAICAP, com atendimento ambulatorial e assistência ao paciente internado nos leitos infantis do Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP). Em 2012, o serviço separou-se do referido instituto, transformando-se no **CAPSi Maurício de Sousa**. Embora seu cadastro oficial junto ao Ministério da Saúde só tenha se efetivado no final de 2016, desde sua inauguração vem trabalhando dentro dos princípios e diretrizes dos CAPSi.

Sua área de cobertura engloba duas Áreas Programáticas de planejamento (AP1.0 e 2.1)<sup>21</sup>, que incluem bairros das Zona Sul e região central do Rio de Janeiro, onde vive uma população de aproximadamente 800.000 habitantes, segundo pesquisa do IBGE (2012)<sup>22</sup>. Como perfil populacional, a AP 1.0 concentra a maior proporção de pessoas morando em favelas (29%), porém é a área com o maior aparato público de saúde instalado na cidade. Já a AP 2.1 concentra a maior densidade demográfica (14.051 hab/km<sup>2</sup>), a menor proporção de crianças de 0 a 14 anos (12,8%) e apresenta o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), exceto pela favela da Rocinha (SMS, 2013).

Sua equipe hoje é composta por 22 profissionais de nível superior e médio, sendo 17 da área assistencial e 05 da equipe de apoio<sup>23</sup>, entre estatutários e celetistas. Dentre os responsáveis pela assistência, oito têm formação psicanalítica, mesmo que seu vínculo ou sua graduação não seja em psicologia<sup>24</sup>. É supervisionado pela psicanalista Maria Sílvia Elia Galvão, personagem importante na história dos CAPSi do Rio de Janeiro, como veremos a seguir.

---

<sup>21</sup>Oficialmente, a AP 1.0 não tem CAPSi. A cobertura do CAPSi Maurício de Sousa a este território se dá sob a forma de suporte. Entretanto, na prática, a clientela que necessita de atendimento nos moldes de um CAPSi é assistida por ele.

<sup>22</sup>No apêndice A desta dissertação apresentamos o mapa do Rio de Janeiro dividido por Áreas Programáticas (AP), os bairros cobertos por cada uma e um gráfico da distribuição populacional.

<sup>23</sup>Tomamos como equipe de apoio categorias profissionais como: técnicos administrativos, auxiliares de escritórios, copeiros, farmacêuticos e demais profissionais que não lidam diretamente com o tratamento da clientela. O número total de profissionais é o que constava até a data da defesa desta dissertação.

<sup>24</sup>Dados oriundos da pesquisa curricular de cada um dos profissionais e confirmados por contato telefônico com os CAPSi. A relação dos profissionais dos CAPSi está disponível no site do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES. A mesma referência foi utilizada na pesquisa dos outros CAPSi. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais-ativos> acessado em 24/01/17.

### 2.2.1.2 CAPSi Pequeno Hans

Primeiro CAPSi da cidade, o CAPSi Pequeno Hans foi fruto de uma parceria entre a APPEC (Assistência e Pesquisa em Psicologia, Educação e Cultura, instituição fundada em 1987) e a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, diante da preocupação pela carência de centros de atendimento para crianças e adolescentes em sofrimento mental. Seu projeto foi redigido por Maria Sílvia Elia Galvão e Luciano Elia, ambos psicanalistas e, na época, membros da APPEC e do Laço Analítico Escola e Psicanálise (LAEP), sendo entregue ao então prefeito Luiz Paulo Conde em 1997 (GALVÃO; ELIA, 2008).

Uma vez aprovado o projeto, iniciou-se uma série de debates para a viabilização do serviço. Deles participaram, além de seus proponentes: Katia Wainstock Alves dos Santos, psicanalista, que viria a se tornar diretora do serviço mais à frente, em 2009; Dr. Carlos Augusto de Araújo Jorge, então diretor da Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula (FUNLAR); e o Dr. Hugo Fagundes, da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro. Como até então só existia o NAICAP, que atendia a toda a cidade, foi proposto que o CAPSi se alocaria e daria cobertura a uma área de maior carência de recursos naquele momento, a Zona Oeste (ibid.).

Em julho de 1998, foi então firmado o convênio de parceria entre a APPEC e a Prefeitura. Em setembro do mesmo ano, o CAPSi Pequeno Hans iniciou suas atividades nas dependências do Centro Municipal de Assistência Social Integrada (CEMASI), em Realengo, local que abrigava diversas instituições e projetos da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Na direção do CAPSi ficou a própria Maria Sílvia Galvão, que exerceu o cargo até 2009, e na supervisão, Luciano Elia. Em abril de 2002, o CAPS mudou-se para o Jardim Sulacap, bairro onde se localiza até o presente momento (ibid.).

Como podemos notar, a influência psicanalítica se mostrou presente não somente na escolha do nome do CAPS (o caso icônico do pequeno Hans descrito por Freud), mas nas próprias figuras que encabeçaram sua concepção. Suas diretrizes e princípios se orientaram desde o início pela lógica dos CAPS e sob orientação psicanalítica, como pode ser encontrado na longa literatura onde constam relatos dos trabalhos realizados no mesmo<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup>Sobre a experiência psicanalítica no trabalho do CAPSi Pequeno Hans, recomendamos:

ELIA, L. F. Responsabilidade do Sujeito e Responsabilidade do Cuidado no Campo da Saúde Mental. *Academus Revista Científica da Saúde*, [S.l.], v. 3, n. 4, mar. 2016. ISSN 1806-9495. Disponível em: <<http://smsrio.org/revista/index.php/reva/article/view/92/114>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

ELIA, L. F. O dispositivo psicanalítico ampliado e sua aplicação na clínica institucional pública de saúde mental infanto-juvenil. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, dez. 2007. Disponível em

Hoje o CAPSi Pequeno Hans se mantém atendendo à AP 5.1, que engloba bairros da Zona Oeste, como Realengo, Bangu, Padre Miguel, Sulacap, dentre outros, onde habitam aproximadamente 680.000 pessoas (SMS, 2013). Sua equipe é formada por 26 profissionais (17 da assistência e 08 da equipe de apoio), entre estatutários e celetistas, sendo 07 com formação psicanalítica. Foi supervisionado durante muitos anos por Luciano Elia e hoje quem está à frente deste cargo é uma de suas fundadoras, Kátia W. Santos.

### 2.2.1.3 CAPSi CARIM

O **Centro de Reabilitação para a Infância e a Juventude (CARIM)** foi originalmente criado em 1998. Porém, só mais tarde, após a Portaria nº 336/2002, a mesma que institui os CAPS, o CARIM foi credenciado pelo Ministério da Saúde como CAPSi, em 19 de novembro de 2002 (Portaria nº 2103/2002). Diferentemente dos outros, o CARIM faz parte da esfera federal, estando inserido na rede de saúde mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, o IPUB, localizando-se dentro das dependências deste instituto. Ainda assim, compartilha com os demais a divisão das Áreas Programáticas da cidade, estando sob responsabilidade da AP 2.2 (Tijuca e região)<sup>26</sup> e alguns bairros da AP 2.1 (Copacabana, Leme, Botafogo, Humaitá e Urca), o que corresponde a um total de aproximadamente 507.000 habitantes. Ambas as APs apresentam perfil populacional semelhantes (SMS, 2013).

Como um serviço vinculado a uma universidade, seu foco visa não somente a assistência, mas também a formação universitária e a pesquisa acadêmica dos principais problemas de saúde mental dessa faixa etária (TEIXEIRA, 2015, p. 45). Hoje sua equipe é composta por 16 profissionais, sendo 13 da assistência clínica, na sua maioria estatutários. Dentre eles encontramos quatro psicanalistas. Tem como supervisora a psicóloga e psicanalista Ana Cristina Figueiredo.

---

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812007000300018&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812007000300018&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 20 fev. 2017

<sup>26</sup>Da mesma forma como a AP 1.0, a AP 2.2 não conta oficialmente com um CAPSi no seu território (o CARIM se localiza em Botafogo – AP 2.1). A posição do CARIM, por ser de esfera federal e dividir o território com o CAPSi Maurício de Sousa, se mostra, portanto, um tanto peculiar na rede em comparação com os demais CAPSi.

#### 2.2.1.4 CAPSi Eliza Santa Roza

Fundado em 2001, ainda antes da III CNSM, o CAPSi Eliza Santa Rosa surgiu como resultado da transformação de um ambulatório do Hospital Municipal Jurandyr Manfredini. Seu nome foi escolhido em homenagem à importante psiquiatra e psicanalista da área da infância, cujo percurso profissional não só foi dedicado à SMCA, mas também a trabalhos autorais sobre o tema (PINTO, 2005).

Sua área de cobertura é a AP 4.0, composta por bairros da Zona Oeste, como Barra da Tijuca e Jacarepaguá, que representam a segunda maior área geográfica da cidade, com 294 km<sup>2</sup> (cerca de um quarto do território da capital fluminense). Esta região apresenta a segunda maior população (920 mil habitantes) e a menor densidade demográfica da cidade (3.097 hab./km<sup>2</sup>), sendo considerada um vetor de expansão urbana de populações de média e alta renda.

O CAPSi Eliza Santa Roza conta hoje com 24 profissionais, sendo 17 da área da assistência e 07 da área administrativa, entre celetistas e estatutários. Do seu quadro de funcionários, 05 são psicanalistas. Sua supervisão é também realizada pela psicóloga e psicanalista Katia W. Santos, a mesma do CAPSi Pequeno Hans.

#### 2.2.1.5 CAPSi Maria Clara Machado

Nomeado em homenagem à renomada autora e teatróloga de obras voltadas para o público infantil, o CAPSi Maria Clara Machado surgiu a partir de um trabalho iniciado desde 2000 pela Sub-Gerência de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência do Instituto Municipal Nise da Silveira (Hospital dia e noite Isabela Martins), composta por ambulatório, centro de atenção diária e enfermaria, que atendia a todo estado do Rio de Janeiro. Somente em 07 de maio de 2007 é finalmente inaugurado, após pactuações com os serviços da área, com os Institutos Municipais Jurandyr Manfredini e Philippe Pinel e com o estado. Uma vez desativada a Sub-Gerência, o Instituto Municipal Nise da Silveira passou a contar somente com leitos para internações infanto-juvenis das AP 3.1, 3.2 e 3.3, ficando sob a responsabilidade do CAPSi Maria Clara Machado a prestação da assistência a esta clientela durante e após as internações. Nessa época, as AP 3.1 e 3.3 ainda não contavam com seus respectivos CAPSi, que só vieram a surgir em 2012, assumindo, cada qual, suas referências



(LIBÉRIO, M.; ALBUQUERQUE, P., 2008, p. 103). Este serviço ficou, até 2016, sob a direção de Anamaria Lambert, psicanalista de grande influência no desenvolvimento da rede de SMCA do município.

Hoje sua área de cobertura é apenas a AP 3.2, onde vivem 576.000 habitantes. O CAPSi conta com 26 funcionários, sendo 22 da assistência e 04 administrativos, entre estatutários e celetistas. Dos funcionários, 04 são psicanalistas e tem como supervisora a psicanalista Aline W. Gomes.

#### 2.2.1.6 CAPSi João de Barro

Inaugurado em novembro de 2008, no bairro de Campo Grande, surgiu a partir de um projeto de Cooperação Técnica entre a SMS e a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPD). Foi idealizado a partir de discussões nos Fóruns de Saúde Mental das áreas, das quais participaram: a Assessoria Técnica da Coordenação de Saúde Mental; representantes das Coordenadorias de Saúde da Área de Planejamento (CAP) 5.2 e 5.3; trabalhadores da rede ambulatorial e do CAPS Simão Bacamarte; e representantes da FUNLAR. Composição esta que representou um esforço de caráter intersetorial na tentativa de suprir a assistência psicossocial à criança e ao adolescente da área. Seu nome homenageia o músico e compositor Carlos Alberto Ferreira Braga, o João de Barro. Além de figura importante da música brasileira, tendo cantado ao lado de Noel Rosa e Pixinguinha, sua fama incluiu toda uma produção musical voltada para crianças, como a gravação do primeiro disco da Turma do Balão Mágico, a gravação de fábulas e contos da coleção Disquinho, e a composição de canções infantis e juninas (LIBÉRIO & ALBUQUERQUE, 2008, p. 149-150).

O CAPSi João de Barro dá cobertura a uma área geograficamente grande na Zona Oeste da cidade, as AP 5.2 e 5.3<sup>27</sup>, que incluem bairros como Campo Grande, Guaratiba, Paciência e Santa Cruz. Em conjunto, estas APs representam a maior área geográfica da cidade e juntas somam aproximadamente 1.000.000 de habitantes. Se pegarmos toda a AP 5 (incluindo a área coberta pelo CAPSi Pequeno Hans), veremos que, em termos demográficos, elas conformam a segunda área mais populosa do município, respondendo por 27% da população da cidade. Em outras palavras, um quarto da população carioca é coberto por

---

<sup>27</sup>Localizado no território AP 5.2, oficialmente a assistência à AP 5.3 é dada no caráter de suporte. Esta AP também não conta, até o presente momento, com um CAPSi no seu território.

apenas dois CAPSi, sendo o João de Barro responsável pela maioria deles. Além disso, esta região é considerada um vetor de expansão urbana para as populações de média e baixa renda (SMS, 2013).

Com relação ao perfil da equipe do CAPSi, é representada por 14 profissionais da área assistencial e 02 da equipe de apoio (total de 16), sendo que, destes, quatro são psicanalistas de formação. Supervisão está a cargo da psicóloga e psicanalista Gabriela Rinaldi Meyer.

#### 2.2.1.7 CAPSi Visconde de Sabugosa

Iniciando suas atividades em julho de 2012, com apenas 06 profissionais, o CAPSi Visconde de Sabugosa dá cobertura à AP 3.1 (Bonsucesso, Maré, Ilha do Governador e região), área esta que até então recebia suporte do NIJ (hoje CAPSi Maurício de Sousa) e conta hoje com 900.000 habitantes (SMS, 2013). Localizado em Ramos, sua montagem foi articulada pela Coordenação de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro na área técnica infanto-juvenil. Esteve à frente deste projeto Sandra Regina Guedes Pacheco, terapeuta ocupacional, cuja experiência adquirida no atendimento a esta clientela e como diretora do NIJ de 2004 a 2011 teve papel fundamental no desenvolvimento deste serviço nos pouco mais de quatro anos de sua existência. Hoje Sandra Pacheco está à frente da supervisão deste CAPSi, que conta com 11 funcionários, todos profissionais da assistência clínica, sendo dois deles psicanalistas. Apesar do pouco tempo de existência e de ainda aguardar a homologação de seu cadastro junto ao Ministério da Saúde, o CAPSi Visconde de Sabugosa rapidamente se inseriu na rede do território 3.1, sendo hoje importante ordenador desta rede.

#### 2.2.1.8 CAPSi Heitor Villa-Lobos

Último CAPSi inaugurado na cidade, o CAPSi Heitor Villa-Lobos abriu suas portas em 2012, dando cobertura à AP 3.3, que até então era carente de cobertura efetiva em SMCA. Localizado em Madureira, nas mesmas dependências do Posto de Assistência Médica Alberto Borgerth, funciona com 22 profissionais (19 na assistência e 03 da equipe de apoio), sendo 09 deles psicanalistas. Sua supervisão é feita pela psicóloga psicanalista Sandra Regina Soares

Aroca. Sua área de cobertura concentra a maior população da cidade (960.000 habitantes), envolvendo 28 bairros, dentre eles Irajá, Madureira, Acari, Pavuna e suas adjacências. Em conjunto com as APs 3.1 e 3.2, representa a área mais populosa da cidade (37,9%), sendo que metade dos moradores de favelas do município vive nessa região.

#### 2.2.1.9 Análise geral do perfil dos CAPSi cariocas

Analisando agora os perfis dos CAPSi da cidade podemos levantar algumas considerações. Do ponto de vista geográfico e populacional, vemos que o número e perfil da população coberta, além da extensão da área de cobertura, são muito heterogêneos. Encontramos uma média de 800.000 mil habitantes por CAPSi, com variações de 500.000 a 1 milhão de habitantes. Alguns CAPSi se encontram em áreas muito grandes, enquanto outros em áreas pequenas, o que se mostra importante quando pensamos no deslocamento a ser feito tanto pela população para chegar ao CAPSi, quanto pelas equipes, para a realização de atividades territoriais. Do perfil populacional, vimos CAPSi que atendem áreas com grande concentração de favelas, outras com IDH mais desenvolvido, regiões com menor densidade de crianças menores e áreas que representam vetor de crescimento populacional (perceptivelmente, áreas já bem populosas).

Por outro lado, ao analisarmos as histórias dos CAPSi, notamos algumas semelhanças. Dos oito CAPSi existentes, quatro surgiram no interior de institutos psiquiátricos, normalmente pela transformação de um serviço previamente existente em CAPS: o Instituto Municipal Philippe Pinel, o Instituto Municipal Nise da Silveira, o Instituto Municipal Jurandyr Manfrini e o IPUB/UFRJ. Estes serviços representam polos importantes da história da Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro, bem como se caracterizam por serem serviços de formação profissional. Se considerarmos o momento do surgimento dos cinco primeiros CAPSi, veremos que seu processo de formação se deu pelo protagonismo de profissionais da área, seja na articulação para a criação de um novo serviço, seja na transformação de outro já existente<sup>28</sup>. Isso se deu antes mesmo do direcionamento das PPSMCA para os CAPSi, a partir

---

<sup>28</sup>Incluimos aqui o NAICAP devido a sua particularidade de funcionamento muito próxima à dos CAPSi, mesmo que ele só tenha efetivamente se separado do HMPP e se tornado CAPSi Maurício de Sousa em 2012.

da III CNSM<sup>29</sup>. Os últimos três CAPSi formados se aproximam por terem surgido após a referida virada nas PPSMCA e a partir de um planejamento estratégico para alocá-los em áreas descobertas.

Por fim, cabe ressaltar a notável influência da psicanálise na formação e conformação dos CAPSi cariocas, especialmente da escola francesa de Jacques Lacan<sup>30</sup>. Este dado se torna evidente a partir não somente de sua história, mas também da conformação de seu quadro atual de profissionais e supervisores. Embora este dado não possa ser afirmado para outras regiões do Brasil (ou mesmo para outras cidades do RJ), ele é fundamental para o embasamento de nossa pesquisa, visto que estaremos efetivamente investigando um campo que não trabalha com a lógica da deficiência.

### 2.3 O autismo rumo à deficiência: o papel das associações de pais de autistas

Entremos agora no campo do autismo, que diferente de outros transtornos mentais infanto-juvenis, se mostrará um pouco mais complexa. Como vimos até agora, a resposta do Estado frente às demandas de assistência em SM para esta clientela se mostrou de certa forma única para todos, sem distinção de quadros patológicos específicos. Vimos também como e quem participou da construção deste direcionamento político.

Entretanto, o fato do autismo ter sido definido como uma “deficiência para todos os fins legais” pela Lei 12.764 em 2012 está longe de ser apenas uma mudança do status legal dos autistas. Esta definição marca uma forma diferente de concebê-lo desenvolvida durante um longo período de tempo. Como veremos, ao lado dos debates que levaram à criação dos CAPSi, um movimento em paralelo se formou, trazendo consigo uma visão própria sobre o TEA, juntamente com exigências políticas, assistenciais e jurídicas bem diferenciados. Refiro-me aqui ao movimento das *associações de pais de autistas*.

Não podemos, de forma alguma, afirmar que antes do surgimento das atuais PPSMCA não havia nenhum tipo de assistência a esta clientela. Entretanto, os serviços até então existentes surgiram sobretudo com o objetivo de oferecer assistência educacional a

---

<sup>29</sup>Embora tenha sido inaugurado somente em 2007, as articulações para a montagem do CAPSi Maria Clara Machado se iniciaram mais cedo, em 2000, como vimos acima.

<sup>30</sup> Afirmamos a influência da psicanálise lacaniana nos CAPSi do Rio de Janeiro com base na nossa experiência profissional na área e do contato direto com estes serviços nos encontros da RAPS.

crianças excluídas da educação especial da rede pública. Tal rede só contemplava deficientes de “grau leve” em suas escolas (OLIVEIRA, 2013, p. 25). Sua configuração remonta a década de 1940, quando, diante da ausência de resposta consistente do Estado para lidar com *crianças excepcionais* graves, houve uma organização dos familiares no sentido de criar empreendimentos para assistência de seus filhos. Refiro-me aqui à Associação Pestalozzi, fundada por Helena Antipoff em 1948, e a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), criada por Beatrice Bemis em 1954.

Os autistas se encontravam então dentro deste grupo das crianças com deficiência mental. Somente na década de 1980 é que ele ganha popularidade como entidade nosográfica a partir de alguns profissionais que trouxeram sua experiência adquirida no exterior e influenciaram os pais na sua organização (MELLO et al., 2013).

### 2.3.1 A formação e ativismo das associações de pais de autistas

Embora o ativismo dos pais (em grupos ou individualmente) tenha se configurado com certas diferenças, eles agiram como um grupo mais ou menos homogêneo durante o período que precedeu a aprovação da referida lei. Por esta razão, os trataremos assim ao descrevê-los, porém daremos ênfase a algumas associações que se mostraram mais influentes neste processo.

A primeira associação voltada especificamente para autistas surgida no Brasil foi a **Associação de Amigos do Autista (AMA)**, fundada em 1983 na cidade de São Paulo. Estabelecendo intercâmbio com instituições especializadas internacionais, os familiares da AMA conheceram e passaram a aplicar o método TEACCH, que até então era tido como a metodologia mais avançada para o tratamento deste quadro clínico. Posteriormente, numa cooperação com o instituto americano *New England Center for Children* (NECC), o instituto passa a aplicar o método ABA e importa a técnica CALM, que protocolava ações de contenção física de autistas em momentos de crises de agressividade (MELLO, 2013).

Outra atuação importante da AMA se deu na forma de estratégias de divulgação de seu movimento em prol de sua efetivação. Ainda na década de 1980, promoveu encontros entre pais e profissionais para discutir o tema do autismo e traçar linhas de ação, além de campanha midiática abordando o autismo. Tais ações conquistaram o apoio do Estado de São Paulo para a construção de uma unidade de tratamento e no financiamento de viagens para visitar

instituições nos EUA e Europa. Em 1989, a AMA expande sua atuação, firmando um convênio com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), para o financiamento de pesquisas. Com tal finalidade, organiza uma série de congressos e simpósios, com participação de importantes pesquisadores internacionais (MELLO, 2013).

Sua atuação ganha grande repercussão e recebe premiações como, por exemplo, o Prêmio Direitos Humanos em 1998, ofertado pela UNESCO e pela Presidência da República (ibid.). Ao longo de sua existência, proliferou-se para demais regiões, contabilizando atualmente 28 associações em todo o território nacional (OLIVEIRA, 2015, p.29). Ainda assim, a AMA-SP é a maior e mais bem estruturada do país. Seu modelo também influenciou a criação de muitas outras instituições semelhantes.

O sucesso e expansão AMA para outras capitais gerou a necessidade da criação de uma entidade representativa nacional que as congregasse e partisse em defesa dos interesses de seus contemplados. Surge então em 1988 a **Associação Brasileira de Autismo (ABRA)**, formada inicialmente pelas AMA de cinco estados. Sediada em Brasília, definia-se como uma entidade civil sem fins lucrativos cujo objetivo era atuar “junto ao governo federal para criar e aprimorar políticas públicas em prol da cidadania, educação e qualidade de vida de pessoas com autismo” (ABRA, 2014). Com isso, podemos dizer que a ABRA foi a primeira organização mais ampla das AMA rumo a um ativismo político mais sólido.

Desde a década de 1990, a ABRA tem participação efetiva no conselho consultivo da Coordenadoria da Pessoa com Deficiência (CORDE – atual CONADE) e também no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Em 2002, o Ministério da Saúde lança a Portaria Ministerial 1.635, que intencionava garantir o atendimento das pessoas com deficiência. A ABRA atuou junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o CONADE, ajudando na elaboração da Portaria. Tal influência levou à inclusão da palavra autismo no seu texto, o que, por sua vez, permitiu que o Ministério da Saúde realizasse convênios e repassasse verbas para instituições que atendessem pessoas com autismo (ABRA, 2014).

Desde 2011, a ABRA tem reivindicado junto ao Ministério da Saúde uma série de ações em prol das pessoas com autismo, que incluem: campanhas de divulgação sobre o tema, visando a detecção precoce dos quadros; criação de Centros de Referência em pontos estratégicos do país; elaboração de um protocolo de diagnóstico e tratamento; realização de estudos de prevalência do autismo no país; e elaboração e atualização de uma lista de profissionais que trabalham com autismo. A implementação destes pontos tem sido cobrada e acompanhada pela ABRA.

Em 17 de novembro de 2011, é instituído pelo Decreto Presidencial 7.612 o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – *Plano Viver sem Limite*, cuja finalidade é promover programas e ações, por meio de políticas integradas e articuladas, além de garantir o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência, dentro dos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Suas diretrizes transitam em torno de quatro eixos de atuação: acesso à educação; atenção à saúde; inclusão social; e acessibilidade (BRASIL, 2011).

O lançamento deste Plano suscitou a criação de um Grupo Técnico de Trabalho, cujo objetivo era a elaboração de protocolos com parâmetros de atendimento a pessoas com TEA. Tal grupo surgiu de pressões de determinadas associações de pais e familiares de autistas, dentre elas a ABRA, que teve importante participação neste processo de elaboração. Observamos que, neste grupo de trabalho, um nível mínimo de consenso não foi atingido, sendo o protocolo então desmembrado em dois documentos, um voltado para a atenção psicossocial e outro para a reabilitação. São eles a “Linha de Cuidado para a atenção às pessoas com TEA e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde” e as “Diretrizes da Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo”, ambos lançados em 2013 (ABRA, 2014). O fato de um consenso não ter sido alcançado e de duas diretrizes terem sido tomadas nos evidencia que o Estado, ao convocar estes Grupos de Trabalho, não obteve êxito no seu papel de conciliador dos conflitos preexistentes e na criação de uma política pública única que contemplasse ambas as demandas.

Cabe ressaltar que a formação de um Grupo de Trabalho como este não é inédita. O direcionamento do tratamento do TEA pela atenção psicossocial, instituído pelas PPSMCA a partir da III CNMS, havia suscitado discordâncias entre os vários atores e militantes, evidenciando a necessidade de criação de espaços de discussão. Além de várias audiências públicas, conferências e simpósios, houve em 2008 a convocação, pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, do “Grupo de Trabalho sobre Atenção ao Autismo no SUS”. Este grupo visava não somente conhecer a situação da atenção à pessoa com TEA na rede do SUS naquela época, mas também propor medidas para ampliação do acesso e da qualificação da rede. Seu arranjo se mostrou bastante plural quanto à participação, tendo a ABRA ocupado importante espaço nos debates (BRASIL, 2008).

Por fim, a ABRA vem atuando na formação, capacitação e divulgação de conhecimentos sobre os TEA através de congressos e jornadas regionais. Suas estratégias não

se restringem apenas aos dispositivos assistenciais no âmbito do SUS, mas também nas políticas de inclusão escolar junto ao Ministério da Educação.

Como vimos, as primeiras associações de pais surgiram com o objetivo inicial de prestar atendimento especializado ao autista, mas foram ganhando um caráter mais político e reivindicativo à medida que se expandiam. Com isso, puderam fixar as bases para que outras associações focadas na advocacia da causa autista emergissem, principalmente nos anos 2000. Dentre elas, podemos citar a *Associação Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas com Autismo* (ABRAÇA), o *Movimento Orgulho Autista* (MOAB), a *Associação em Defesa do Autismo* (ADEFA), a *Associação de Pais de Autistas e Deficientes Mentais* (APADEM) e a *Fundação Mundo Azul*. Embora elas se diferenciem quanto ao tamanho e abrangência de suas atividades, suas similaridades se encontram nos principais objetivos que advogam: a luta pelos direitos dos autistas e suas famílias, pela criação de leis nas diversas esferas do governo e pela garantia da reversão destas leis, na prática, em programas e serviços assistenciais (RIOS; ANDRADA, 2015).

### 2.3.2 Por que novamente deficiência?

Uma vez elucidado o caráter político das associações de pais, é importante agora nos atermos a uma análise crítica de seu pensamento a respeito do autismo e de como ele vem regendo as propostas e os ativismos destes grupos. Ao iniciar este tópico, nos remetemos a um período em que o autista era assistido por entidades educacionais por fazer parte do grupo indistinto das crianças excepcionais, ou seja, *deficientes mentais*. Sendo assim, não é a primeira vez que esta designação lhe foi dada.

A própria noção de deficiência mental era muito intrincada com a da alienação mental. Como demonstra Lobo (2008), foi no século XIX que a deficiência entrou no rol das doenças mentais, sendo Pinel o responsável por sua inclusão sob a alcunha de idiotia. Até o início do século XX, vários autores, tanto da área médica, quanto da educação, empreenderam esforços no sentido de diferenciar idiotia da loucura. Uma das primeiras diferenciações foi fornecida por Esquirol, que afirmava que para o louco considerava-se a possibilidade de cura, o que não era possível para a deficiência intelectual. De fato, enquanto o louco era objeto de fascinação, a figura do deficiente incorporou o que existe de monstruoso e feio na condição humana. Cabe ainda destacar que a concepção de deficiência mental, no final do século XIX, adquiriu



uma perspectiva organicista (neurológica), sendo considerada como um atraso no desenvolvimento cognitivo (RIZZINI & MENEZES, 2010).

Custou à idiotia, marcada por causas orgânicas, por estigmas físicos, considerada incurável, questionada enquanto doença, adquirir essa invisibilidade nosográfica da psiquiatria. Nem por isso deixou de ser, desde o início, assimilada à alienação e à doença mental, quer nos discursos, quer nas práticas de enclausuramento. É este ponto que nos interessa: a institucionalização da idiotia pelo psiquiatra e que, por extensão, fez nascer no início do século XX a criança anormal (LOBO, 2008, p. 347).

No início do século XX, várias foram as tentativas de sistematizar a deficiência mental, surgindo nomenclaturas como imbecilidade, idiotismo e cretinismo, que na época figuravam características diferenciadas da deficiência mental (ibid., p. 378)

Como vimos mais acima, a resposta do Estado para lidar com o problema do menor em situação irregular foi o da institucionalização. Naquele ponto ressaltamos que à criança deficiente era dado o mesmo destino, pois eles se encontravam sob a ótica da anormalidade, seja jurídica, seja médica, seja educacional. Lobo (2008) nos aponta dois tipos de anormais: “o anormal de asilo (em princípio excluído da escola) e o anormal escolar, que, considerado educável, precisava de outras instituições especializadas: a escola especial ou o reformatório” (ibid., p. 386).

De fato, observamos que aos deficientes o recolhimento à condição asilar se mostrou evidente. A exemplo disso, encontramos no Rio de Janeiro a criação, ainda no século XIX, do Hospício Pedro II, do Imperial Instituto dos Meninos Cegos, do Instituto dos Surdos-Mudos e, já no início do século XX, do Pavilhão-Escola Bourneville para Crianças Anormais, no interior do então Hospital Nacional de Alienados (LOBO, 2008, p. 393). Especialmente no caso dos hospícios, a internação destas crianças se deu de forma exponencial ao longo de seus anos de existência (ibid., p. 402-403).

E o autismo? Ora, como discutimos no capítulo um, de sua descrição em 1943 até meados dos anos de 1970, a nível teórico, o autismo mal era distinto das psicoses, principalmente pela influência psicanalítica na psiquiatria. Somente nos anos de 1980 ele ganharia um outro status dentro da nosografia psiquiátrica. Se isto era evidente a nível internacional, no Brasil a situação era um pouco diferente. Como vimos logo acima, o conhecimento deste quadro só passou a ganhar monta também nos anos 80, o que permitiu a organização de pais e profissionais em associações, divulgando seu caráter nosológico diferenciado das outras deficiências e sua necessidade de intervenção própria. Antes disso, seus cuidados se davam por instituições de caráter educacional, caritativo ou mesmo

manicomial, já que alienação e deficiência não se diferenciavam, num geral, quanto à resposta institucional do Estado.

Com isso, aquele quadro que até então ficava misturado no grupo indefinido dos deficientes mentais no Brasil, configurando uma população historicamente excluída da sociedade, passa a ganhar uma nova definição e a se destacar deste grupo. Sua inclusão no grupo dos transtornos mentais permitiu que neles respingasse, mesmo que a longo prazo, uma série de princípios de inclusão almejados tanto pela Reforma Psiquiátrica, quanto pelas associações de pais que se formavam. Pensando por este lado, podemos inferir que, diferente dos argumentos dos ativistas da Reforma, no caso do autismo, o foco no diagnóstico psiquiátrico permitiu a inclusão de uma população historicamente excluída, e não o contrário.

É de nossa opinião que o retorno do autismo para o campo da deficiência parece ter sido uma estratégia muito mais política, rumo à inclusão e conquista de direitos, do que ideológica em si. Um dos fatores que apoia nossa teoria é o fato de que, à medida que as associações de pais tentavam transformar suas demandas políticas em políticas públicas, elas se viram diante do desafio de definir qual era a população específica a ser contemplada e que tipo de inclusão social se queria para eles. Em outras palavras, para se engajar numa mobilização política se fez necessário definir o que é o autismo e que tipo de assistência queriam que o Estado fornecesse. No caso das associações referidas, como podemos ver em sua história, a maioria se baseou numa tendência internacional que foca numa aceção neurobiológica do autismo e preconiza uma terapêutica comportamental. As demandas políticas também existem no campo da educação, gerando várias controvérsias, principalmente diante da amplitude do espectro autista. No entanto, como o foco de nossa pesquisa é no campo da saúde, não adentraremos esta questão.

Outro fator importante a se considerar é que a influência internacional não se deu apenas no campo etiológico do autismo, mas também político. Quando falamos sobre a criação das leis e decretos voltados para deficientes no Brasil, várias vezes nos referimos à influência de tratados e convenções internacionais, mostrando que os movimentos pelos direitos das pessoas com deficiência eram uma tendência em várias partes do mundo. Tal tendência propiciou que o Estado brasileiro criasse, ao longo dos anos, todo um arcabouço legal de direitos para as pessoas com deficiência. Ora, sob esta ótica, nos parece ter sido mais pragmático, para as associações de pais, aderirem-se a uma tendência internacional rumo à ressignificação do autismo como deficiência, visto que este seria um caminho mais rápido e certo para o acesso aos mesmos direitos já conquistados pelos deficientes no Brasil.

A adesão a esta concepção do autismo pode ter resolvido o problema a princípio, mas trouxe consigo algumas controvérsias, principalmente nestes dois pontos: o processo diagnóstico e o tratamento. Com relação ao diagnóstico, vejamos alguns pontos. Como analisa Rios & Andrada (2015), descrever o autismo como uma desordem neurológica conduz à percepção dele como uma entidade objetiva, existente fora da subjetividade da criança. Esta entidade deve então ser descoberta e tratada. Diante disso, surge a problemática do processo diagnóstico em si. Embora haja uma extensa literatura descrevendo o autismo em termos neurobiológicos, seu diagnóstico ainda é eminentemente clínico, não havendo até o momento exames complementares que possam confirmá-lo. Outro ponto importante diz respeito à valorização do diagnóstico precoce. Como o diagnóstico é clínico, seria necessário então que houvessem especialistas capacitados na identificação precoce dos sinais de autismo. Ora, tanto no Brasil, quanto em várias partes do mundo, isto se mostra um desafio, visto que tanto o conhecimento sobre sinais precoces, quanto os recursos humanos especializados em identifica-los são ainda insuficientes. Diante disso, somado às inúmeras experiências relatadas pelos pais sobre sua longa jornada enfrentada, passando por vários profissionais, até se conseguir chegar ao diagnóstico, muitos deles acabam concluindo que o autismo é amplamente subdiagnosticado no Brasil (RIOS; ANDRADA, 2015).

O segundo fator de controvérsias diz respeito ao tratamento. A maior parte das queixas dos pais com relação ao tratamento nos CAPSi envolve duas questões: 1) o fato deste serviço não ser específico para autistas e de expô-los ao convívio de outros transtornos potencialmente violentos, referindo-se aos esquizofrênicos e usuários de drogas; 2) ao tipo de terapia que, segundo muitos deles, apenas distribui medicações e/ou simplesmente deixam a criança fazer o que quer, não adotando metodologias baseadas em evidências (NUNES, 2014). Como veremos no capítulo seguinte, tal visão sobre a relação dos CAPSi com a dispensa arbitrária ou mesmo excessiva de medicações se mostra totalmente equivocada.

Assim, muitos pais ativistas têm sido veementes em suas demandas por centros especializados para autistas que apliquem técnicas especializadas. Como vimos acima, várias destas técnicas (ABA, TEACCH, etc.) são aplicadas nas associações, como a exemplo da AMA. A grande controvérsia aparece no momento em que o ativismo mira a esfera pública, pois constatamos que estes pais não são muito específicos quanto ao tipo de tratamento que desejam. Sua maior preocupação é que a metodologia adotada seja “baseada em evidências”, numa clara crítica à metodologia das pesquisas psicanalíticas, que se baseiam sobretudo no Estudo de Caso. Neste cenário, é possível suspeitar que,

mais do que a expressão de um consenso concernente a qual metodologia específica deveria ser adotada pelo SUS, a retórica “baseado em evidências” tem sido utilizada para criticar e desbancar as abordagens psicanalíticas (RIOS; ANDRADA, 2015).

#### **2.4 A Lei 12.764/2012: seu processo de construção e seu conteúdo**

A Lei 12.764, que define o autismo como deficiência, foi promulgada em 27 de dezembro de 2012, recebendo a alcunha de “Lei Berenice Piana”, em homenagem à mãe de autista que esteve à frente de todo seu processo de construção. Em 2012, antes mesmo da aprovação da lei, Berenice publicou um artigo na revista *Autismo* intitulado “A história de uma lei”, onde faz o relato de sua luta.

Motivada pelas dificuldades que viveu para encontrar e custear tratamento para seu filho autista e sensibilizada com as experiências de outras mães, Berenice passou a se engajar na luta por políticas públicas para autistas, inicialmente participando de palestras e workshops. Posteriormente, através de uma rede social, entrou em contato com o senador Paulo Paim (PT-RS), relatando as dificuldades encontradas na busca por tratamento para pessoas com TEA. Para sua surpresa, obteve a sensibilização do senador, que propôs uma audiência junto à Comissão de Direitos Humanos do Senado para tratar do tema. A partir de então, Piana passou a contatar e se aliar a outros pais que já estavam na luta pelas causas autistas (PIANA, 2012, p. 40).

Um exemplo disso foi a parceria com Ulisses da Costa Batista, também pai de autista, que já apresentava uma trajetória bastante peculiar nesta batalha. Em 2004, Ulisses fez uma denúncia junto à Defensoria Pública do Rio de Janeiro, alegando que o Estado do Rio de Janeiro não fornecia assistência ao diagnóstico precoce, ao tratamento e à educação para pessoas com TEA. Tal denúncia gerou no ano seguinte uma Ação de Tutela Antecipada com pedido de Liminar, exigindo uma resposta do estado ao pleito das famílias. Como houve demora na resposta à liminar, a Defensoria, por sugestão de Ulisses, entrou com uma representação contra o Brasil junto à Organização dos Estados Americanos (OEA), com base no acordo interamericano para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência (REVISTA AUTISMO, 2012, p. 41).

Outra das importantes atuações de Ulisses Batista ocorreu em 2006, quando propôs na Câmara de Vereadores do Rio de Janeiro um projeto de lei para atendimento gratuito aos

autistas. Foi aprovada então em 2007 a Lei Municipal 4.709 (inédita no Brasil), que reconhece o autismo como uma deficiência e determina a criação de Centros de Tratamento que atendam às especificidades dos autistas. Dois anos depois, em 2009, foi inaugurado o pioneiro CEMARJ (Centro Municipal de Atendimento aos Autistas), que funciona nas dependências do CIAD Mestre Candeia (Centro Integrado de Atenção à Pessoa com Deficiência). Era prevista a criação de outros centros, mas a prefeitura derrubou a Lei 4.709 na justiça, interrompendo a expansão do projeto.

Em 17 de novembro de 2009, Berenice, Ulisses e outros pais conseguiram mobilizar 400 pessoas a comparecerem numa audiência pública no Palácio Tiradentes, sede da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ), onde falaram sobre o tema do TEA. O sucesso da empreitada foi imediato, tanto que uma semana depois estavam em Brasília, tendo a viagem sido custeada por um dos deputados estaduais. Lá foram recebidos pelo senador Paim para falarem sobre a situação do autismo no Brasil. O senador apoiou a causa e os orientou a redigir o texto da lei, ficando ele como relator.

Iniciou-se então uma série de encontros para a confecção da Lei, contando com a participação dos pais, da Dra. Patrícia Magno (Defensora Pública Federal) e do assessor do senador Paim, sendo eles orientados pelo advogado Dr. Josemar Araújo. Em março de 2010 o projeto foi protocolado (Projeto de Lei do Senado 168/2011). Foi então que Berenice e seus apoiadores deram início a uma grande campanha de divulgação online, recebendo em pouco tempo a adesão e o apoio de pessoas de várias partes do país.

Tendo sido aprovado em 15 de junho de 2011 no Senado, o projeto foi inscrito na Câmara dos Deputados como PL 1631/2011 e teve sua redação final aprovada em 4 de setembro de 2012. Em 27 dezembro daquele mesmo ano, foi finalmente sancionada pela Presidência da República, como Lei 12.764, instituindo a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

Vale ressaltar que, embora Berenice Piana tenha iniciado e protagonizado a criação da lei, muitos foram os pais de autistas, associações e profissionais de várias áreas que fizeram parte, direta ou indiretamente, das articulações necessárias à sua efetivação (PAIVA JUNIOR, 2013, p. 32).

**Mas o que diz a Lei?**

Em seu texto, além de explicitar, com base nas características clínicas, o que se considera como pessoa com TEA, a lei as define como “pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais” (BRASIL, 2012). Esta definição se coloca como um marco, pois a partir dela os autistas passam a ter uma série de direitos já conquistados pelas longas lutas das pessoas com deficiência<sup>31</sup>. Alguns dos direitos garantidos já se encontravam em outras leis, porém a reunião deles numa única deu força aos movimentos em prol da causa autista, trazendo consigo a promessa de simplificação de sua aplicação (PAIVA JUNIOR, 2013, p.32).

Em seu artigo 2º, a lei versa sobre as diretrizes da Política de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA. Em termos gerais, garantem: intersetorialidade nas ações, nas políticas e no atendimento; participação da comunidade na formulação das políticas públicas; atenção integral às necessidades de saúde dos autistas, objetivando diagnóstico precoce, atendimento multiprofissional e acesso a medicamentos e nutrientes; estímulo à formação e capacitação profissional, além de estímulo à inserção no mercado de trabalho (observadas as peculiaridades da deficiência); responsabilidade do poder público quanto à informação pública sobre o transtorno; e incentivo à pesquisa.

No artigo 3º, a lei reconhece que são direitos das pessoas autistas a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da sua personalidade, a segurança, o lazer e a segurança contra qualquer tipo de abuso ou exploração. Reconhece ainda o acesso às ações e serviços de saúde, à educação, à moradia, ao mercado de trabalho, à previdência social e à assistência social. Garante também a presença de um acompanhante especializado, caso seja necessário, quando incluso numa classe comum de ensino regular.

O artigo 4º proíbe a submissão da pessoa com TEA a tratamento desumano ou degradante, a privação de sua liberdade ou do convívio familiar, e discriminação por motivo da deficiência. Estabelece ainda que, em caso de internação de autistas, deverão ser seguidos os mesmos critérios de indicação e proteção para portadores de transtorno mental previstos pelo artigo 4º da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup>O texto integral da Lei 12.764 e um resumo dos principais direitos garantidos aos deficientes foram materiais enviados aos participantes da pesquisa como leitura prévia, encontrando-se, portanto, no anexo e apêndice C desta dissertação.

<sup>32</sup> Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visarà, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

O artigo 5º garante que o autista não pode ser impedido de participar em planos privados de saúde em razão da deficiência. Por fim, o artigo 7º estabelece punições a gestores escolares, ou autoridades competentes, que se recusem a matricular autistas, ou outros deficientes.

O texto da lei não foi aprovado na íntegra, tendo a presidente vetado o inciso IV do artigo 2º, o parágrafo 2º do artigo 7º e o artigo 6º, sob a justificativa de que estes contrariavam o interesse público ou eram inconstitucionais. Os trechos vetados versavam sobre a possibilidade de horário especial para funcionários públicos com filhos autistas e sobre o atendimento educacional especializado gratuito para estudantes autistas.

Ao analisarmos o texto da Lei, soa estranho que tanto alarde tenha se estabelecido. Podemos constatar que os direitos garantidos aos autistas se encontram em plena consonância com os preceitos tanto do ECA, quanto aos das políticas de saúde mental. Além disso, boa parte deles já eram contemplados por leis anteriores, sendo que esta somente os congrega numa política única. Nos parece que o maior motivo de debates se encontra apenas na designação do autismo como “deficiência para fins legais”, principalmente quando se leva em conta a deficiência do ponto de vista do modelo médico. Todavia, a íntegra da lei nos evidencia que a deficiência por ela referida se aproxima muito mais do modelo social da deficiência, ou seja, as *disabilities*, mostrando uma amplitude muito maior deste conceito do que somente a do modelo deficitário. Tanto que acreditamos que, mesmo aqueles que sejam contra tal designação, dificilmente se colocariam contrários aos demais direitos garantidos pela lei. Como veremos no capítulo a seguir, esta questão foi amplamente discutida nos grupos focais realizados e as opiniões dos grupos serão expostas em seu devido tempo.

## 2.5 Contrarreações

Com essa análise, acreditamos ter pontuado os principais elementos referentes ao processo de desenvolvimento da concepção do autismo como deficiência no contexto político-assistencial brasileiro. Para finalizar este capítulo, gostaríamos de ressaltar que a ascensão da

---

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

lógica da deficiência não ocorreu sem reações vindas dos profissionais e apoiadores da atenção psicossocial.

Um exemplo disso ocorreu poucos dias antes da promulgação da Lei 12.764, porém, neste caso, foi desencadeado por um outro ato do poder público relacionado à lógica do autismo como deficiência. Refiro-me ao Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MPASP) ocorrido em 15 de dezembro de 2012, na cidade de São Paulo. Trata-se de uma organização de psicanalistas, ONGs e professores universitários formada devido à polêmica causada por uma Convocação Pública, lançada pelo Governo daquele estado, para o credenciamento de instituições especializadas em atendimento a pacientes com TEA, para eventual celebração de contratos e convênios. Este edital, lançado no Diário Oficial do Estado de São Paulo (nº 148 – DOE de 08/08/12 – Seção 1 – p.79), propunha a instituição de uma rede credenciada de instituições privadas especializadas no atendimento ao autismo, de forma complementar ao SUS.

A polêmica se deu pela forte influência do discurso médico no texto, pela especificação das linhas teóricas exigidas para psicólogos (Terapia Cognitivo-Comportamental) e fonoaudiólogos (conhecimento em linguagem pragmática), e também pela exigência de um compromisso expresso, por parte da instituição, de utilizar métodos cognitivo-comportamentais validados pela literatura, sendo especificados o PECS, o ABA e o TEACCH.

Acreditando que o edital apontava para um movimento estatal que privilegiava determinadas correntes epistemológicas em detrimento de outras, este encontro gerou um Manifesto, onde foi defendida a ampliação da rede de serviços de saúde mental infantil e do investimento na capacitação dos profissionais. Foram ainda reforçados os princípios e diretrizes da atenção psicossocial, além de dada a devida importância à detecção e intervenção precoce de sinais de risco para o desenvolvimento da criança. Talvez o ponto de maior ênfase tenha sido aquele em que o texto prezava pela pluralidade de metodologia e abordagem de tratamento (MPASP, 2013). De acordo com a Carta de Princípios do MPASP, seu objetivo principal é “divulgar e afirmar o lugar das práticas psicanalíticas e sua posição ética frente ao panorama atual das políticas públicas dirigidas ao tratamento das pessoas com autismo e suas famílias” (MPASP, 2013). Parece-nos claro, nos termos do Manifesto, que a reação desse movimento se deu mais devido a uma suposta tentativa de exclusão da psicanálise do tratamento dos autistas e à prescrição de métodos comportamentais do que ao tema da deficiência em si, pelo menos diretamente. Ainda assim, diante de tudo que foi discutido



anteriormente, nos parece difícil não associarmos uma reação como esta, diante da obrigatoriedade de linhas reabilitadoras, à questão da deficiência, pelo menos indiretamente.

O fato gerador da organização do MPASP foi o referido edital, porém observamos hoje uma expansão de seu propósito, com expressão mais ampla de seu campo de discussão, para além de seu fator gerador, chegando a se posicionar expressamente contra a definição de autismo como deficiência.

Em entrevista concedida à Revista Vínculo, em 12 de março de 2014, Ilana Katz, psicóloga e articuladora do MPASP junto ao Ministério da Saúde, entende o autismo como “um impedimento de longo prazo que obstrui e/ou dificulta a participação plena e efetiva dessa pessoa na sociedade COM AS DEMAIS PESSOAS” (KATZ, 2014). Entretanto, argumenta que o real impedimento para estas pessoas não seria um problema cognitivo. A condição cognitiva não seria causadora do autismo e sim consequência do modo como esse sujeito pode estar no mundo. A autora advoga a favor de uma retomada do termo *disability*, utilizado preferencialmente desde a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em 2006. Relembrando ainda que “*mental disability*” e “*psychosocial disability*” são terminologias que vem sendo utilizadas para diagnósticos de pessoas com comprometimento a longo prazo da saúde mental, que vivenciam fatores sociais negativos, como estigma, discriminação e exclusão. Para ela, é difícil pensar no autismo como deficiência sem pressupor um déficit de sua condição intelectual. Com isso, perdeu-se uma oportunidade, expressa pela Convenção, de se fazer um melhor uso do termo *Disability* para se direcionar a implementação de políticas públicas.

Se o Autismo pode ser considerado uma deficiência pela via de noção de desabilidade proposta na Convenção, ele não deve ser tratado pela noção de deficiência intelectual. (...) Porque a desabilidade do autista não é cognitiva, sua desabilidade está centrada no encontro com o Outro (ibid.).

Katz coloca-se, ainda, a favor de um tratamento para autismo, porém contra sua realização a partir de um padrão biomédico de normalidade comportamental, não devendo ser, portanto, adaptativo. As intervenções psicanalíticas, por outro lado, seguiriam por um caminho que torna possível a constituição psíquica do sujeito (ibid.).

Para evidenciar seu posicionamento contrário à noção deficitária de autismo, o MPASP tem se utilizado da própria teoria psicanalítica no aprofundamento de seus argumentos. Em seu artigo “Deficiência e autismo”, Cristina Batista (2013) retoma a noção de que mesmo a debilidade, para a Freud e Lacan, seria uma posição do sujeito frente ao Outro. A autora pontua algumas diferenças entre o débil e o autista. Ambos apresentam dificuldades

na inscrição simbólica com uma supremacia do imaginário, mantendo o duplo em suas relações. Entretanto, o sujeito na posição débil utiliza o duplo em uma relação imaginária com um apego ao (O)outro, chegando até mesmo ao servilismo e viscosidade. Existe, no débil, um fortalecimento da alienação ao outro e, para evitar a angústia de castração, ele mantém o Outro como detentor de todo o saber, posicionando-se servilmente a ele. O débil se entrega ao outro que lhe oferece cuidados, uma entrega de seu corpo ao outro (o gozo do débil). O autista, por sua vez, utiliza um objeto como duplo para se esquivar do Outro, alienando-se em si mesmo. Sua angústia de castração o leva a ver o Outro como um fantasma ameaçador, afastando-se dele. Para ele, é difícil perceber os limites entre si e o do Outro, como se houvesse uma questão com as bordas de seu corpo. Nos dois casos, em termos de laços de construção da linguagem, os sujeitos não se assumem como agentes do discurso, mantendo-se na repetição do que o outro diz. Sua diferenciação neste ponto seria que

Na debilidade, o sujeito se esquia dos tropeços do simbólico e mantém a verdade nua e crua do imaginário na figura do outro, mantendo o que o outro diz para fortalecê-lo. Assim, o sujeito na posição débil utiliza do ritual e da repetição para impedir os equívocos do simbólico e manter a consciência do imaginário. Enquanto no autismo, o sujeito não toma a palavra como sua, mas repete o outro como uma forma de anular o discurso e o Outro (BATISTA, 2013).

Diante desta teoria, um tratamento baseado no treinamento e repetição poderia reforçar a condição destes sujeitos, reforçando o que se define como deficiência, incapacidade e desvantagem nos conceitos biomédicos clássicos de deficiência. O resultado deste treinamento seria a produção de sujeitos autômatos, não permitindo a inscrição autônoma dos sujeitos em sua história (ibid.).

Para finalizar, apenas a nível ilustrativo, citamos também a existência de organizações de pais de crianças dos CAPSi em associações, visando garantir o tratamento de seus filhos nestes espaços e buscando representatividade junto aos gestores. Um exemplo disso é a Associação de CAPSi do Município do Rio de Janeiro. Formada em 2015 por representantes de associações de cada CAPSi da cidade, hoje esta associação ocupa uma cadeira no Conselho Municipal de Saúde e conta com a participação, dentre seus representantes, de alguns pais de autistas. Não consta nas atas das reuniões das associações um embate direto com questões referentes outras linhas de tratamento para autistas, porém são defensores do CAPSi como local de tratamento para eles.

### **3 ANÁLISE DOS IMPACTOS DA RECOGNIÇÃO DO AUTISMO COMO DEFICIÊNCIA NO TRABALHO DAS EQUIPES DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL (CAPSi)**

No capítulo anterior, expusemos a evolução de duas lógicas paralelas no que concerne às políticas assistenciais para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Vimos que, enquanto as políticas públicas caminharam no sentido de incluí-las, juntamente com os outros transtornos mentais infantis, no escopo da Atenção Psicossocial, outro grupo se embrenhou num ativismo distinto. Este grupo, representado em sua maioria por associações de pais de autistas, se aderiu à visão do autismo como uma deficiência, embasando-se em pesquisas internacionais sobre o estatuto neurobiológico do transtorno e sua vertente terapêutica voltadas para a área da reabilitação, demandando a criação de centros de referência específicos para autistas. Este processo culminou com o reconhecimento legal do autismo como uma deficiência pela Lei 12.764/2012, o que instaurou um novo capítulo na luta dos pais pelos direitos de seus filhos.

Nossa pesquisa se insere exatamente nas consequências desta dicotomia. Nosso objetivo principal é, portanto, conhecer os impactos desta recongição do TEA no trabalho das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial. Em outras palavras, desejamos avaliar como a lógica da deficiência (e tudo que a ela se segue) se reflete no trabalho dos serviços que não trabalham com esta lógica.

#### **3.1 Metodologia**

Entendemos o conhecimento científico como aquele produzido por métodos apoiados em pressupostos epistemológicos, ontológicos e, especialmente no caso das ciências sociais, no de natureza antropológica e ética (GONDIM, 2003, p. 150). Neste sentido, há duas grandes abordagens. A primeira, de cunho quantitativo (nomotética), aproxima as ciências sociais das naturais e visa a produção de conhecimento válido e universal a partir da mensuração, da quantificação, da busca da causalidade, do controle estatístico e de variáveis. A segunda, que foi a abordagem por nós utilizada nesta pesquisa, é de cunho qualitativo (ideográfico, hermenêutico). Partindo do pressuposto de que há uma diferenciação entre os dois tipos de

objetos de estudo – o físico e o humano – admite que, ao contrário do objeto físico, o homem é capaz de refletir sobre si mesmo e construir-se como pessoa através das interações sociais. Neste sentido, a pesquisa qualitativa em ciências sociais visa a compreensão do significado de cada contexto em particular, apoiando-se em métodos baseados na descrição, na interpretação, na busca de significado, no entendimento, na linguagem e no discurso, para a geração de conhecimento válido. Em sua premissa, encontram-se os ideais filosóficos do construtivismo e participacionismo, para os quais a apreensão da realidade se dá por uma interdependência entre o investigado, o investigador e o próprio processo de investigação. Sendo assim, como não há um distanciamento entre sujeito e objeto, que visaria garantir uma apreensão positivista da realidade (princípio tão prezado pela pesquisa quantitativa), o conhecimento produzido pela investigação qualitativa leva em conta seu caráter valorativo e ideológico (GONDIM, 2013).

Dentre as abordagens qualitativas existentes, escolhemos como metodologia de pesquisa a realização de *Grupos Focais*. Método consagrado em pesquisas qualitativas em saúde e em ciências sociais, os grupos focais são projetados para valorizar a interação entre os participantes da pesquisa a fim de fornecer tipos distintos de dados. Durante sua realização, ao invés de cada participante responder a uma pergunta por vez, o mediador estimula as pessoas a falarem umas com as outras, a perguntar, a trocar histórias e a comentar sobre suas experiências e pontos de vista. A vantagem do grupo focal é que nele a unidade de análise se desloca da opinião individual para o próprio grupo. Assim sendo, a interação, a circulação de ideias, os questionamentos, os consensos, dissensos e contradições entre as pessoas ficam em evidência, podendo levar a pesquisa para direções novas e inesperadas, o que transforma cada participante em co-pesquisador (KITZINGER, 2009). A dinâmica de um grupo focal, portanto, possibilita acesso de modo mais apurado à visão da própria instituição a respeito do tema pesquisado (LIMA et al., 2014).

Escolhemos para nossa pesquisa três CAPSi da cidade do Rio de Janeiro. As razões para a escolha dessa amostra se deram por critérios metodológicos e representativos. Como vimos no capítulo anterior, nosso estudo constatou que, apesar da heterogeneidade das áreas atendidas, os CAPSi da cidade funcionam de forma mais ou menos semelhante, integrada e seguindo linhas teóricas muito próximas entre si. Desta forma, embora nossa amostra seja pequena, acreditamos que ela possa ser representativa quanto à realidade carioca. Mesmo assim, é importante ressaltar, como afirma Gondim (2003), que uma das principais críticas aos grupos focais como método de pesquisa é em relação à representatividade do mesmo. Segundo a autora, embora uma amostra pequena pareça tornar inviável a generalização dos

dados, é importante levar em conta que, em se tratando de pesquisa qualitativa, o compromisso é com a compreensão e o entendimento do fenômeno inserido em um contexto particular. Sendo assim, a representatividade estatística não é o mais importante.

Mesmo assim, visando minimizar o risco de não termos uma amostra significativa, utilizamos a estratégia da estratificação de nossas amostras, levando em conta alguns critérios de escolha. Para termos expressão de diferentes realidades das populações assistidas, tomamos o cuidado de escolher serviços que cobrissem amostras de bairros das principais áreas da cidade. Levamos em conta ainda, como critério de escolha, o tempo de existência dos CAPSi. Escolhendo serviços inaugurados em diferentes momentos, visamos apreender experiências diversas na evolução da assistência aos autistas no município.

Antes do início do campo, foi feito contato telefônico com os diretores dos três serviços escolhidos, com o objetivo de apresentar o projeto de pesquisa e pedir autorização para realizá-la no serviço. Uma vez autorizados, passamos para a etapa de visitação dos três CAPSi. As visitas ocorreram durante suas reuniões de equipe/supervisões, onde expusemos o objetivo e metodologia da pesquisa, convidando seus profissionais a participarem, além ter sido obtida a assinatura do Termo de Anuência de seus respectivos diretores. Logo em seguida, agendamos os três grupos focais (um em cada CAPSi) que, por escolha dos próprios profissionais, foram todos marcados nos dias das reuniões de equipe, pois era o dia mais provável em que todos os seus integrantes estivessem disponíveis.

Nossa proposta era de que cada grupo fosse composto por oito a doze profissionais, de nível técnico e superior, no caráter de voluntariado. Este número foi sugerido a partir de uma média das categorias profissionais normalmente encontradas nos CAPSi (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem, fonoaudiólogo, musicoterapeuta, assistente social, pedagogo, cuidador, brinquedista), pois era de nosso interesse a participação de, no mínimo, um representante de cada categoria. Foram excluídos da pesquisa: *diretores dos serviços*, para evitar possíveis vieses e constrangimentos aos participantes pela presença de uma figura de autoridade; *profissionais com menos de dois anos de experiência em CAPSi*, visando obter impressões dos que efetivamente tivessem algum tempo de experiência com autistas no CAPSi e também que pudessem ter sentido possíveis mudanças no campo nos últimos tempos; *profissionais que não lidam diretamente com o autista e seus pais*, por exemplo, categorias administrativas e de serviços gerais; *estudantes e residentes*. Entretanto, a presença destes últimos poderia ser analisada caso tivessem experiência de trabalho anterior em CAPSi, seguindo o mesmo critério temporal dos profissionais.

Entretanto, na prática esbarramos com dificuldades técnicas para montar os grupos nos moldes pretendidos, por características inerentes aos próprios serviços. A principal dificuldade foi relacionada ao critério tempo de atuação em CAPSi. Embora os três serviços contassem com uma média de 13,6 profissionais na assistência terapêutica da clientela, uma vez excluídos diretores e coordenadores técnicos, poucos eram os que tinham o mínimo de dois anos exigido. Além disso, no período previsto para a realização da pesquisa de campo, encontramos dificuldades no agendamento de um dia que fosse possível a todos os voluntários. Com isso, em apenas um CAPSi conseguimos reunir a amostra mínima pretendida de 08 integrantes. Nos demais, tivemos respectivamente cinco e seis integrantes. Quanto ao perfil profissional, conseguimos uma amostra variável de categorias, sendo quase todos de nível superior (psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, pedagogos). Dois grupos tinham um representante da categoria auxiliar de enfermagem, sendo que um deles também graduado em psicologia. Em nenhum CAPSi, representantes de outras categorias de nível médio (cuidador, brinquedista, artesão, oficinairo) se enquadraram nos critérios ou se voluntariaram. Em um grupo, após devida análise, foi incluído um estagiário pós-graduando, por compatibilizar com as exceções previstas nos critérios de inclusão. Apesar do número reduzido de integrantes, foi possível realizar todos os três grupos focais dentro da dinâmica que se espera do método.

Enviamos previamente a cada participante dois materiais de leitura: o texto da Lei 12.764 na íntegra<sup>33</sup> e um resumo dos direitos garantidos às pessoas com deficiência elaborado por nós<sup>34</sup>. O objetivo deste material era que os integrantes pudessem embasar seu conhecimento para expressar suas opiniões sobre a lei e os direitos garantidos por ela, bem como avivar memórias de suas experiências cotidianas. Cada grupo focal teve duração de uma hora e meia a duas horas, contando com a presença de um moderador e um observador, cujo objetivo era tomar notas, sendo a ele também dada a liberdade de fazer perguntas, intervenções ou comentários esporádicos. Os grupos focais se iniciavam com a apresentação do funcionamento, dinâmica e regras do método, além dos objetivos da pesquisa, seguida da leitura e assinatura do TCLE. Partia-se então para a discussão dos temas, guiados pelo roteiro montado durante as orientações e elaboração do projeto da pesquisa<sup>35</sup>. O roteiro não era seguido linearmente, visto que em cada grupo era necessário respeitar a direção temática que a dinâmica dos participantes incitava, mas foi possível abordar todos os seus tópicos. Em

---

<sup>33</sup>Conferir ANEXO.

<sup>34</sup>Conferir APÊNDICE C.

<sup>35</sup>Conferir APÊNDICE B.

vários momentos foi necessária a intervenção do mediador a fim de evitar que seus participantes falassem ao mesmo tempo ou mantivessem conversas paralelas. Ainda assim, os momentos que suscitaram tais manifestações foram devidamente registrados para futuras análises. Num geral houve participação de todos os membros dos grupos, não tendo sido notado nenhum sinal de constrangimento à livre manifestação. Os materiais coletados foram registrados em áudio e transcritos, para posterior análise.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMS/ UERJ (parecer nº 1.831.445).

### 3.2 Resultados da pesquisa

O método de análise do material coletado foi a análise temática. Para melhor organização deste material, agrupamos os resultados em sete tópicos temáticos, a saber:

1. Autismo pelo CAPSi: concepções, diagnóstico e tratamento
2. Concepções de deficiência pelos CAPSi
3. Reabilitação para autistas
4. Lei 12.764 e outros direitos
5. Laudos
6. Demandas terapêuticas específicas/resistência às propostas dos CAPSi
7. Discussões teóricas: internas e externas

Separamos ainda os grupos de acordo com seu tempo de existência para facilitar a posterior análise dos resultados. Sendo assim, em ordem decrescente (do maior para o menor tempo de existência) teremos: grupos A, B e C. Para maior fluidez do texto, por vezes nos referenciaremos a eles como Equipe ou CAPSi, com sua respectiva letra.

#### 3.2.1 Autismo pelo CAPSi: concepções, diagnóstico e tratamento

O tom da discussão diante da pergunta inicial nos três grupos focais (*O que é o autismo para vocês?*) pode ser melhor expressado por um de seus integrantes:

*Uma grande interrogação ainda, né? Tenta se falar várias coisas, mas não é um tema fácil, simples. Acho que a literatura toda tenta mostrar que, quanto mais tenta se saber, abre-se portas para todos os lados. Mas é um tema muito difícil de precisar. Na clínica a gente pode até dizer alguma coisa de como o autista se comporta, mas o que gerou, o que que está acontecendo para esse ser de entendimento de mundo, para ele mesmo, é um grande mistério” (HEFESTO – CAPSi A).*

Apesar desta interrogação, os grupos pesquisados concordavam em alguns pontos. O primeiro diz respeito ao reconhecimento do autismo como um transtorno mental, incluído dentro da categoria dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (ou Invasivos, de acordo com a classificação). Reconheciam também os três eixos sintomáticos como característicos do transtorno (alterações nas esferas sociais, de linguagem e do padrão de comportamento), além da instalação dos mesmos desde os primeiros anos de vida.

Apesar de reconhecerem os critérios categoriais, encontramos ainda um padrão conceitual mais ampliado em todos os grupos, trazendo à tona a noção de existência de um *sujeito em sofrimento*, dentro da noção de Sujeito e de estrutura psíquica versados pela psicanálise:

*Eu não tenho uma ideia tão clara do que seja o autismo. A gente sabe que existem teorias, hipóteses biológicas, hipóteses mais... (...) eu tendo a concordar mais com a psicanálise, a gente vê o autista como um sujeito. É alguém que se expressa de alguma forma, mesmo não conseguindo falar; ele não dá conta de falar, acaba se isolando (MARTE – CAPSi B).*

*Então eu acho que quando a gente está falando aqui num sujeito, esse sujeito é uma aposta. Essa aposta nesse sujeito, esse sujeito é um sujeito do inconsciente, da psicanálise (HEFESTO – CAPSi A).*

Quanto à etiologia, notamos que há uma expectativa quanto às várias pesquisas, reconhecendo não haver ainda uma definição clara quanto à origem do quadro e que existem muitas teorias a serem exploradas. Tendem a apostar em múltiplos fatores conduzindo à expressão fenotípica do autismo.

Entretanto, houve discordâncias conceituais em um dos grupos pesquisados, o grupo B. Enquanto para alguns a noção de transtorno mental e Sujeito eram predominantes, para outros observamos posicionamentos a favor da noção de deficiência ou da noção de diferença, sem abandonarem a visão psicanalítica de Sujeito, como evidencia o debate a seguir:

*Eu acho que o autismo é um jeito de ver o mundo diferente. Vendo os relatos dos autistas em primeira pessoa, é muito interessante como eles percebem toda a movimentação envolta deles e como isso às vezes é excessivo, às vezes*



*amedrontador, essa dificuldade corporal de, por exemplo, levar o próprio braço e pegar alguma coisa. Eu acho esses relatos muito interessantes (ARES – CAPSi B).*

*Eu concordo, mas eu só acho, Ares, que nem todas as pessoas com autismo têm essa condição. Eu acho que existem graus de comprometimento que não permitem a este sujeito dizer como é que ele veio a este mundo (NETUNO – CAPSi B).*

*(...) tem gente que não consegue chegar a expressar como um todo, mas eu acho que todos são assim (ARES - CAPSi B).*

*Eu já vi um site de autistas, onde eles falavam de suas angústias. Mas eram autistas assim, vamos dizer, mais funcionais, até trabalhavam, tinham uma vida entre aspas normal. Eu nunca vi. Com autistas graves, eu não consegui chegar a este grau de compreensão. (...) eu acho até que eles têm um grau de compreensão, de tentar se fazer entender, mas eu já acho (e aí eu já vou pela deficiência) que a pessoa com autismo, dependendo do seu grau de comprometimento, ele tenha um comprometimento mental que não possibilita que ele compreenda o mundo dessa forma como você falou. Não é que ele não consiga se expressar, é que ele realmente tem uma deficiência a nível mental e que por isso não consegue (NETUNO – CAPSi B).*

Como notamos, alguns argumentos acabam se atrelando à amplitude do TEA, o que dificulta uma tomada de posição única com relação tanto ao tema da deficiência, quanto da neurodiversidade. O desconforto de se considerar todos os autistas como deficientes diante da grande variação fenotípica do quadro também foi expressado nos outros grupos em diferentes momentos da discussão. Este embate está em inteira consonância com os debates teóricos sobre o tema, como vimos no capítulo um. A discussão foi acalorada pela contra-resposta dos partidários da via psicanalítica de interpretação.

*Eu vou defender a psicanálise. Eu não consigo ver como uma deficiência. Eu vejo como uma posição do sujeito. Cada um com seu modo de ser. Ele tem um modo de ser que é sofrimento o tempo todo. Viver para ele é muito sofrido. Estar com pessoas é um sofrimento muito grande. Por isso ele apresenta tantas dificuldades que parecem ser deficiência. Eu não acho que seja deficiência... até é (!), mas acho que uma coisa não exclui a outra. Ele pode ter uma deficiência no cérebro, nos neurônios, mas não que ele nasceu assim. Tem a ver com a maneira como ele viveu, da maneira como ele se formou e que por causa disso ele não... A gente vê muito disso, (...) o físico e o psicológico não são excludentes. Aquilo que você vive faz com que seus*

*neurônios se adaptem àquilo que você está vivendo. E para mim é uma condição que ele está vivendo. O mundo é muito ameaçador para ele e ele tende a se fechar, pois está sofrendo. Seria mais para parar de sofrer e poder se desenvolver (MERCÚRIO - CAPSi B).*

*Essa ideia de que ‘foi construído depois do nascimento’. A relação, até se culpava que era a relação que causava... acho que isso já caiu um pouco por terra. Acho que as pessoas, todos nós, eu mesmo acredito que o social interfere. Mas eu sou pelo biológico (NETUNO - CAPSi B).*

*Eu acho que a relação com os pais, com o meio ambiente, acaba afetando aquela criança e como que aquela criança vai vir. Mas eu também acho que tem uma coisa de base, mais biológica... o neurônio tem uma plasticidade, as conexões vão mudando à medida que a criança vai crescendo... eu acho que já tem uma coisa diferente, uma base diferente (ARES - CAPSi B).*

Discutidos os diferentes conceitos de TEA, passamos para a exploração do tema “diagnóstico”. Para tal, perguntamos: “como é dado o diagnóstico de autismo no seu serviço?”. Em todos os grupos foram dadas duas interpretações para esta pergunta: uma relativa ao processo diagnóstico e outra relativa à revelação do mesmo. Surpreendentemente, a reação inicial em dois dos CAPSi (B e C) foi jocosa: “Nunca é dado” (MERCÚRIO - CAPSi B) e “Normalmente não é dado” (VÊNUS - CAPSi C); “O psiquiatra é o último a dar o diagnóstico” (ARES - CAPSi B); seguidos de risos gerais. Como veremos mais abaixo, tal reação revelou uma posição crítica em relação ao próprio serviço.

Quanto ao processo diagnóstico, os CAPSi se mostraram homogêneos no funcionamento e nos seus princípios norteadores. Em todos os casos, não há acolhimento específico para autistas. Cada criança que chega ao CAPS, independente do seu quadro, é avaliada por uma equipe de recepção designada para o dia ou disponível no momento. Nesta equipe não há obrigatoriedade de estar presente um psiquiatra ou psicólogo. A entrada destes ao longo do processo vai depender da necessidade de cada caso, pois os serviços valorizam a multiplicidade de olhares sobre a criança, tendo como princípio a multidisciplinaridade.

Outro princípio recorrente diz respeito ao cuidado ao lidar com o diagnóstico de autismo, o que demanda grande tempo da equipe para chegar à sua conclusão. Nenhum dos grupos alegou fazer diagnóstico criteriológico<sup>36</sup>, como é previsto pelas classificações atuais.

*Na verdade, a gente leva muito tempo para dar o diagnóstico porque, no acolhimento inicial, faz parte da avaliação, no desenvolvimento do caso, faz*

---

<sup>36</sup>Refiro-me aqui a se fazer o diagnóstico apenas com base na existência ou não de critérios previstos pelos sistemas CID e DSM, como um *checklist*.

*parte ouvir a escola. A gente pede relatório, a gente vai lá nas reuniões de turno, nas supervisões e a gente ouve que a gente não pode se precipitar. Eu estou falando de todo um cuidado que a gente precisa ter e de como muitas vezes este cuidado é atropelado pela necessidade de um CID. Tem que dar um CID (rindo). Mas existe todo um cuidado a se tomar antes de dizer se essa criança é autista ou não (MARTE – CAPSi B).*

*Mesmo quando a gente dá o diagnóstico, eu sempre digo: “olha, parece que é autismo. A gente está trabalhando com esta hipótese. Ele é muito pequeno, mas vamos ver como é que fica daqui para frente. Mas parece sim, ele se enquadra, está dentro do espectro (ÁRTEMIS – CAPSi A).*

Nessa lógica do *cuidado*, está incutido outro princípio: durante o processo de avaliação, a criança e sua família já estão em trabalho terapêutico, independentemente da existência de um diagnóstico. Isso quer dizer que o CAPSi não norteia seu trabalho a partir do diagnóstico e sim das demandas do sujeito, como vimos acima. Para os integrantes do CAPSi, é possível já nas primeiras conversas acolher as demandas, conversar sobre as queixas, permitir livre-expressão das crianças com suspeita de TEA, efetuar interpretações (ou reinterpretações) dos sintomas e fornecer orientações que, em muitos casos, chegam mesmo ter consequências terapêuticas e, até mesmo, afastar a hipótese inicial de autismo.

*A criança está em avaliação, mas o tratamento já está em andamento. (...) Eles já entram em trabalho durante a avaliação. A gente marca a primeira vez (...) Ela vem, a gente conversa. Geralmente é o responsável. A gente pede para a criança não vir nesse dia para a gente poder conversar com o responsável e, a partir daí, se você achar que é o caso, você vai marcar outros encontros com essa pessoa até que você possa pedir que essa criança venha para que ocorra a avaliação específica da criança. Durante esse processo de conversa com essa mãe, ela já entrou em trabalho. Quando depois de cinco sessões, quando a criança veio, a mãe já estava dizendo para mim que ela já estava vendo uma diferença no comportamento da criança em casa. Então, assim, ela já estava em trabalho aqui comigo (ÁRTEMIS - CAPSi A).*

Notamos também um certo incômodo com a pressão para que se chegue rapidamente ao diagnóstico, principalmente quando a demanda inicial é um laudo (tópico que abordaremos mais à frente).

*Na maior parte das vezes, quando os pais chegam com uma criança aqui, geralmente eles vêm em busca de um diagnóstico. Geralmente eles vêm*

*encaminhados da escola, estão querendo um laudo, com um CID<sup>37</sup>, uma explicação. Primeiro, aqui a gente tem todo um cuidado para fazer essa avaliação. (...) A gente está conhecendo a criança, a criança está chegando aqui e mesmo depois da gente estar algum tempo, por que que a gente tem que mandar um rótulo? A quem interessa? (VÊNUS - CAPSi C).*

*Existe uma necessidade dos pais de ter um laudo com diagnóstico. Muitos pais vêm falando: “E o meu laudo? Qual é o laudo do meu filho”? (...) eu tento discernir entre essa demanda do que eles chamam de laudo e a demanda por diagnóstico (...). E aí é fazer essa orientação, essa flexibilização de que não é nada estanque e que dar uma carimbada envolve toda uma intensividade e um processo no tratamento (DIONÍSIO - CAPSi C).*

Esta demanda parental, juntamente com a sensação de morosidade no fornecimento diagnóstico, se mostraram uma fonte das autocríticas, como veremos abaixo:

*Eu acho que tem que ter um cuidado, sim. Tem que fazer outras coisas antes de dar o diagnóstico, mas eu acho também que a equipe demora demais. Não sei como é nos outros CAPSi, com todo mundo sobrecarregado... (...) Aí chega e fala na supervisão... no final das contas nem a gente sabe o que que é. Muitas vezes se passa um ano e não sabe dizer se é autista, se não é autista. (...) os pais falaram muito disso: “Eu entendo que vocês não queiram rotular, mas o mundo exige a rotulação. Para você entrar numa escola você precisa do CID. Se não levar o CID a escola não aceita”. Então, assim, eles precisam. Não dá para estar ali um ano e ficar naquilo “a gente não quer rotular seu filho”. Tá, tem que ter um cuidado, mas tem que entender também que a escola está pedindo as coisas (MERCÚRIO – CAPSi B).*

Estas críticas são alimentadas pela percepção de um certo abandono do próprio diagnóstico pela lógica da atenção psicossocial. Abandono este que pode ser evidenciado pelo seguinte comentário:

*Aqui a gente não tem essa busca pelo diagnóstico. A gente entende que está em sofrimento psíquico e vai entrar em trabalho (HERA – CAPSi A).*

Por fim, ainda neste tópico, foi abordada a questão: “como vocês acreditam que o autismo deva ser abordado a nível terapêutico?”. Todos os grupos foram consonantes entre si e condizentes com as diretrizes de cuidado dos CAPSi referidas nos capítulos anteriores. Como serviços de orientação psicanalítica, acreditam que o tratamento se dê pela via da transferência, com a participação da criança (o sujeito), cujas singularidades são fatores

---

<sup>37</sup> Código Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS). No CID, cada agravo em saúde corresponde a um código alfanumérico.

fundamentais na escolha do que será o trabalho a ser realizado. Valorizam também os espaços coletivos, onde aplicam a “Prática Entre Vários” e são evitadas atividades padronizadas. Mesmo assim, em nenhum dos grupos ficou evidente o que é efetivamente feito no tratamento dos autistas. Os discursos se restringiam a conceitos amplos como “inventividade das intervenções caso-a-caso”, “inclusão do sujeito na construção do trabalho”, “consideração do sintoma como expressão/trabalho do sujeito” ou “trabalho a partir do sintoma e não contra ele”, sem evidenciarem na prática como isto funciona. Entretanto, como veremos num dos próximos tópicos, já existem experiências de uso pontual de técnicas mais formalizadas por alguns casos. Foi dada grande importância ao cuidado com as famílias, ao acolhimento de suas angústias e frustrações, ao empoderamento dos pais, ao reforço dos elos com os filhos e às orientações quanto ao autismo e seus sintomas. A intersectorialidade, educação escolar e lazer foram também frequentemente referenciadas como fundamentais para a organização do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Os grupos reconheceram ainda a necessidade de reforço constante no que concerne ao trabalho dos CAPSi, tanto no sentido de não se perder os objetivos do PTS em meio às atribuições do trabalho cotidiano, quanto no sentido de explicar junto aos pais e outros setores da assistência como um CAPSi funciona.

### 3.2.2 Concepções de deficiência pelos CAPSi

Como tema central de nossa pesquisa, questões relativas à deficiência serão agrupadas em dois tópicos. No atual, veremos os conceitos dos profissionais dos CAPSi sobre deficiência e, no seguinte, abordaremos discussões a respeito da reabilitação para autistas.

Refletir sobre a concepção de deficiência não se mostrou uma tarefa fácil para os grupos pesquisados, como também acontece na ampla literatura sobre o tema. Alguns integrantes expressaram ser uma experiência inédita falar sobre o assunto. Em todos os grupos, os conceitos giraram em torno da noção de *falta, perda de função* ou *déficit* (congenito ou adquirido).

*É a falta de alguma coisa, de algum recurso cognitivo, mental, que geralmente é fruto de algum distúrbio genético, hereditário. Enfim, estou falando no campo da infância, da adolescência. Claro, tem deficiência que a pessoas adquire ao longo da vida. (...) enfim... quando a gente fala da*

*deficiência, no campo da saúde mental, a gente costuma falar de casos como esse: alguma síndrome ou alguma patologia que é transmitida geneticamente, hereditariamente, congenitamente, enfim (APOLO – CAPSi A).*

*Assim, é algo permanente. A pessoa nasceu... não estou falando só de autismo, falo de deficiência. É algo que existe, que não é normal, que existe, mas que, assim, a pessoa nasceu com braço cortado, não existe possibilidade de alongar ou, sei lá, de fazer uma cirurgia, e ele pode ficar permanente com aquilo (NETUNO – CAPSi B).*

*É uma falta de alguma forma. De repente tem algo seu que não está tão ali no padrão. Então se você tem uma dificuldade visual, você precisa utilizar um óculos. É perder uma função (MINERVA – CAPSi C).*

Observamos dificuldades de se separar o termo deficiência de sua vertente biológica.

*Eu acho que deficiência não é nunca um diagnóstico. A não ser física, não é? Mas eu acho que no nosso caso da saúde mental, deficiência é um estado de diferença de como estaria numa comunidade (MARTE – CAPSi B).*

*Eu acredito na deficiência como algo tão amplo. (...) Só que às vezes o fato de a deficiência não ser visualizada, fica estranho, porque às vezes não te incomoda da mesma forma que incomoda o sujeito (MINERVA – CAPSi C).*

Como mostra o diálogo abaixo, a deficiência psíquica também se mostra um conceito confuso e passível de diferentes interpretações.

*Eu acho que tem a deficiência física, a deficiência cognitiva, eu acho que pode ter uma deficiência por falta de estímulo do meio... tem muitas formas, acho que nunca tinha pensado nisso (ARES – CAPSi B).*

*Eu acho que o psíquico gera uma deficiência. Não é só biológica, não é só porque nasceu com isso, não é só porque não tem neurônio, sei lá. Não é só porque o cérebro nasceu com isso... Não é botar culpa também, não é só botar culpa em pai e mãe. Às vezes não é nem como o pai trata ele, às vezes é a maneira como eles enxergam, como o pai e a mãe está tratando ele. Tem uma coisa que é também do sujeito (MERCÚRIO – CAPSi B).*

(...)

*Eu acho que deficiência é um estado de como a pessoa estaria em relação a ela mesma vivendo melhor. Então um neurótico poderia ser considerado deficiente, sei lá, numa situação de pânico de falar em público, de ter que*

*dar palestras. Uma coisa que causa sofrimento para aquela pessoa, de ter deficiência (ARES – CAPSi B).*

*Mas dentro, por exemplo, se a gente for falar de questões legais, isso não é deficiência. Mas eu estou tentando responder o que é deficiência. Deficiência é algo que, não sei, não tem solução (NETUNO – CAPSi B).*

Noções valorativamente negativas do termo chegaram a ser expressadas em alguns comentários:

*Eu acho que a palavra deficiência tem uma coisa estigmatizada (MERCÚRIO – CAPSi B).*

*Que nem, sabe aquelas palavras “crônico” e “agudo”? Crônico é diferente de agudo. Agudo tem aquela força. Crônico tem efeito de uma carga. É negativo (ARES – CAPSi B).*

*Parece que não tem mudança, de não conseguir, não ultrapassar (HERMES – CAPSi B).*

Entretanto, no CAPSi C o debate foi mais polêmico. Como veremos abaixo, houve uma grande aproximação com os debates relativos ao modelo social das deficiências dos *Disability Studies*. Todavia, a existência destes estudos e suas concepções teóricas não foram mencionados como referências argumentativas no momento do grupo, não nos sendo possível, portanto, inferir qual o grau de conhecimento e influência dos mesmos sobre os integrantes. Como nos mostra o debate abaixo, nesta equipe foram inclusive questionados os padrões sociais de eficiência.

*Isso de dificuldade de exercer uma função é amplo. (...) Pode ser que na verdade seja o meio dela que coloque essa dificuldade (DIONÍSIO – CAPSi C).*

*Gente, mas tem deficiências que são mais básicas: deficiência auditiva, visual, física... Essas deficiências são mais aparentes, mais incapacitantes. A pessoa tem essa deficiência, mas eu não acho que isso a torne deficiente. Eu acho que uma pessoa que tem uma deficiência visual, auditiva ou o que for, ela é incapaz de exercer... mas é uma deficiência? (VÊNUS – CAPSi C).*

*Não torna deficiente, mas gera obstáculos que necessitam de adaptações. Ela vai precisar de um auxílio, de um suporte sério (DIONÍSIO - CAPSi C).*

*Vai depender dos recursos efetivos para aliviar as dificuldades (MINERVA - CAPSi C).*

*Mas se ela tiver aquele suporte, ela não é deficiente mais? (MODERADOR).*

*Não. Não sei se ela deixa de ser... ela pode ser plenamente capaz e plenamente funcional se a sociedade em volta permitir a adaptação dela (DIONÍSIO - CAPSi C).*

*Na deficiência mental a gente percebe que a pessoa muitas vezes tem uma questão disfuncional mais por conta do que foi estabelecido do que é eficiente. Para a pessoa, ela é capaz, ela é eficiente e ela segue no mundo apesar de ter alguma disfuncionalidade. E isso é muito subjetivo e muito relativo (VÊNUS - CAPSi C).*

*A gente acaba criando parâmetros diferentes de entender, de lidar (JÚPITER - CAPSi C).*

A diferenciação entre ter uma deficiência (déficit, lesão) e ser um deficiente (incapacidade, inábil), como mostrada na primeira fala de Vênus no diálogo acima, foi pontuada como uma questão relativa e subjetiva em mais de um grupo.

### 3.2.3 Reabilitação para autistas

Ao explorar este tópico tivemos o objetivo apreender o conhecimento dos profissionais dos CAPSi sobre as propostas de reabilitação para TEA no campo da deficiência, bem como sua opinião sobre elas. Visamos também explorar o conhecimento sobre a rede de reabilitação do município e seu contato com ela. E por fim desejamos saber o que eles pensavam sobre o tratamento do autismo ser compartilhado entre CAPSi e outros serviços (centros de reabilitação, ambulatórios, profissionais especializados, etc.) e como eles lidavam com estas situações.

A grande maioria dos participantes alegava desconhecer efetivamente as técnicas de reabilitação, tais como ABA, TEACCH e PECS. Embora soubessem de sua existência, alegavam apenas uma vaga ideia de que se ligava à linha comportamental da psicologia, como se ABA e os demais fossem sinônimos de terapia cognitivo-comportamental (TCC). A única exceção foi de um integrante que teve contato com o ABA quando trabalhava numa escola. Sobre a associação dos métodos reabilitadores com linhas cognitivo-comportamentais, identificamos dois pontos a serem ressaltados. O primeiro é que ela se baseia muito mais em



rumores entre profissionais e reducionismos teóricos do que no conhecimento aprofundado das técnicas. O segundo ponto é a suposta supremacia das teorias psicológicas sobre as demais. Uma vez que a terapia cognitivo-comportamental é uma escola teórica da psicologia, dizer que os métodos reabilitadores se reduzem ao comportamentalismo evidencia o negligenciamento das demais áreas do saber que igualmente constituem estes métodos, tais como a fonoaudiologia, a terapia ocupacional e a psicopedagogia, por exemplo.

As divergências surgiram diante das opiniões a seu respeito. Enquanto alguns participantes expressavam desconfiança ou mesmo rejeição, referindo-se a elas como “treinamento”, “contenção”, “adestramento”, outros já se mostravam mais favoráveis à sua aplicação dependendo do caso.

*Eu diria que, para alguns, experimentar esses outros recursos é interessante. Eu acho que algumas crianças você consegue abordar com determinadas línguas, determinados recursos (JÚPITER – CAPSi C).*

*Em relação a outros métodos, eu acho que eles não concorrem com o que a gente faz aqui, mas eu acho um pouco agressivo. Mas cada família tem a sua criança, não é? (...) Já vi caso de criança que chegou a operar o pé, porque andava na pontinha, para pisar reto (ARES – CAPSi B).*

Dentre os CAPSi investigados, o que apresenta menor tempo de existência foi o que se mostrou mais aberto a tais técnicas, como adjuvantes ao tratamento dentro de CAPSi e fora dele, ainda que mantivessem os princípios básicos da abordagem psicanalítica. Relataram discussão sobre determinadas técnicas em supervisão, além de propostas de leitura em grupo sobre algumas.

Os grupos A e C mostraram grande interesse por técnicas de comunicação facilitada, porém ambos não se referiram a ela como reabilitação. Da mesma forma, também não são vistas como reabilitação técnicas voltadas para ensinar aos autistas cuidados básicos (fazer a higiene pessoal, vestir-se, usar o banheiro), ainda assim referem não ser de praxe a utilização de protocolos para a resolução destes problemas nos CAPSi.

De fato, este assunto suscitou nos CAPSi B e C uma discussão a respeito da suposta oposição entre psicanálise e métodos contenção/educação, como na argumentação a seguir:

*Tem uma coisa com a criança autista que é já tratar de uma maneira que exclui. Assim, a criança está lá quebrando tudo. “Ah, deixa quebrar, pois ela está se expressando”. Uma criança normal você não deixa. “Vamos se expressar de outra maneira”. Então acho que tem uma divergência na equipe em relação a isso de pegar, de segurar, de conter (ARES – CAPSi B).*

*Mas as pessoas também veem a psicanálise como se fosse “não falar nada”. A mãe apanhando de um filho, como não falar? Lógico que tem que falar! E às vezes falar é justamente o que causa um efeito na mãe. Não é isso de que a psicanálise não vai falar nada (MERCÚRIO – CAPSi B).*

*Bom, eu vejo pelos dois lados (...). Eu já vi situações em que a criança está lá no topo da árvore, uma criança pequena, com uma tesoura tentando cortar o galho da árvore, e a psicanalista dizendo: “Vamos tentar entender o que ele está querendo dizer...” (NETUNO – CAPSi B).*

*Ele está se expressando... (HERMES – CAPSi B).*

*Mas aí é o analista, gente, não a psicanálise... (MERCÚRIO – CAPSi B).*

Com relação ao conhecimento da rede de reabilitação e seu contato com ela, os três grupos alegaram conhecer apenas alguns serviços ligados à Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência ou ONGs, porém são poucos. Embora conheçam pouco do trabalho cotidiano destes serviços, referiram-se a eles como de vertente mais ambulatorial, não tendo ciência de nenhum que trabalhe com programas de reabilitação voltados especificamente para autismo. O contato com estes espaços se dá principalmente de duas formas: por contato telefônico para discussão/encaminhamento de casos ou por encontros casuais nos fóruns intersetoriais. Entretanto, admitem serem casos pontuais, sem uma rede efetiva nos moldes da RAPS. Por outro lado, os CAPSi B e C alegaram que tem havido uma mudança recente nisso. Ambos começaram a ter reuniões regulares com a Secretaria da Pessoa com Deficiência para discussão de casos, o que tem permitido o início da construção de uma rede intersetorial.

*Na segunda reunião eu fui como representante da Saúde Mental (...). Eles falaram que entendiam que, para aquele lugar do sujeito, o que está sendo feito lá não é suficiente, não está contribuindo. Para aquele sujeito específico é preciso de um trabalho como o nosso. Foi o que eles falaram. E a secretária de saúde e eu dissemos que concordávamos com isso, que houvesse essa troca, essa parceria, para que eles pudessem encaminhar para cá e nós para lá. (...) Nessa reunião a gente fala o que a gente faz, porque nunca foi aceito, né, a psicanálise e tal. Então a gente fala o que a gente faz e pergunta como é o trabalho deles (NETUNO – CAPSi B).*

*Mas essa postura nossa de ir lá e se sentir parte dessa rede, acho que isso é recente. Começou quando, a partir de uma ida a uma escola, percebemos que é possível fazer este tipo de parceria. Por sua vez, a Secretaria da Deficiência já está indo às escolas e já está oferecendo atividades aos pais. E*

*a gente se surpreendeu com o relato de uma mãe de que ela poderia ir lá também. Houve um estranhamento e eu fui a escola entender o que era isso. O questionamento era: por que a escola está indicando outro lugar se a criança já está em tratamento no CAPSi? Aí a gente foi depois entender que era uma outra possibilidade de outras atividades (MARTE – CAPSi B).*

Divergências dentro das equipes também ocorreram quando os grupos foram incitados a falar sobre o pensam a respeito do autista ter seu tratamento compartilhado entre o CAPSi e outros serviços (centros de reabilitação, ambulatórios e profissionais especializados). Enquanto o CAPSi C acreditava numa possível complementaridade, os demais viam uma certa incompatibilidade, mesmo que tal visão não fosse unânime dentro das equipes. Estes referiram que seus serviços tendem a solicitar uma escolha.

*Eu também atendi um caso (...) que a mãe falou para mim: “(...) o meu filho está numa escola especializada com o método do ABA. Tem uma psicopedagoga que trabalha com ele. Ele antes não olhava para mim, agora estou conseguindo sustentar esse olhar. Tem todo esse trabalho...” (...) Aí ela conversou comigo e perguntou o que eu achava, se iria atrapalhar o desenvolvimento do filho dela ter um trabalho da linha comportamental e também vir aqui. Ela sabia que aqui era da psicanálise! Aí eu disse que iria conversar com a equipe, mas (...) para mim não iria atrapalhar em nada, mas ela deveria manter o filho dela na comportamental. E aí eu levei para a equipe e foi isso. Eram métodos completamente diferentes e a equipe achou que ela deveria escolher (NETUNO – CAPSi B).*

Já no que concerne a tratamento ambulatorial (público ou privado) todos os grupos se mostraram favoráveis, alegando até dificuldades para efetivar encaminhamentos a estes quando necessário.

*Partimos do pressuposto do singular. Já teve caso aqui que ia para a fono de manhã, ia para a natação, vinha para atendimento aqui, fazia todas essas coisas, era tudo divididinho. Era legal (MINERVA – CAPSi C).*

A única exceção referida por todos foi quanto ao tratamento com psiquiatra (ou neurologista) fora do CAPSi. Embora não seja regra, os CAPSi dão preferência ao acompanhamento por seus próprios médicos. As razões alegadas para tal incômodo foram: preocupação com medicalização excessiva; dificuldade de contato com médicos de fora; e frequente necessidade de intervenção médica nas crises, já que é da natureza dos CAPSi o acompanhamento de casos com maior gravidade.

*Eu acho que na parte médica isso é um pouco mais complicado. É porque no autismo, como um todo, é tudo uma aposta. Não tem uma receita de bolo. A parte da medicação também é uma aposta. (...) Por exemplo, chega paciente*

*aqui: “Você pode passar essa receita? Ele está muito agressivo”. Se eu aceito essa sugestão, né?... (...) É complicado você ficar apagando incêndio na parte da medicação. (...) Eu quero dizer que, quando o médico é de fora, é esse médico que vai manejar a medicação. Se o médico for daqui, é ele que vai manejar. Não vejo problema em ser de fora, mas desde que, quando tiver alguma alteração, seja esse médico que vá dar conta disso. O que não dá é para o neuro lá fora prescrever uma coisa e aqui outra. O neuro quer dar risperidona, mas eu acho que não é risperidona e sim aripiprazol... tem que escolher, entendeu? (JUNO – CAPSi C).*

Por fim, embora concordassem sobre este assunto em sua ampla maioria, tal postura não ficou ileso de críticas.

*Eu acredito que é porque o acompanhamento vai ser feito aqui, com psicólogo, psicopedagogo, etc. E o psiquiatra vai ser do outro? Que medicação é essa que a criança está tomando? (NETUNO – CAPSi B).*

*Às vezes a linha é diferente (HERMES – CAPSi B).*

*Mas aí você pode fazer contato com o outro médico (ARES – CAPSi B).*

*Mas fica difícil de falar (HERMES – CAPSi B).*

*Eu não acho que seja por este motivo, não. Eu acho que é mais uma imposição, de síndrome do poder pequeno, sabe? (Risos gerais) ‘Eu vou mandar em você, na sua família, vou coordenar tudo para as coisas ficarem melhor’. A população mais humilde fica muito sujeita a isso. Um clima do tipo Conselho Tutelar, de entrar na sua casa, pegar o seu filho... a população mais pobre fica mais sujeita a isso (ARES – CAPSi B).*

### 3.2.4 Lei 12.764 e outros direitos

O conhecimento da existência da Lei 12.764 não foi homogêneo. Podemos dizer que a maioria dos participantes sabia ou tinha ouvido rumores, sendo que poucos tinham total desconhecimento do assunto.

Quando questionados se tinham algum conhecimento da forma como sua construção se deu, apenas três integrantes (dois do Grupo B e um do C) sabiam efetivamente relatar. Todos afirmaram ter tomado ciência do processo a partir estudos externos (pós-graduação ou

curso). Nestes grupos, as pessoas expuseram para o restante, no momento da pesquisa, o que sabiam. Os demais reconheceram que este não é um conhecimento compartilhado ou discutido pelos profissionais de seu serviço num sentido geral. Apenas no Grupo A nenhum dos integrantes soube como se deu o processo da lei.

Ao serem estimulados a falar sobre suas opiniões a respeito da lei, os grupos B e C se mostraram favoráveis aos direitos garantidos, mesmo discordando da ideia do autismo como deficiência.

*(...) pensando nos direitos e benefícios que eles puderam receber, até aí ótimo. É legítimo. A mãe conseguir a passagem para trazer, que não deveria ser só para o tratamento, (...) ou ainda o LOAS<sup>38</sup>, porque muitas vezes a família não tem condições. (...) Agora, infelizmente, para isso tem que se nomear, dar um CID, enquadrar a pessoa como uma pessoa que tem uma deficiência (VÊNUS – CAPSi C).*

*Eu acho que criar uma criança autista é muito estressante no dia-a-dia. (...) O que a gente vê aqui uma horinha gritando, a criança vai para casa e vai ficar o dia inteiro gritando em casa. (...) o que tiver para ajudar esses pais, eu acho válido (ARES – CAPSi B).*

*Faz parte da aceitação passar por esse passo. Então, assim, vai ter que aceitar esse rótulo de deficiente para ter algum tipo de inclusão. E daí as pessoas vão ver, vão enxergar: “até que consegue ser funcional”. (...) Tem que passar por isso. É assim que a sociedade evolui, não é? (JUNO – CAPSi C).*

Apesar das opiniões favoráveis, a questão do estigma foi alvo de preocupações, evidenciando um atrelamento muito maior da deficiência ainda ao modelo biomédico do que ao modelo social. Além disso, cogitou-se o risco de aumento da segregação pelo excesso de demandas.

*Estigmatiza. Mesmo diante dessa ideia que discutimos da deficiência como algo mais amplo, isso para o leigo, que é você falar que: “ah, a pessoa tem CID de retardado, CID de maluco, autista” (VÊNUS – CAPSi C).*

*Eu acho que a lei não teve esse objetivo oportunista, essa briga se é deficiência ou não é deficiência. Eu acho que, assim como os pais das crianças com Down se uniram pelos filhos, eu acho que isso se deu com os*

---

<sup>38</sup> Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/LOAS): garante um salário mínimo mensal ao idoso acima de 65 anos ou ao cidadão com deficiência física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo, que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas.

*pais das crianças com autismo. E eu acho que no Brasil isso não veio para prejudicar os autistas. Muito pelo contrário, acho que foi necessário pôr na lei para ter um mínimo de direitos. Eu, como acompanho essa coisa da inclusão no dia-a-dia, eu acho que de alguma forma a lei beneficiou. Isso de rotular, de estigmatizar por conta de ser deficiente, isso já existe. Eu sou prática na forma como estou pensando. Podem ter discussões mais filosóficas sobre o assunto, mas isso não muda nada (NETUNO – CAPSi B).*

Tal preocupação com a segregação também pode ser apreendida pelo diálogo a seguir:

*Isso é o que entra pela porta, não é? Eu estou aqui me lembrando, não sei se rolou nesses grupos desses pais aí, mas teve uma época em que eles estavam lutando para ter um ônibus só para eles. E isso é muito louco, não é? Ter um ônibus especial. Isso é algo muito... (HÉSTIA – CAPSi C).*

*Segrega de novo (JUNO – CAPSi C).*

*Exatamente. Aí tudo que estão lutando para incluir, vão retirar... (HÉSTIA – CAPSi C).*

Os discursos evidenciaram a importância dada aos direitos mais básicos, como vale-transporte, BPC/LOAS e inclusão escolar, o que geraria reflexos até mesmo no tratamento, trazendo mais adesão.

*(...) quando os pais pedem para o médico fazer um laudo para isenção para comprar carro, querendo saber que lei é essa (...) eu vejo que essa coisa de ter direitos faz eles ficarem mais engajados (MINERVA – CAPSi C).*

Além disso, foi percebido que determinadas conquistas trouxeram à tona obstáculos que muitas vezes não eram evidentes, convocando os CAPSi a diferentes abordagens. Dois exemplos foram citados: as dificuldades para se deslocar com uma criança autista em transportes coletivos e os problemas da inclusão escolar.

*Se a gente não passa por isso, não trabalha aqui aquilo que os pais recolhem na rua... porque assim, eu posso ouvir hoje: “ah, foi difícil descer do ônibus, foi horrível, o motorista não foi capaz de amenizar as discussões”. (...) Muitas vezes a demanda não tem nada a ver com o diagnóstico ou com a “deficiência”. Está na falta de limite, na falta de orientação. A gente vê isso: aqui a criança tem um comportamento e no caminho tem outro comportamento (HÉSTIA – CAPSi C).*

Com relação à inclusão escolar, se por um lado já havia uma legislação que versava sobre a inclusão do autista mesmo antes da Lei 12.764<sup>39</sup>, por outro lado, as equipes sentem

---

<sup>39</sup>Em 2007, quando da implementação do *Programa de Desenvolvimento da Educação* pelo Ministério da Educação (MEC), foi publicado o Decreto nº 6.094 de 24 de maio de 2007, estabelecendo as diretrizes do

um aumento dos problemas referentes a seu funcionamento nos últimos anos. Tais problemas referem-se à qualidade da inclusão: tempo de permanência na escola, salas de recurso, mediadores, capacitação profissional e menor investimento de algumas escolas particulares. Mais uma vez os CAPSi têm se sentido convocados a participar de forma crescente neste processo.

*Outra coisa são as reuniões com a CRE<sup>40</sup>. A gente vê essas coisas da inclusão. Aí quando a gente vai ver, funciona de forma estranha, com ponto livre, fica lá meia-hora na escola, mistura todo mundo numa sala... como assim incluir excluindo? (MINERVA – CAPSi C).*

*Eu acho que tem um outro lado, a visão do professor sobre a criança que é atendida no CAPSi. Eles botam no mesmo bolo a criança que é autista, o psicótico, o deficiente visual... é tudo a mesma coisa para eles, é tudo criança incluída. (...) Mas eles sentem muita necessidade de estar junto com a equipe do CAPSi. Todos eles falaram como é importante o CAPSi estar junto, como é importante algum profissional ir na escola, porque eles não têm conhecimento sobre o assunto, não têm preparo e muitas vezes não têm apoio ou suporte da escola. Eles vão na escola para trabalhar com crianças de todas as maneiras. São crianças que têm necessidade. E eles precisam estar juntos e a gente também precisa. Até para o trabalho de desenvolvimento dessa criança, a gente tem que estar junto com a escola e junto com outros atores (HERMES – CAPSi B).*

*A gente está tendo que lutar com os pais para ter mediador. A gente já teve situações de ter que ir até a escola para orientar o mediador, de a criança ter horário reduzido e a gente ir lá para questionar por que ele só podia ficar 30 minutos (NETUNO – CAPSi B).*

*A gente teve que se ampliar, de estar mais em contato. Esse trabalho interinstitucional ficou mais próximo (MARTE – CAPSi B).*

---

*Compromisso Todos pela Educação.* Tal decreto garantia o acesso e a permanência no ensino regular e o atendimento aos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento (TGD) e altas habilidades/superdotação, fortalecendo seu ingresso nas escolas públicas. Embora o início dos programas de inclusão de deficientes remonte os anos 1990, foi somente a partir deste decreto que os TGD foram incluídos a nível federal. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/dezembro-2014-pdf/16690-politica-nacional-de-educacao-especial-na-perspectiva-da-educacao-inclusiva-05122014+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>  
Acessado em 11/02/17

<sup>40</sup>Coordenadoria Regional de Educação (CRE)

Apenas o Grupo A demonstrou posição contrária à lei, mesmo desconhecendo seu inteiro teor, sua construção e seus objetivos. Para eles não haveria diferença entre ser “deficiente” e “ser deficiente para fins legais”, tendo os dois o mesmo valor pejorativo.

*Acho que vai na contramão da nossa aposta, não é? Que é a aposta de que o autismo é um transtorno mental. (...) E essa questão dessa deficiência, como eu falei, relacionada a uma falta, um déficit, não é o que aparece na nossa clínica, no nosso dia-a-dia. A gente vê que esses meninos têm limitações, mas que não são coisas inatas, eles não nascem com essas limitações. E elas nem têm uma causa orgânica, por exemplo, não fala, mas não é porque tem algum problema nas cordas vocais. Isso tem a ver com a relação dele com o outro. Se a gente pensar na deficiência nesse sentido, ela entra como tampão, algo aí que bloqueia a possibilidade desse sujeito vir a advir (APOLO – CAPSi A).*

*(...) o espectro autista, ele é amplo. Tem pessoas com comprometimento grande, tem outras que deixam essa coisa da deficiência muito complicada de se dizer. Ele pode ter dificuldade na interação, mas tem outras coisas que deixa todo mundo para trás aqui. É difícil colocar isso como deficiência, vai ter problemas sérios aí (HEFESTO – CAPSi A).*

Além disso, no mesmo grupo foi demonstrada desconfiança quanto a seu processo de construção, sendo aventadas especulações quanto a interesses de figuras políticas, da indústria farmacêutica e mesmo quanto à pertinência dos direitos.

*A gente vive numa sociedade onde essa questão do direito das pessoas, ela é usada de uma forma muito perversa. (...) Então tem político de se aproveita disso para benefício próprio, para ganhar voto e outras coisas mais. E isso tem um peso. Esse discurso do direito na nossa sociedade é muito presente... (APOLO – CAPSi A).*

*Eu fico pensando... eu sou desconfiado. Uma coisa começa a dar tantas garantias, aí você fala: “Que beleza, hein? Colocar o autismo como deficiência? Desse jeito não está ruim”! Isso é muito perigoso. Eu fico com o pé atrás, porque existe um lugar que vai te dar todas essas garantias, que é o serviço público. (...) Os medicamentos entram de uma maneira... O CID trouxe muitos avanços de contenção, de possibilidade de trabalho, mas ao mesmo tempo ele trouxe uma coisa da indústria farmacêutica incrível que entrou aí e ocupou esse lugar, que agora você rapidamente diagnostica e já tem um remédio. Então acho que a gente tem que ter também preocupação com relação a isso e ver melhor como que esse processo se deu, como é que*



*foi essa construção de chegar a uma coisa dessas<sup>41</sup>, quem participou disso, como é que foram as instruções... (HEFESTO – CAPSi A).*

Este último comentário refere-se à constatação pelo grupo de que nenhum dos integrantes ali presentes tinha conhecimento, até aquele momento, do processo que gerou a lei. Surpreendidos com isso, todos se mostraram muito curiosos a respeito do assunto, sendo solicitado ao moderador, após o encerramento, que expusesse o que sabia.

### 3.2.5 Laudos

Perguntamos aos grupos se diante das garantias de direitos que a lei fornece aos autistas, eles têm observado um aumento nas demandas por declarações, atestados e laudos para diversos fins. Num geral, a maioria das pessoas de todos os grupos sentiu um aumento. Alguns integrantes manifestaram suas dúvidas quanto a isso, a partir da percepção de que sempre houveram muitos pedidos. Todos os psiquiatras dos grupos afirmaram haver um aumento, usando como suporte para tal opinião o fato de, no fim, serem eles os responsáveis pela confecção destes documentos. Entretanto, os grupos foram unânimes ao não associarem este aumento à Lei 12.764, dizendo que a sensação é anterior à sua homologação, já que os laudos mais pedidos se referem a direitos adquiridos anteriormente por outras leis e decretos.

Quanto aos fatores que levam a este aumento, todos os grupos o atribuíram a uma maior consciência da população sobre seus direitos, principalmente com a disseminação das informações entre os pais (“boca-a-boca”), com o acesso à internet e também com à maior cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

*Eu não vejo, pelo menos não consigo perceber que tenha a ver especificamente com essa lei não. Eu acho que tem aumentado em função do conhecimento das pessoas com relação aos direitos deles. A partir do aumento das Clínicas da Família, da cobertura, eu acho que aí sim. Eu acho que eles é que orientam muito mais a população em relação a isso, a questão de direitos, o que eles podem, o que eles não podem... (ÁRTEMIS – CAPSi A).*

O CAPSi A chegou a citar o aumento do acesso à assistência social, tanto nas Unidades de Saúde da Família quanto no CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), como fonte importante de informação sobre direitos e referência para laudos (e tratamento).

---

<sup>41</sup>Grifo nosso.

Os laudos mais solicitados são os referentes a: concessão de vale-transporte; inclusão escolar (sala de recursos ou mediação); e, em menor escala, Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS). Laudos para solicitação de outros direitos são raros. Alguns integrantes chegaram a associar isso ao perfil financeiro da maior parte da população que usa o CAPSi.

*Com relação a alguns benefícios, como compra de carro, Imposto de Renda, são pessoas que têm tanta dificuldade que não faz parte (HÉSTIA – CAPSi C).*

Mesmo assim, todos os grupos relataram casos que têm chegado cada vez mais frequentemente com a demanda exclusiva por um laudo. São em sua maioria casos de famílias de autistas que optaram por tratamento na rede privada e buscam o CAPSi devido à exigência legal de emissão do laudo pelo SUS. Os exemplos dados referem-se a pessoas mais esclarecidas<sup>42</sup>, com perfil de classe média (militares e professores, por exemplo). Estes casos, embora ainda em pequeno número, já têm sido suficientes para expor um incômodo dos CAPSi frente à situação, bem como convocá-los a discutir sua posição frente a este tipo de demanda e estabelecer uma direção do serviço. Como demonstra o debate abaixo:

*Teve uma época que chegou muito e a gente conversou muito sobre isso. Porque assim, tinha alguns que vinham e diziam claramente que vinham pegar porque precisavam para o imposto de renda, para carro... (HERMES – CAPSi B).*

*Não existe esse consenso na equipe. Isso de chegar já pedindo, tem gente que não dá mesmo. E se não há consenso, a pessoa que está atendendo pode dizer não e ele não recebe o laudo (NETUNO – CAPSi B).*

*Essa clientela que vinha para a porta-de-entrada para pedir exclusivamente laudo, estes vinham com pedidos específicos para carro, essas coisas. A gente negou uma, você se lembra? Uma menina? Ela não queria se tratar. Os pais tinham condições muito boas, ela estudava em escola particular, fazia mil tratamentos particulares e ela não tinha necessidade, nem vontade de se tratar no CAPSi. Depois de várias discussões em reunião a gente acabou dando o laudo. A questão é a seguinte: o particular não pode dar este laudo, tem que ser no serviço público (HERMES – CAPSi B).*

*Pois é, laudo do lugar público é uma coisa que a pessoa tem direito (ARES – CAPSi B).*

---

<sup>42</sup>Termo usado por um dos integrantes.

Quando perguntados sobre a razão do incômodo de se avaliar apenas para gerar um laudo, as equipes demonstraram haver uma certa vinculação entre se tratar no CAPSi e ter direito ao laudo. A exemplo do que vimos na discussão sobre o diagnóstico e como seu processo já é visto como tratamento em curso, os grupos justificam que a confecção de um laudo seria produto de toda uma lógica de trabalho difícil de se desvincular do tratamento em si. A abordagem deste tema durante estes grupos acabou revelando reflexões diversas e posturas até mesmo críticas quanto ao serviço.

*Tem uma coisa aqui no CAPSi, que eu não concordo muito, que é muito de impor o tratamento. Tem que se tratar aqui, do jeito que eu quero, com o psiquiatra que eu quero, na quantidade de vezes que eu quero... (ARES – CAPSi B).*

Esta noção de que o laudo faz parte de um conjunto de ações em saúde, na verdade é produto de uma mudança de postura recente das equipes dos dois CAPSi com mais tempo de funcionamento. Estas equipes relataram que havia antes uma negação no fornecimento dos laudos, justificada a partir de alguns fatores: medo de abandono de tratamento; medo do oportunismo; crença dos profissionais de que o benefício tem como objetivo exclusivo auxiliar no tratamento e, por fim, o estigma.

*Quando eu comecei aqui, tinha uma coisa muito: “não vamos dar laudos; não vamos dar o direito de receber dinheiro; não vamos dar redução de carga horária; ela só está querendo o ganho secundário, não está querendo tratar a criança”. Isso com o tempo eu acho que não tem mais, isso se desfez. Não tem mais essa negação (ARES – CAPSi B).*

*Essa negação vinha de onde? Qual era a proposta? (MODERADOR).*

*A proposta era a seguinte: essa mãe, se a gente der o laudo, ela vai sair do CAPSi e não vai seguir tratamento; ela vem aqui só para pegar esse laudo. Tinha muito disso (ARES – CAPSi B).*

*Não é só isso, não. Isso ainda existe, acho que não acabou totalmente. “Isso vai rotular a criança. A criança vai ficar com um rótulo se ela só receber este laudo”. Existe esse pavor (MARTE – CAPSi B).*

*Isso que ela estava falando é uma frase das psicanalistas sobre o tratamento mesmo. Isso não iria beneficiar o tratamento. O BPC, por exemplo, eles achavam que a mãe não ia usar para o tratamento. (...) Clinicamente mesmo, a cessão do benefício não seria produtiva. (...) Ou então ele vai se aposentar e aí fica um rótulo mesmo. É como se tivesse dizendo para a família: “Ele*

*não tem mais jeito”. Tinha um cuidado para não liberar o benefício para que aquele benefício, invés de beneficiar, viesse a trazer um prejuízo maior para aquele sujeito, para aquele paciente (NETUNO – CAPSi B).*

A mudança desta posição foi justificada não somente pelo aumento dos pedidos de laudos, mas também pela noção de que os benefícios poderiam ser positivos – e até mesmo indispensáveis – para o tratamento. Apesar dessa mudança de posição, os receios e crenças anteriores parecem ainda persistir e puderam ser observados em vários argumentos apresentados ao longo do debate, como demonstra o exemplo a seguir:

*O benefício tem que entrar muito claro para eles que é para ajudar no tratamento dele, não é? E não para colocar o estigma de incompetente, de inválido, de deficiente ou qualquer coisa desse tipo, que aí ele não consegue sair desse lugar. (...) Isso aí tem que ter cuidado... (HEFESTO – CAPSi A).*

Como podemos notar, a crença de que o benefício só tem como objetivo o tratamento é frequente, desconsiderando-se o fato de que a lei não estabelece expressamente tal limitação, levando em conta sua utilização em aspectos muito mais amplos da vida social do deficiente do que apenas seu cotidiano terapêutica.

Em seguida, ao serem questionados, todos os CAPSi afirmaram que os laudos são sempre discutidos pela equipe antes de serem liberados e incluídos como parte importante do Projeto Terapêutico Singular (PTS)<sup>43</sup>, sendo o profissional de referência o responsável por providenciá-lo junto ao psiquiatra do serviço. Em alguns casos, uma vez avaliado como imprescindível para o tratamento, alguns benefícios são oferecidos antes mesmo que a família os solicite.

Um último ponto de discussão levantado nos grupos foi com relação aos reflexos de tudo isso no processo terapêutico e abordagem dos casos de autismo pelas equipes. Nos três grupos houve referências a reflexos positivos e negativos, e alguns de certa forma neutros.

Do ponto de vista positivo, todos os CAPSi alegaram que muitos dos benefícios gerados resultam numa melhor adesão das famílias ao tratamento. Outro ponto diz respeito à própria mudança de postura referida anteriormente: não há negação automática e sim discussão sobre a pertinência do benefício no projeto terapêutico. Isso faz com que, na teoria, a cada pedido de novo laudo, alguns parâmetros e objetivos do projeto possam ser revistos e rediscutidos constantemente.

---

<sup>43</sup>O Projeto Terapêutico Singular (PTS) envolve um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, direcionadas a um indivíduo, família ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Tem como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, contando com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito e envolve uma pactuação entre esses mesmos atores (BRASIL, 2008, p.40).

Em alguns casos, no processo de elaboração do Projeto Terapêutico com os familiares, os grupos referiram ser positiva a possibilidade de discutir com as famílias sobre a pertinência de um determinado benefício, mesmo sendo um direito inegável. Um exemplo disso é a opinião de que há um risco de não se desejar a melhora da criança por medo de perder um determinado benefício.

*Porque se a gente acredita no aparecimento desse sujeito, na melhora dele aqui no serviço, como que ele vai ser o arrimo da família? Isso não dá a ele o direito de melhorar. Porque ele precisa garantir o sustento dessa família. Então muitas vezes a gente tenta abordar isso com a família, mas realmente não é fácil. Não é fácil primeiro fazer com que essa família entenda a negação. “Mas por que que você não quer me dar se é meu direito?”. “Por isso, porque a gente acredita que isso aqui possa melhorar... você já viu criança sustentar família? Ele é criança. Não é pra ele sustentar você, é você que tem que sustentar ele. Se ele não tivesse lá como é que ia ser?” Por outro lado, a gente vê que a mãe às vezes não pode trabalhar. Ela precisa estar ali com o cara! (ÁRTEMIS – CAPSi A).*

Os grupos revelaram ainda como reflexo positivo o fato terem de se mobilizar em prol de alguns direitos dos pacientes. As três equipes pontuaram especificamente dois problemas que geraram este tipo de mobilização: o número limitado do vale-transporte e a necessidade de laudo com CID para a inclusão no programa de Atendimento Educacional Especializado (AEE).

Com relação ao vale-transporte, as equipes alertaram para o fato de que, no laudo fornecido pela Secretaria Municipal de Transporte para preenchimento do médico, há um campo específico para preenchimento do número de dias em que a criança vai a tratamento<sup>44</sup>. Embora ainda não haja uma mobilização mais ativa com relação a este problema, as equipes têm começado a alertar os pais, advogando que este limite não faz sentido até mesmo para o tratamento, pois atividades de lazer, esportes, atividades externas organizadas pelos CAPSi e mesmo idas inesperadas ao serviço (emergências, por exemplo) são dadas como terapêuticas.

*Na nossa prática, por exemplo, a gente estava tentando organizar um passeio, às vezes a gente quer sair, mas tem a dificuldade de as crianças não terem o dinheiro da passagem. O dinheiro da passagem é só para o*

<sup>44</sup>A gratuidade nos ônibus convencionais de duas portas sem ar condicionado e nos micro-ônibus urbanos sem ar condicionado na cidade do Rio de Janeiro é garantida a pessoas com deficiência, maiores de 65 anos e alunos uniformizados do ensino fundamental e médio da rede pública. Tal benefício foi concedido pela Lei Municipal 3.167, de 27 de dezembro de 2000 (regulamentada pelo Decreto 19.936, de 22 de maio de 2001). Embora o TEA não esteja especificado na lei, seu CID é aceito como integrante do grupo das deficiências mentais desde 2000. Segundo a regulamentação, na gratuidade cuja condição é o tratamento contínuo, o limite de passagens está condicionado à quantidade de atendimentos que não deverá ser inferior a duas vezes por mês.

*tratamento multidisciplinar. Isso restringiu. A gente pede para procurar um lugar para fazer esporte. Se for ali, perto da casa, onde não pega nem ônibus, beleza (VÊNUS – CAPSi C).*

*E o lazer, não pode? E a gente entende que o tratamento também está para além daqui. (...) tem o exemplo muito claro das olimpíadas. Nós ganhamos ingressos para as olimpíadas. E a gente esbarrou com a dificuldade de alguns pais. “Não dá, porque eu vou gastar o dinheiro da passagem do tratamento”. Então a gente teve que dar para outras crianças (HÉSTIA – CAPSi C).*

A princípio pode parecer paradoxal esta última colocação, visto que anteriormente os grupos alegaram que os benefícios visavam o tratamento. Ora, parece contraditório que eles se coloquem agora contrários justamente a um dos únicos benefícios que apeseta tal delimitação? No entanto, se reanalísarmos bem as falas, observaremos que, mesmo atividades como lazer e esportes são, para os profissionais, carregadas de funções terapêuticas, não se afastando, portanto, das premissas iniciais.

A problemática da escola, por outro lado, provocou uma reação bem mais ativa por parte dos CAPSi. O fato gerador da polêmica foi o volume grande de encaminhamentos das escolas com pedidos de laudos (com CID) para inserção dos autistas nos programas de inclusão. Lançado pela Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (MEC/2008), o programa de *Atendimento Educacional Especializado* (AEE) integra a proposta pedagógica da escola regular, promovendo o atendimento aos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação. Suas ações são orientadas para o atendimento às especificidades desses estudantes no processo educacional, além de ampliar o âmbito de atuação da escola visando a organização de redes de apoio, a formação continuada, a identificação de recursos, serviços e o desenvolvimento de práticas colaborativas<sup>45</sup>. Na prática o AEE trabalha com a criação de sala de recursos em escolas regulares e, na ausência destas ou no caso de crianças cuja condição permita frequentar uma classe regular, é prevista a presença de um mediador para auxiliá-la.

Mobilizados pelo questionamento ético<sup>46</sup> da liberação de diagnóstico para a escola, pelo número de pedidos de laudos e pelos relatos dos pais sobre pressões exercidas pelas

---

<sup>45</sup> Para maiores esclarecimentos sobre o programa, ver em: <http://portal.mec.gov.br/docman/dezembro-2014-pdf/16690-politica-nacional-de-educacao-especial-na-perspectiva-da-educacao-inclusiva-05122014>. Acesso em 04/02/17

<sup>46</sup>Referimo-nos aqui à quebra do sigilo médico.

escolas, todos os CAPSi pesquisados efetuaram reuniões com representantes das CRE e das escolas no sentido de avaliarem estas demandas e estabelecerem sua postura frente a elas. Vários foram os relatos de visitas às escolas para conversar sobre casos específicos. Em todos os casos, foram obtidas parcerias produtivas e identificadas as dificuldades dos profissionais da educação, o que gerou resultados muito positivos do ponto de vista das equipes. As equipes entenderam que, para além do laudo, o pedido da escola era por ajuda para entender o autismo e como lidar com suas dificuldades<sup>47</sup>.

*Laudo para a escola? Em que que isso vai beneficiar a criança? Assim, às vezes a criança precisa de uma sala de recursos, que precisa que a gente dê uma hipótese diagnóstica ou dê um relato, dizendo que a ela está naquele momento passando por avaliação no CAPSi, por uma equipe multidisciplinar. (...) Não precisa botar diagnóstico. Isso a gente discute com as escolas. A gente faz encontros na rede de saúde mental, tem vários fóruns. Isso é colocado. As crianças não vão sair do CAPSi com o diagnóstico que a escola pediu. E as pessoas já estão entendendo. Antes ficava essa briga entre escola e saúde. Aí quando a gente se coloca no lugar deles, com salas-de-aula imensas, com crianças muitas vezes com dificuldades de acompanhar; e quando eles se colocam no nosso lugar, de trabalhar com crianças com poucos recursos, com comportamentos inadequados; quando isso acontece a gente chega a um acordo de que é melhor a gente se aliar, para todo mundo falar a mesma língua... e a coisa fica assim. A gente liga para a escola, a escola liga para a gente. As pessoas vêm aqui, pessoas do PROINAPE<sup>48</sup>, algumas pessoas da escola... alguns de nós vão visitar a escola quando necessário. A gente está sempre em contato com eles para que as coisas caminhem, porque normalmente o diagnóstico é mais pedido pela escola. A mãe fica às vezes desesperada pela imposição: “Você só fica aqui se trouxer um diagnóstico, se trouxer receita médica e se a criança tiver tomando medicação” (VÊNUS – CAPSi C).*

---

<sup>47</sup>Legalmente, o acesso ao AEE não está condicionado ao laudo médico. Na NOTA TÉCNICA Nº 04/2014, o Ministério da Educação/SECADI/DPEE fornece orientação quanto a documentos comprobatórios de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação no Censo Escolar. Ao final deste documento é dado o seguinte parecer: “*Ressalte-se, por imperioso, que a elaboração do estudo de caso do AEE não está condicionada a existência de laudo médico do aluno, pois é de cunho estritamente educacional, a fim de que as estratégias pedagógicas e de acessibilidade possam ser adotadas pela escola, favorecendo as condições de participação e de aprendizagem*”. Neste sentido, embora os CAPSi tenham argumentado contra os laudos por outras vertentes, seu embasamento acabou se mostrando legítimo dentro das próprias diretrizes do programa de inclusão. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=15898&Itemid](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15898&Itemid). Acesso em 05/01/17

<sup>48</sup>Programa Interdisciplinar de Apoio às Escolas (PROINAPE) do município do Rio de Janeiro.

Como vimos, os pedidos por laudos não somente inflamaram questionamento por parte das equipes, como também houve uma expansão para o questionamento do próprio funcionamento do programa de inclusão, fato que também foi abordado no tópico anterior. Assim, a interface entre educação e saúde mental pôde ser rediscutida e tem sido sentida como uma parceria produtiva para os dois lados. Como exemplo, o CAPSi C relata ter montado um curso de capacitação para professores que, devido ao sucesso, acabou tendo a proposta de se tornar regular.

*A coisa melhorou muito. Acho que porque a gente está falando de ir para fora do CAPSi, entendeu? Antes a gente falava muito aqui, entre a gente. Esse ano a gente montou um curso, onde nós chamamos todo mundo. A esfera da Justiça, da educação, do NASF... a gente colocava lá palestrantes. Já teve até uma defensora pública que veio dar palestra. Teve gente da educação. E foi feito numa escola. (...) É um curso mesmo, que a gente já está organizando para continuar ano que vem. Isso pode virar uma constante (HÉSTIA – CAPSi C).*

Quanto aos reflexos tomados de certa forma como neutros, foi referido um aumento do volume de trabalho, especialmente para os médicos, que “*ficam muito atarefados com aquele monte de papéis*” (Diana – CAPSi C). No entanto, nenhuma das equipes encarou esta constatação como um problema, reconhecendo fazer parte do serviço. No Grupo B foi relatada uma iniciativa de algumas miniequipes no sentido de incluir um psiquiatra ou residente desde o início do processo de avaliação já prevendo a necessidade de confecção de laudos, porém referem não ser esta uma direção geral do serviço.

Por fim, foram referidos ainda alguns reflexos negativos. O primeiro diz respeito à pressão dos pais para que seja concluído o diagnóstico e fornecido o laudo. Apesar de admitirem que o CAPSi às vezes leva tempo demais até tomar uma posição diagnóstica, as equipes reconhecem a legitimidade do pedido dos pais.

*A família às vezes sente que não está sendo incluída ali. Não é nem às vezes dar laudo. Às vezes eles só querem que a gente fale (MERCÚRIO – CAPSi B).*

*É, eu tenho escutado muito os pais nos grupos de familiares, (...) a gente passa a ver ali que não é uma esperteza para ganhar mais dinheiro da passagem. É necessidade mesmo. E eles querem saber de nós o que que o filho tem. E é necessário dizer. Isso tem um reflexo, mas aí eu posso me debruçar ali e trabalhar o reflexo disso (MARTE – CAPSi B).*



O segundo reflexo pode ser tomado como uma possível consequência do primeiro. Refere-se ao quanto a negação de um laudo ou a demora em fazê-lo interfere na relação terapêutica.

*Eu acho que isso interfere diretamente na relação terapêutica. Assim, isso chega muito ao médico (essa demanda é dirigida muito ao médico), muitas vezes uma família que você a princípio diz que precisa de um tempo para conversar isso, você precisa entender melhor, que está cedo, que a gente não sabe, que a gente não vai assinar naquele momento, que talvez não seja a hora... muitas vezes isso causa um certo desgaste na relação, um embaraço. “Mas eu tenho direito!”; essa é a fala. “Eu tenho direito a isso. Todas as mães que conheço, que tão vindo aqui, têm (HERA – CAPSi A).*

*Todo mundo aqui já teve essa experiência de te jogar na cara, te ameaçar: “Só aqui que não quer dar”; “Vou procurar meus direitos”... (DEMÉTER – CAPSi A).*

A questão de se concluir o diagnóstico para dar o laudo mostra também o desconhecimento da parte dos profissionais de que os benefícios são garantidos não somente aos autistas já diagnosticados, mas também àqueles com suspeita de TEA, ainda que temporariamente.

Como percebemos, o tópico “laudos” se mostrou bastante instigante dentro dos grupos focais, gerando discussões em várias áreas de atuação dos CAPSi e de vários setores externos de cuidados às pessoas com TEA.

### 3.2.6 Demandas terapêuticas específicas/Resistência às propostas dos CAPSi

Investigamos nos grupos a percepção de demandas por técnicas de tratamento diferentes das empregadas por eles, como lidam com elas e a partir de que fontes têm surgido. Nenhuma dos grupos relatou buscas significativas por tratamentos específicos, como as propostas de reabilitação (ABA, TEACCH, etc.), considerando tanto os casos de porta-de-entrada, quanto os casos já em tratamento. Dois integrantes relataram experiências pontuais de pessoas que chegaram perguntando sobre o trabalho dos CAPSi e optaram por outras propostas. Tampouco observam cobrança no sentido de que os profissionais sejam especializados em autismo (especificamente falando). Por outro lado, recebem grande demanda por atendimento individual por profissionais especialistas: psiquiatras,

neurologistas, psicólogos e fonoaudiólogos, principalmente. Outra fonte de demandas frequentes é quanto à medicação.

Quando perguntados sobre esta ausência de demandas específicas e este pedido por atendimento ambulatorial, atribuíram ambos ao perfil da maior parte da população que chega ao CAPSi. Referem que normalmente são famílias com menor poder aquisitivo, muitas delas vivendo em favelas, que pouco ou nada sabem sobre o autismo. Às vezes relatam uma longa história de desassistência ou de experiências ambulatoriais e com frequência procuram os CAPSi por encaminhamento de outras instituições da rede pública (escolas, ESF, CRAS).

Perguntamos também se eles ultimamente têm observado algum tipo de resistência ao tratamento do autismo nos CAPSi proveniente dos pais ou de outros profissionais do campo. Nenhum dos integrantes notou resistência na prática diária, embora alguns relatam já ter ouvido em um congresso o trabalho de um pai dizendo que CAPSi não seria lugar para autistas. Normalmente sentem o oposto, quando vêm encaminhadas, as famílias já chegam com a informação de que no CAPSi se trata autismo, ou ainda, de que só o CAPSi “aceita” autismo. Alguns casos relatam passagem por ambulatórios ou outros serviços que afirmaram não atender autistas, encaminhando-os para os CAPSi. Houve relato ainda de mobilização na associação de pais dos CAPSi para manter seus filhos nestes serviços.

*Eu vi na reunião da associação de pais conversa de alerta sobre a tentativa de tirar os autistas dos CAPSi, mas no sentido de ser contra isso (NETUNO – CAPSi B).*

Por fim, o único ponto de resistência percebido pelos grupos foi quanto a frustrações pela lógica do funcionamento dos CAPSi, com alguns casos de abandono por isso.

*Ah, não tem fono, não tem neuro... vai ficar aí embaixo da água... vai deixar a criança correndo de um lado para o outro... eu só estou aqui por causa do remédio... (APOLO – CAPSi A).*

*Alguns acham que o filho vai chegar aqui (porque isso era falado com eles) e acreditam que vão ter psicoterapia individual, fono individual... alguns se frustram quando a gente chega e diz que isso não acontece. E aí pegam e vão embora (VÊNUS – CAPSi C).*

*É isso: “Por que que não vai ser com a psicóloga, vai ser com a enfermeira?” (...) É mais o que se espera com relação ao especialista e a gente acaba tendo que trabalhar isso (HÉSTIA – CAPSi C).*

Por fim, as equipes A e C relataram experiências de frustração de algumas famílias quando a demanda por medicação não é atendida na tentativa de buscar alternativas não-

medicamentosas para o controle dos sintomas. Mesmo assim, estas experiências foram encaradas como uma convocação e uma oportunidade para se trabalhar a demanda.

*A parte dos pais, nessa coisa de SUS, com a naturalização da urgência e emergência, tem muita dificuldade (...) mas eu acho que é também obrigação do CAPSi fazer uma psicoeducação sobre o que é esse tratamento, da necessidade de seguir o tratamento e não estar aqui só para pegar uma renovação de receita. Senão fica medicalizando de uma maneira desenfreada sem escutar (JUNO – CAPSi C).*

### 3.2.7 Discussões teóricas: internas e externas

Neste último tópico buscamos saber se os CAPSi têm observado algum tipo de debate teórico relacionado à questão do autismo como deficiência tanto internamente, nas reuniões de equipe/supervisões, quanto externamente, em fóruns intersetoriais ou supervisões territoriais da RAPS, por exemplo.

Internamente, não foram observados debates específicos sobre o tema, porém referem que acabam discutindo-o indiretamente, no caso-a-caso, a partir de suas consequências, como solicitações de laudos, construção de PTS, encaminhamentos. Apesar disso, todos os grupos referiram sentir necessidade de aprofundar a discussão sobre o tema. Apenas o CAPSi C refere um movimento maior da supervisão no sentido de fazer leituras e discussões sobre técnicas específicas para alguns casos, como exemplificamos no tópico anterior.

*Isso aqui é muito discutido nas nossas supervisões. Olhar em cima das crianças, a rede para tratamento, volta e meia a gente está trazendo isso aqui para supervisão. A questão de a deficiência ser da reabilitação ou não ser. Essa briga aí já é antiga. (...) E a gente já leu uns textos sim. Quando a gente traz os casos clínicos, (...) quando é difícil ou quando não há concordância da equipe de como encaminhar a questão, a gente acaba recorrendo aos textos para isso (VÊNUS – CAPSi C).*

Já externamente cada um dos CAPSi relatou experiências diferentes em seus territórios. A Equipe C tem observado tal discussão principalmente nos fóruns intersetoriais e supervisões de território, abordadas normalmente diante da necessidade de encaminhamento de casos.

*Fórum principalmente. Acho que aparece sempre a partir de um caso clínico (HÉSTIA – CAPSi C).*

*Acho que aconteceu em supervisão de território, geralmente nessa questão de ser para CAPS, ou de reabilitação, ou ambulatório. Tem as reuniões lá no Instituto Helena Antipoff. Engraçado que a gente aparece e eles se queixam de que não tem nada além do CAPS. Aí a gente conversa e vê mesmo se não tem (MINERVA – CAPSi C).*

Já a Equipe B relatou não ter testemunhado nenhuma discussão deste nível em seu território, inferindo como razão o caráter psicanalítico da rede.

*Tem uma coisa, a rede é muito psicanalítica. Então a coisa fica meio que: “Isso não interfere no que eu estou fazendo” (ARES – CAPSi B).*

*Eu acho que tem um pouco de medo mesmo, porque sabem que tem pessoas que tem embasamento e não querem falar sobre isso. Mas isso é o que eu acho (MERCÚRIO – CAPSi B).*

Por fim, a Equipe A já ampliou a discussão para o campo da política. Segundo eles, dois momentos políticos diferentes foram interpretados como tentativa de enfraquecimento dos CAPSi como serviços de referência na Saúde Mental. O primeiro diz respeito a um momento em que começaram a tirar os supervisores da rede. Como vimos no primeiro capítulo, a supervisão é tida como uma das peças fundamentais para o funcionamento das equipes dos CAPS.

*Enfraquece, porque a supervisão para nós é muito importante, para o nosso lugar, para a gente poder esvaziar, ventilar uma série de coisas. Senão, isso vai virando uma prática como qualquer outra. E a gente vai aceitando qualquer outro tipo de coisa também se não tiver essa parada de refletir o que a gente está fazendo. A gente pode entrar num fluxo de responder à demanda do jeito que ela vem (HEFESTO – CAPSi A).*

*Foi um momento de perdas. (...) Um momento em que começa a se fragilizar esse lugar de supervisão e a gente ali tentando fazer isso sobreviver. Foi um momento muito complicado (DEMÉTER – CAPSi A).*

O segundo momento se refere à postura de uma determinada gestão da Secretaria Municipal de Saúde que ia de encontro à direção clínica dos CAPSi.

*Por exemplo, o Secretário de Saúde, ele tinha uma linha completamente diferente do CAPSi. Era uma coisa de estatística, de implantar produtividade e que foi um choque quando se deu com Saúde Mental. Eu lembro dos encontros que tiveram com ele. Era muito complicado encaminhar as coisas, porque ele queria encaminhar para um lado e a Saúde Mental não*

*trabalhava nessa lógica. E não foi uma coisa fácil para ele também não*  
(HEFESTO – CAPSi A).

Quando perguntados se eles faziam alguma ligação da questão da deficiência com estes momentos difíceis, os grupos alegaram que não diretamente, porém acreditam que a discussão sobre o CAPSi ser lugar para autistas ou não tinha seu papel no grupo de forças que tentavam enfraquecer os CAPSi. Entretanto não relatam nenhuma experiência específica que embasasse tal suposição.

Diante desse tipo de vivência, somada a experiências de discussões de casos nos moldes do primeiro grupo, o CAPSi A se sentiu convocado a se afirmar nos espaços de discussão intersetorial.

*A gente tem procurado levar. Porque se não partir de quem está ali na linha-de-frente, lidando com essa questão... A gente sentiu necessidade de dizer quem é, o que que a gente faz, porque parece que isso não está claro. Não que deva estar. Acho que a gente tem que estar sempre se perguntando essas coisas. (...) Mas, cara, a gente tem que afirmar e reafirmar a nossa posição clínica, a nossa posição política frequentemente. E trazer essas pautas aí. (...) Hoje mesmo a gente estava discutindo isso com a associação de pais. Estávamos falando do que que é o CAPSi, porque eles têm várias questões*  
(APOLO – CAPSi A).

*Temos que falar do que fazemos. Como passa a coisa, a gente fica mais acomodado dentro do nosso serviço, falando do nosso próprio saber aqui, da nossa própria prática. Acho que é uma coisa que tem que transbordar, tem que chegar nos lugares que tem que chegar. Tem que publicar trabalhos*  
(HEFESTO – CAPSi A).

Esta posição de se afirmar quanto CAPSi, de mostrar seus princípios, seu trabalho, sua posição clínica e política e de ser reconhecido pela rede de assistência foi falada por todos os grupos em diferentes momentos das discussões. Segundo eles, tal posicionamento deve ser falado em espaços externos de discussão, mas é primordial que se inicie desde os primeiros contatos com outros serviços do território, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

*A gente inaugurou uma direção de trabalho recente de ir às clínicas, de avaliar lá com elas. Normalmente é fono, psicólogo do NASF que ligam para cá: “ah, eu quero encaminhar”. “Olha, encaminhar não. A gente vai aí para ver junto com vocês”. Porque senão encaminha, acabou e o paciente não tem mais nada, só o CAPSi. Aí acabou todo o contrato com a Clínica da Família. Então a gente tem feito o trabalho inverso de “não, encaminha não, a gente*

*vai aí”. Aí a gente vai lá e é quase um matriciamento, não é? Praticamente um matriciamento (ÁRTEMIS – CAPSi A).*

### 3.3 Discussão

A hipótese geradora desta pesquisa era a de que a reconhecimento do autismo como deficiência estaria causando impactos nos trabalhos das equipes dos serviços que não trabalham com a lógica da deficiência na cidade do Rio de Janeiro: os CAPSi. Além disso, suspeitávamos que estas mudanças estariam ocorrendo de forma indireta, a partir de demandas relacionadas à deficiência. Como podemos inferir pela pesquisa, estas duas hipóteses se confirmaram totalmente, ou seja, alguns reflexos estão ocorrendo e estes se dão de forma indireta. Entretanto, veremos que alguns impactos que suspeitávamos se confirmaram totalmente, já outros parcialmente. Para melhor elucidar esta conclusão, analisaremos os resultados, relacionando-as às hipóteses iniciais da pesquisa.

Como vimos, dos três CAPSi pesquisados, um já apresenta divergências internas sobre o autismo. No CAPSi B, o grupo se mostrou dividido entre integrantes que seguem unicamente a visão do TEA como transtorno mental, outros que o reconhecem como deficiência e um terceiro que o vê como uma variação do funcionamento neurológico humano, uma neurodiversidade. Tomando essa discordância interna como um possível impacto, visto que a própria história dos CAPSi do município evidenciou forte influência psicanalítica, cabe agora nos perguntarmos se tal hegemonia também tem sido quebrada em outros CAPSi. Para confirmarmos tal conclusão seria necessário ampliar nosso campo para outros CAPSi, o que não foi possível neste trabalho. Mesmo assim, o resultado encontrado nos sugere uma possibilidade de impacto, que poderá ser melhor elucidado em pesquisas futuras.

Observamos também que o CAPSi C apresentou um conjunto de pontos de vista que o diferenciou dos demais CAPS. Além de ser o CAPSi com menor tempo de existência dentre os três pesquisados, notamos ser um grupo onde a própria concepção de deficiência foi mais amplamente discutida, aproximando-se muito do modelo social da deficiência dos *Disability Studies*. Embora seus integrantes não reconheçam o autista como um deficiente, mostraram-se favoráveis à noção de “deficiência para fins legais”, uma vez que interpretam como positivos os direitos adquiridos a partir disso. Mesmo diante do risco do estigma, entendem que este

possa ser trabalhado junto com o paciente e sua família, assumindo sua responsabilidade sobre tal intervenção. Já começa a haver neste CAPSi um movimento para discutir internamente questões relativas à deficiência, bem como maior abertura para aplicação de técnicas específicas caso seja necessário, seja no interior do serviço, seja compartilhando o tratamento com serviços de reabilitação.

Todavia, as opiniões relatadas não foram exclusivas deste grupo. Nos outros houve concordância com um ou outro destes pontos, mas nenhum deles congregou tantos elementos que configurassem abertura maior do serviço às propostas de deficiência. Tanto que, se tomarmos o acolhimento da designação do TEA como “deficiência para fins legais” como um impacto, vemos que dois dos três grupos pesquisados demonstrou acolher favoravelmente a ideia, devido aos benefícios trazidos. Apenas o grupo A se mostrou avesso, mesmo que para seus integrantes alguns benefícios fossem necessários, como vale-transporte, BPC/LOAS e inclusão escolar, por exemplo.

A diferenciação do grupo C frente aos demais nos levantou algumas questões: por que este CAPSi se mostrou tão peculiar? O fato de ter iniciado seus trabalhos a pouco tempo, num período em que as questões relativas à deficiência já tinham se iniciado, teria alguma influência nesta diferença de postura? Como vimos, ele foi o único grupo cuja discussão sobre o conceito de deficiência se aproximou do modelo social, mesmo sem terem consciência disso. Além disso, nos questionamos se as características do território, do perfil populacional e da rede assistencial/educacional teriam algum impacto? Ou ainda, seria o perfil dos profissionais o maior fator diferencial? Acreditamos que todos estes fatores estejam trabalhando em conjunto, porém para elucidá-los seria necessário um maior estudo deste serviço, o que seria difícil neste trabalho sem quebrar o compromisso com o anonimato. Mesmo assim, o fato de existir um serviço que foge ao padrão até então tido como homogêneo dos CAPSi da cidade, por si só nos sugere um início de novos rumos para a atenção psicossocial infanto-juvenil carioca.

Em seguida, vimos que vários impactos surgiram a partir de laudos. Como era nossa hipótese, todas as equipes sentiram um aumento dos pedidos destes documentos, o que gerou uma série de outras mudanças. Entretanto, vale lembrar que este aumento não foi associado pelas equipes ao surgimento da Lei 12.764. Vimos que os dois CAPSi mais antigos (A e B) notaram uma relativização de postura: antes os laudos eram negados, por várias razões já elucidadas, passando nos últimos tempos a serem discutidos e inseridos no PTS. Não somente isso, percebemos que, num geral, a defesa por determinados direitos ganhou a adesão destes CAPSi, cujas equipes têm iniciado movimentações em prol de seu aprimoramento. Foi

ressaltado o direito ao passe-livre, para fins não somente de deslocamento até os CAPSi, mas também a qualificação da educação inclusiva. Como evidenciamos, os grupos B e C relataram experiências muito positivas quando saíram das dependências do serviço para se aproximarem das escolas e da Secretaria de Educação, a partir do questionamento da obrigatoriedade de laudo com CID para inserção no AEE. Questionamento este que permitiu a construção de um trabalho mais afinados os setores do ensino a fim de qualificar o projeto educacional para crianças com TEA. Sendo assim, a demanda por um diagnóstico (representado pelo CID) suscitou o CAPSi a um movimento bem mais amplo de questionamento e (re)construção/qualificação da rede com as escolas, o que confirma nossa hipótese inicial de que houve reflexos nos serviços pesquisados.

Ainda relativo aos laudos, outro impacto sentido pelas equipes é a pressão dos pais no sentido de acelerar seu processo diagnóstico e fornecer o documento. Há o reconhecimento das angústias parentais, das necessidades dos laudos para adquirir determinados acessos e benefícios aos seus filhos e também do tempo por vezes excessivo que a atenção psicossocial toma quando do ato diagnóstico, visto não ser ele obrigatório para a execução de sua linha de cuidados. As equipes relataram ainda a chegada cada vez maior de famílias que procuram o CAPSi apenas para obtenção de laudos para benefícios. Embora a maior parte destas demandas acabem sendo revertidas em tratamento no CAPSi, já tem se tornado frequente a chegada de pessoas que optam pelo tratamento no setor privado, mas que necessitam de laudo do SUS para ter benefícios. Tais demandas tem convocado as equipes a discutirem se o CAPSi seria o local para este tipo de avaliação, uma vez que isso não seria condizente com suas diretrizes de trabalho e a complexidade da clientela que atendem.

Analisando estes fatores em conjunto, podemos inferir que talvez o maior impacto causado nas equipes pelas demandas de laudos seja justamente este último. Realmente parece necessário aos CAPSi rediscutirem sua posição frente aos laudos e redirecionarem sua forma de lidar com suas demandas, uma vez que estão envolvidas questões clínicas, sociais, políticas e até mesmo éticas. Do ponto de vista clínico e social, é compreensível a preocupação dos CAPSi quanto ao potencial estigmatizante de um laudo, assinado e carimbado por um médico, no que concerne à posição do sujeito na família, nas escolas, no seu território e na vida em sociedade, principalmente quando o diagnóstico ainda é incerto. Da mesma forma, parece plausível que, como serviços de cuidados psíquicos e sociais, os CAPSi se proponham a estabelecer, junto com as famílias, qual é o lugar do benefício na vida desta criança e em alguns casos, se necessário, fazer com que a família se questione se será realmente pertinente solicitá-lo. Este “trabalhar os laudos com as famílias” é, na opinião dos grupos, ainda mais



pertinente diante dos casos ainda em avaliação, onde a pressa em dar um diagnóstico pode levar erros e danos aos pacientes.

Entretanto, tal cuidado pode esbarrar em questões éticas. Uma vez que a lei reconheceu o TEA como deficiência e garantiu a ele todos os direitos já previstos para os deficientes, caberia aos CAPSi se colocarem nesta posição de instância frenadora do acesso a um direito legitimado, mesmo sob justificativas terapêuticas? A situação se complica quando pensamos na posição de categorias trabalhadoras cujo código de ética profissional não permite a negação de um laudo, a exemplo da medicina<sup>49</sup>. Por fim, do ponto de vista político-assistencial, os pedidos por avaliações com fins específicos de confecção de laudos levantam outra problemática: qual serviço público seria responsável por esta clientela? Os CAPSi, como serviço de “portas abertas”, poderiam se negar a fazer tais avaliações? Uma vez iniciadas estas avaliações, os médicos dos CAPSi podem se negar a atestar aquilo que eles avaliaram, mesmo sob a justificativa de ser o diagnóstico ainda inconclusivo?<sup>50</sup> Se pensarmos no princípio da universalidade e integralidade do SUS, seria legítimo atrelar, obrigatoriamente, um laudo a um tratamento? Ou seja, os CAPSi podem se negar a fornecer apenas um serviço que o cidadão demanda ao SUS (no caso avaliação, diagnóstica e laudo), condicionando este ao uso integral do dispositivo terapêutico? Não seria possível que a gestão de cada município discutisse suas políticas assistenciais para este tipo de demanda de acordo com a realidade de sua RAPS? Diante da delicadeza destas questões, nos parece realmente pertinente a necessidade dos grupos de discutirem esta problemática e estabelecerem consensos dentro e fora dos serviços, uma vez que se colocam em risco de agirem de forma ilegal frente aos direitos dos cidadãos em questão, mesmo que na melhor das intenções.

Por fim, listamos dois últimos impactos encontrados, que se mostram de certa forma intimamente relacionados, tanto entre si, como com os demais acima. O primeiro foi evidenciado pelas mesmas sensações das equipes sobre a necessidade de intervirem junto a outros setores da assistência às crianças autistas, frente às demandas relativas à deficiência. Refiro-me à interface surgida ou ampliada com a Secretaria da Educação e as escolas, com a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e seus serviços, e também com a Equipes de Saúde da Família. O impacto seria a ampliação e aprimoramento da *intersectorialidade* e das atuações no *território* por parte dos CAPSi. Para lidar com isso, todas as equipes pesquisadas

---

<sup>49</sup> Segundo o Código de Ética Médica (Capítulo X – “Documentos Médicos”, artigo 91), é vedado ao médico “deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal”, o que inclui o ato diagnóstico (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

<sup>50</sup> Lembramos, mais uma vez, que a simples suspeita de TEA já dá o direito a benefícios, mesmo que temporariamente.

referiram sentir uma necessidade cada vez maior de discutir, firmar e divulgar o que é um CAPSi, o que ele faz, a quem ele se destina, como acessá-lo, qual a sua visão sobre o autismo, suas linhas de intervenção, sua posição na RAPS e outras redes de assistência, bem como seu lugar privilegiado dentro das Políticas Públicas em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes. Embora acreditemos que esta necessidade não tenha surgido exclusivamente a partir da redefinição do autismo como deficiência, nossa pesquisa evidenciou que tal questão se mostrou um fator adjuvante importante, o que configura nosso último impacto. Refiro-me ao fato dos CAPSi sentirem que precisam divulgar mais e com mais clareza seu trabalho, tanto internamente para os pais, como para os demais serviços. Esta divulgação tem a finalidade de configurar uma rede efetiva de apoio e angariar reforço no reconhecimento de seu lugar como serviço de atenção a crianças com transtornos mentais complexos. Afirmar que o CAPSi é efetivamente um lugar de tratamento para autistas está totalmente vinculado à afirmação do CAPSi como serviço de referência a crianças graves como um todo, como foi defendido pelos grupos.

Toda essa necessidade de discussão, estabelecimento de consensos e divulgação confirma uma de nossas hipóteses iniciais: a de que pouco (ou nada) se discutia *diretamente* sobre o autismo como deficiência nos CAPSi; porém sua ocorrência estaria se dando de forma *indireta*, a partir de suas consequências para a clínica e das diferentes opiniões sobre as formas de abordagem. Como demonstramos, os grupos relataram vários exemplos onde os temas relativos à deficiência surgiam travestidos de outras formas, tendo os laudos aparecido em local de destaque como desencadeadores de discussão.

Antes de finalizarmos, é importante frisar que apenas uma de nossas hipóteses não se confirmou. Com exceção de casos pontuais, os grupos não têm sentido um aumento de demandas por tratamento para autismo dentro das propostas reabilitadoras. Tampouco não houve relatos de busca por profissionais “especialistas em autismo”. Em contrapartida, afirmaram que normalmente as pessoas já vêm encaminhadas com a informação de que o TEA é ali tratado, que em sua maioria são pessoas que desconhecem teorias sobre o tema e ficam, de certa forma, aliviadas quando são acolhidas, em vista das dificuldades que normalmente encontram no acesso aos serviços públicos.

Em conclusão, podemos dizer que nossa pesquisa evidenciou alguns impactos no trabalho das equipes dos CAPSi, que acreditamos terem sido gerados pela recongnição do autismo como deficiência. Alguns se mostraram mais evidentes, como: a discussão e mudança de posicionamento frente aos *laudos*, a ampliação e qualificação da *intersectorialidade* e *territorialidade*, e a necessidade de *maior clareza e divulgação do trabalho dos CAPSi*. Ora,

todos estes pontos já são pressupostos das diretrizes dos CAPS. Sendo assim, podemos supor que, de forma geral, o impacto mais evidente da lógica da deficiência nestes serviços, a partir da problemática do autismo, seja justamente o de convocar o CAPSi a ser cada vez mais CAPSi, ou seja, a fazer mais e melhor aquilo que já é previsto para eles.

Para discutirmos este ponto, vale a pena nos remetermos a uma questão já apresentada nos capítulos precedentes. Referimo-nos aqui à consideração do autista como um sujeito. Se por um lado, os CAPSi investigados corroboraram a noção teórica de um sujeito como sujeito da psicanálise<sup>51</sup> ao instituir suas condutas terapêuticas, por outro lado, as mudanças estimuladas pela lógica da deficiência trouxeram à tona a necessidade de ampliar este conceito de sujeito para além de sujeito psicanalítico. A demanda por sair de dentro de seus muros e estabelecer parcerias de cuidado com outras instâncias (escolas, clínicas da família, setores da reabilitação, demais setores da RAPS) nos lembra uma noção surgida na segunda geração dos teóricos dos *Disability Studies*, a partir das críticas das filósofas feministas.

Referimo-nos à noção de interdependência e ao papel dos cuidadores de deficientes. Sabemos que a maioria dos autistas, durante boa parte de sua vida (ou toda ela), será dependente de cuidados. O que as feministas apontaram é que a valorização da independência como ideal de existência é um “*projeto moral que se adequa às aspirações de pessoas não deficientes e que ela não é um valor inquestionável*” (GAUDENZI & ORTEGA, 2016). Neste sentido, interdependência não seria um ideal valorativamente inferior à independência, visto que somos seres sociais, relacionais e afetivamente dependentes uns dos outros. O esvaziamento dos conceitos de capacidade individual e independência, com o fortalecimento das noções de relação interpessoal e interdependência, tornaria possível a relativização do termo deficiência.

Ao pensarmos no autismo como deficiência e na amplitude das instâncias das quais ele será dependente ao longo de sua vida, podemos averiguar que os CAPSi tem sido convocados a ampliar, eles também, suas parcerias nos cuidados com o autista. Este autista, como ser social inserido numa rede de interdependência, não é apenas um sujeito do inconsciente, mas também um sujeito social. Sendo assim, a lógica da deficiência vem convocar os CAPSi a ampliarem o próprio conceito de sujeito para além do sujeito psicanalítico, considerando-o como um sujeito psicossocial.

Contudo, outros achados se mostraram como impactos possíveis, visto que não houve homogeneidade entre os grupos. Podemos citar, como foi evidenciado por algumas equipes: o

---

<sup>51</sup> “(...) quando a gente está falando aqui num sujeito, (...) esse sujeito é um sujeito do inconsciente, da psicanálise” (HEFESTO – CAPSi A, p. 91).

início de *discussões internas sobre a natureza do autismo* (transtorno mental, deficiência e/ou neurodiversidade); uma *maior abertura a técnicas mais protocolares* (reabilitação, contenção, educação); algum engajamento na *garantia de certos direitos do autistas* (passe-livre, inserção escolar); a *aceitação do autismo como “deficiência para fins legais”* (mesmo que com ressalvas); e um *autoquestionamento* sobre a morosidade do processo diagnóstico nos CAPSi, a partir da pressão dos pais e da sociedade. O surgimento destes possíveis impactos abre as portas para maior elucidação em pesquisas futuras no campo da saúde coletiva.

Antes de encerrarmos este estudo, gostaríamos de evidenciar dois achados que, embora não relacionados diretamente com o tema da pesquisa, levantaram questões fundamentais para trabalhos futuros. O primeiro deles diz respeito à amplitude operacional dos CAPSi. Como vimos no capítulo dois, o Rio de Janeiro conta com apenas oito destes serviços para um total de aproximadamente 6,5 milhões de habitantes, sendo que a cobertura de cada CAPSi varia de 500.000 a 1.000.000 de habitantes. Cada área coberta apresenta não só diferentes extensões territoriais, mas também realidades populacionais muito diversas. Para lidar com toda esta população, contam com uma média de 16 profissionais (variando de 11 a 20) na assistência direta a todos os casos, não somente aos autistas. Além disso, boa parte deles recebem estagiários e residentes que carecem igualmente de supervisão e preceptoria. A questão que se impõe é a seguinte: este número de serviços e de profissionais é suficiente? Só a título comparativo, a cidade de São Paulo, mesmo tendo quase o dobro da população do Rio de Janeiro, apresenta mais que o triplo de CAPSi desta. São 25 no total, sendo um deles CAPSi III, o que ainda não existe na capital carioca<sup>52</sup>.

Além disso, um estudo realizado por Lima et al. (2014), onde foram formados grupos focais com profissionais e pais dos CAPSi de toda região metropolitana do Rio de Janeiro, alertou quanto à capacidade de funcionamento e precariedade dos serviços. Os grupos de pais se mostraram divergentes quanto aos espaços não serem exclusivos para autistas, porém em sua maioria consideraram insuficientes a frequência e a duração dos atendimentos, opinião esta compartilhada por alguns grupos de profissionais. Ambos os grupos ressaltaram a precariedade estrutural de parcela dos CAPSi, principalmente no que diz respeito à sua conservação, tamanho e número das salas, localização, falta de telefone, carro e medicamentos, etc. O profissionais apontaram a necessidade de aumento do tamanho das equipes. Já a alta rotatividade do quadro de funcionários e a falta de algumas especialidades

---

<sup>52</sup> Dados encontrados no site da prefeitura da município de São Paulo, atualizados em 22/12/2016. Disponíveis em [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/index.php?p=204204](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=204204) Acesso em 20/03/17

foi alvo de crítica dos pais. Em nossa pesquisa encontramos a mesma dificuldade quando estabelecemos o critério de um mínimo de dois anos de trabalho em CAPSi. Poucos profissionais se enquadravam neste critério. Com isso, retomamos a questão: é suficiente? Tem sido possível aos CAPSi da cidade darem o devido cuidado aos casos de autismo, levando em conta a imensa variação dentro do espectro e suas diferentes demandas?

Por fim, o segundo achado que gostaríamos de frisar diz respeito à relação entre os CAPS e a pobreza. Como evidenciado nos grupos, o perfil da maioria da população que normalmente utiliza os CAPSi é constituído por pessoas com baixo poder aquisitivo e/ou educacional, vivendo muitas vezes em áreas carentes, algumas violentas, com longo histórico de desassistência. Estes serviços, com integrantes do SUS, têm suas portas abertas a todos, mas quem efetivamente os utiliza é a população mais pobre. Sendo assim, a questão que se impõe é: de que autista estamos falando? Nossos grupos atribuíram ao perfil desta população a razão para a praticamente inexistente busca por métodos específicos de tratamento. Inferiram, como causa disso, o pouco (ou nenhum) conhecimento destas famílias sobre as diferentes abordagens do autismo, bem como sobre as discussões e disputas relacionadas ao autismo. Além disso, as demandas que as famílias normalmente levam aos CAPSi (vale-transporte, um salário mínimo mensal, assistência educacional e assistência em saúde, seja ela qual for) beiram ao mínimo necessário para a sobrevivência e cuidados desta criança. Sendo assim, podemos nos questionar se os anseios e expectativas destas famílias para seus autistas são os mesmos que poderíamos encontrar nas classes mais “esclarecidas”.

Portanto, compreender estes fatores nos mostra que a posição dos CAPSi é muito mais complexa do que as discussões em torno de vertentes terapêuticas e nos incentiva a estudar e pesquisar cada vez mais tais parâmetros, afim de fortalecer o lugar destes serviços na assistência psicossocial ao TEA.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que é o autismo? Qual a sua natureza? Psicose? Transtorno mental? Deficiência? Ou ainda estamos diante de uma variedade do funcionamento cerebral humano? Como ele deve ser tratado? Por quem? Onde? Deve o autista ser tratado? O que acontece com esta condição a ponto de gerar tantas divergências teóricas e políticas? São estas perguntas que, no fundo, geraram nosso impulso ao estudo empreendido nessa pesquisa.

Partimos inicialmente de uma visão mais ampla sobre as principais correntes teóricas que se empenharam em versar sobre a condição autista, analisando tanto suas construções históricas, quanto suas concepções atuais sobre o assunto. Vimos que o TEA surgiu num momento onde a própria psiquiatria era impregnada pelo discurso psicanalítico. Neste ponto, psicose e autismo não eram categorias diferenciadas pela psicanálise, sendo que, mesmo hoje, ainda é difícil para as principais escolas psicanalíticas falarem em autismo fora de uma estrutura psicótica. Mesmo assim, há divergências. Citamos o caso da Winnicott, que inclui o autismo dentro das psicoses infantis com tal ênfase que chega a negar sua existência como categoria à parte. Vimos ainda a hipótese da existência de uma estrutura autística, aventada pelo casal Lefort, configurando uma possível quarta estrutura psíquica, juntamente com psicose, neurose e perversão.

As teorias psicanalíticas sobre o TEA prevaleceram por quase 30 anos, desde a primeira descrição de Kanner (1943), sendo a década de 1970 marcada pelo início dos questionamentos a seus preceitos. Deu-se então a ascensão do cognitivismo e da valorização de uma medicina baseada em evidências, que não somente transformou o campo da psiquiatria, mas limitou a influência da psicanálise no discurso médico psiquiátrico. O autismo não ficou imune a estes novos tempos, ganhando status nosográfico próprio com a publicação do DSM III em 1980. Desde então, muitas teorias se desenvolveram no campo cognitivista, exigindo rediscussão sobre as formas de tratamento a serem empregadas.

A psicanálise, por sua vez, não desistiu do autismo e, como vimos, em algumas escolas manteve sua aceção como uma psicose. Por outro lado, no final do século XX assistimos esta dicotomia ser quebrada pelo surgimento de uma terceira via: o movimento da neurodiversidade. Composta em sua maioria por autistas de alto funcionamento ou com Síndrome de Asperger, este grupo se propõe a relatar o autismo pelos próprios autistas, advogando a favor do caráter não-patológico de sua condição. Influenciados pelos *Disability Studies*, tais indivíduos alegam que seus cérebros apresentam um funcionamento diferente

dentro da imensa variedade humana e que, por isso, não precisam ser tratados, mas aceitos pela sociedade. Esta, por sua vez, deveria se adequar para lidar com este tipo diferente de pessoa.

Em seguida, focamos nosso estudo no caráter político e assistencial do autismo no contexto nacional. Nosso objetivo era compreender como, e em que contexto, essa categoria nosográfica veio a ser considerada uma deficiência. Nosso estudo revelou que a assistência ao TEA era muito precária até o final do século XX, sendo relegada a instituições de caráter educacional, muitas vezes filantrópico, uma vez que a própria categoria era muito pouco distinguida de outras condições, sendo inserida no grupo mal definido das crianças excepcionais.

Evidenciamos que, para que se criassem políticas assistenciais voltadas para crianças com transtornos mentais, foi necessária antes uma reestruturação da própria visão do Estado sobre a criança. O ponto de virada foi promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, que reconhece a criança como um cidadão de direito, devendo o Estado garantir sua proteção integral. Ainda assim, somente cerca de uma década depois é que as políticas públicas se firmaram para garantir a assistência para esta população, a partir da III CNSM. Como vimos, a resposta estatal se deu dentro do campo da Saúde Mental, seguindo rumos semelhantes, ainda que tardiamente, aos tomados para assistência aos demais doentes mentais.

Tomou-se, então, o CAPSi como principal diretriz assistencial do Estado brasileiro. Modalidade de serviço onde seria contemplado, além de outros transtornos, o TEA. Esta resposta estatal ao problema do autismo não atendeu plenamente aos anseios dos pais de autistas. Muito pelo contrário. Observamos surgir na década de 1980 atores fundamentais na construção da atual concepção deficitária para o autismo: as associações de pais de autistas. Estes grupos, compostos por pais e profissionais, surgiram com o objetivo de suprir a carência assistencial para seus filhos. Tais grupos se aproximaram das teorias, pesquisas e centros terapêuticos internacionais com o objetivo de conhecer, apreender e aplicar técnicas de tratamento voltadas especificamente para o TEA. Começaram então a empreender técnicas baseadas em evidências, tais como ABA, TEACCH, PECS, dentre outros. Destes grupos, evidenciamos o pioneirismo da AMA-SP, que se expandiu para outras regiões do país, permitindo a formação de uma associação brasileira (ABRA) e influenciando a criação de outras associações semelhantes. Com o surgimento da ABRA, a luta antes assistencial ganhou caráter político, a partir do momento em que os anseios das associações almejavam a esfera pública. Uma vez que se ligavam a determinadas correntes epistemológicas e terapêuticas para o TEA, estas associações passaram a exigir do poder público a criação de políticas

voltadas para seus filhos e, conseqüentemente, o custeio das mesmas. Diante disso, fica claro o desagrado destes grupos quando da resposta do estado ao problema do autismo a partir dos CAPSi, especialmente devido à grande influência das correntes psicanalíticas que influenciaram os processos reformistas da psiquiatria e culminaram nas políticas de Saúde Mental, principalmente nos grandes centros, como o Rio de Janeiro.

Duas frentes paralelas então se estabelecem: as associações de pais, com sua adesão às teorias cognitivistas e suas demandas por reabilitação (técnicas baseadas em evidências); e a Saúde Mental, com boa parte de seus representantes ligados ao processo histórico da Reforma Psiquiátrica e onde, principalmente na infância, a corrente psicanalítica exercia influência considerável.

A noção de deficiência para o autismo foi respaldada por teorias, legislações, convenções e ativismos internacionais, tornando-se, esta noção, um trunfo no ativismo das associações pelos direitos dos autistas. Sendo incentivados não somente pela teoria do déficit neurológico, mas também pelo arcabouço legal de direitos já adquiridos pelos deficientes no Brasil, um grupo de pais, profissionais e políticos, encabeçado por Berenice Piana, embrenharam-se na confecção de um projeto de lei que incluísse o autismo na categoria das deficiências. Tal empenho conquistou o apoio de vários grupos e associações, sendo que em 27 de dezembro de 2012 foi sancionada a Lei 12.764 (“Lei Berenice Piana”), que reconhecia o autismo como deficiência para fins legais e instituiu a Política Nacional de Proteção aos Direitos da Pessoa com TEA. Tal lei tem a particularidade de congregar em si a garantia, ao autista, de todos os direitos já conquistados pelas pessoas com deficiência, ainda que parte destes direitos já fossem contemplados por outros decretos e leis.

É neste ponto que nossa pesquisa se inseriu. Objetivamos conhecer os impactos gerados pela recongnição do autismo como deficiência nos serviços que não trabalham com essa lógica, ou seja, os serviços que, dentro das PPSMCA, são tidos como referência para o tratamento do TEA: os CAPSi. Nunca acreditamos ter sido a Lei Berenice Piana a responsável pelas mudanças encontradas. Nossa hipótese é a de que tais mudanças já vinham ocorrendo ao longo do tempo à medida que a noção de deficiência para o autismo vinha ganhando coro nos diversos setores do contexto nacional. Ainda assim, há de se considerar que, “marcos legais não alteram por si mesmos a realidade, mas podem, em certas circunstâncias, provocar modulações na realidade, agindo ativamente na construção de novas concepções e práticas, eticamente sustentáveis” (COUTO, 2012, p. 8-9).

Nosso campo de pesquisa se deu nos CAPSi da cidade do Rio de Janeiro. Partimos da premissa, não só de nossa experiência profissional, mas também do contato direto com os



CAPSi da cidade, de que estes serviços são orientados e seguem a ética da psicanálise lacaniana. Tal influência pôde ser comprovada no capítulo dois, quando empreendemos uma breve análise do perfil histórico e profissional de cada CAPSi do Rio de Janeiro, bem como das características dos supervisores destes serviços, em sua quase totalidade, psicanalistas.

Para identificar os impactos pretendidos, realizamos grupos focais em uma amostra de CAPSi, que congregasse a cobertura de diferentes regiões do município, bem como representasse diferentes tempos de experiências na assistência, visando incluir serviços que surgiram já no momento em que a questão da deficiência estivesse em voga e também serviços mais antigos, onde pudessem ser sentidas as mudanças no campo.

Nossa pesquisa demonstrou alguns reflexos evidentes das questões da deficiência no trabalho das equipes ao lidar com o TEA. Os principais impactos referidos dizem respeito a necessidade de reconfiguração do funcionamento interno, principalmente quanto ao processo de fornecimento de laudos, à comunicação do diagnóstico e à orientação dos pais quanto ao *modus operandi* do CAPSi. Além disso, a partir das demandas por laudos, as equipes sentiram-se convocadas a aperfeiçoar sua atuação intersetorial e territorial, especialmente nas escolas e clínicas de saúde da família. Por fim, foi de opinião geral que o autismo como deficiência tem reforçado a necessidade de divulgação do trabalho do CAPSi para outros setores da rede assistencial (escolas, ESF, varas da infância, fóruns, etc.), deixando mais claros seus princípios, diretrizes, formas de acolhimento e tratamento, com o intuito de se afirmar quanto local de tratamento para autismo e angariar parcerias em defesa de sua importância como centro de referência para estes casos. Vemos ainda uma forte preocupação ao lidar com questões referentes ao estigma da deficiência junto aos pais e outros setores da sociedade, demonstrando o quanto este se configura ainda dentro de um imaginário valorativamente negativo para os grupos investigados. Se levarmos em conta que rediscussão constante do processo de trabalho, intersetorialidade, trabalho territorial, configuração e divulgação do funcionamento do serviço junto à rede sempre foram preceitos dos CAPS, podemos inferir que o maior impacto gerado tem sido a convocação do CAPSi a exercer cada vez mais (e melhor) aquilo que já é previsto em seus princípios e diretrizes. Poderíamos dizer que o autismo como deficiência tem convocado os CAPSi a se fortalecerem cada vez mais como aquilo que eles se dispõem a ser: serviços não-cristalizados, que funcionam em rede intersetorial e territorial. Não somente isso, mas, como ordenadores da rede, cabe a eles divulgarem seu funcionamento, seu trabalho e sua finalidade, com o objetivo de otimizar a assistência à criança e adolescente em sofrimento psíquico em todos os âmbitos de sua vida psíquica e social.

Cabe, por fim, ressaltar alguns achados nos fizeram suspeitar de impactos possíveis, visto que os dados não se repetiram em todos os grupos. O CAPSi mais novo dentre os investigados, por exemplo, que foi inaugurado no momento em que questões relativas à deficiência já estavam em voga, demonstrou postura diferente quanto ao problema. Encontramos neste grupo maior aceitação quanto à legitimidade de se considerar o autismo como deficiência para garantir-lhe benefícios, bem como maior abertura à complementaridade das vertentes terapêuticas, não sendo abertamente avesso ao uso de técnicas comportamentais para determinados casos ou a parcerias terapêuticas com centros de reabilitação para TEA. Se há alguma relação entre o caráter recente deste CAPSi com sua postura frente à referida problemática, não nos foi possível concluir com esta pesquisa. Entretanto, este achado levanta questões para pesquisas futuras.

Da mesma forma, observamos que, em alguns CAPSi, tem se iniciado um debate sobre a natureza do autismo e das deficiências, revelando a existência de opiniões divergentes sobre os temas, bem como da relação entre autismo e deficiência. Porém isso não se repetiu em todos os grupos a ponto de podermos considerar uma tendência. Ainda assim, cabe observarmos a evolução destas discussões nos tempos vindouros.

Por fim, houve questionamento do próprio processo diagnóstico do TEA nos serviços, criticando-se a morosidade do mesmo e a pressão exercida pela sociedade, tendo os pais como porta-vozes desta demanda. Estes possíveis reflexos convocam a Saúde Coletiva a maiores pesquisas sobre a dinâmica entre a Saúde Mental e a reabilitação, bem como sobre o papel do CAPSi no tratamento do autismo, agora como deficiência legalmente reconhecida.

## REFERÊNCIAS

ABREU, D. N. A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. *Estud. pesqui. psicol.* Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, abr. 2008. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812008000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000100008&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em 15 de novembro de 2016

AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

\_\_\_\_\_. Reforma psiquiátrica e epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v. 1, n. 1, jan.-abr. 2009.

\_\_\_\_\_. *Louco pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1952.

\_\_\_\_\_. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. 2nd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1968.

\_\_\_\_\_. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. 3th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980.

\_\_\_\_\_. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.

\_\_\_\_\_. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013.

ANDRADA, B.F.C.C. *Modelos teóricos da deficiência no discurso acadêmico brasileiro: perspectivas integracionistas e o campo da saúde coletiva*. Dissertação (Mestrado em Saúde

Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

ARAÚJO, G.; MRECH, L.; SABOIA, C.; SIQUEIRA, T.; NEZAN, M.; COSTA, R.; PARLATO-OLIVEIRA, E.; PIRES, M.; SOARES, M. Panorama das questões envolvendo psicanálise e autismo na França. São Paulo, 07 de abril de 2013. Disponível em: <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/07/panorama-das-questoes-envovendo-psicanalise-e-autismo-na-franca/> Acesso em: 28 de julho de 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE AUTISMO [ABRA], *História e Atuação*. 2014. Disponível em: <http://www.autismo.org.br/site/abra/historia-e-atuacao.html> Acesso em: 25 de janeiro de 2017

BARON-COHEN, S.; LESLIE, A.M.; FRITH, U. Does the autistic child have a ‘theory of mind’? *Cognition*, 1985, n. 21, p. 37-46.

BARROS, A.E.B. *O tempo em ação: reflexões sobre o autismo infantil a partir do pensamento de Henri Bergson*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

BATISTA, C. A. M. Deficiência e autismo. São Paulo, 08 set. 2013. Disponível em: <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/07/08/deficiencia-e-autismo-cristina-abranches-mota-batista/> Acesso em 19 fev. 2017.

BETTELHEIM, B. *A fortaleza vazia*. São Paulo: Martins Fontes, 1987 [1967]. 503 p.

BEZERRA JR, B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR, B.; COSTA, J. F. (Org.). *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 9-32.

BOSA, C.; CALLIAS, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 167-177, 2000. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722000000100017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000100017&lng=pt&nrm=iso) Acessado em 19 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Lei nº 10.764, 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. Brasília. 2012

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA), Brasília, Ministério da Saúde, 2013a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Linha de Cuidados para Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro Autista e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde, Brasília, Ministério da Saúde, 2013b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as normas e diretrizes para organização dos CAPS. Diário Oficial da União. 2002a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS (republicada em 31.12.2011). Diário Oficial da União. 2011a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Brasília. 2005

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília. 1990

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília. 1988

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília. 1994

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Seminário Nacional de Política de Saúde Mental para Infância e Adolescência (Relatório Final). Brasília. 2001a

\_\_\_\_\_. 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. 2001b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília. 2002b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1608, de 03 de agosto de 2004. Constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Diário Oficial da União. Brasília. 2004

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília. 2011b

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limite. Brasília, 2011c

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Atenção integral às crianças e jovens com autismo no SUS: construção de uma rede pública ampliada que garanta acesso e qualidade. Documento apresentado à primeira reunião do Grupo de Trabalho sobre Atenção ao Autismo no SUS, realizada em 26/03/2008. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPES/Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasília: 2008a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica ampliada equipe projeto 2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf) Acesso em 11/02/17

CALAZANS, R.; MARTINS, C. R. Transtorno, sintoma e direção do tratamento para o autismo. *Estilos da Clínica: Revista sobre a Infância com Problemas*, Rio de Janeiro, n. 12 (22), p. 142-157, 2007.

CAMARGO, S. P. H.; RISPOLI, M. Análise do comportamento aplicada como intervenção para o autismo: definição, características e pressupostos filosóficos. *Revista Educação Especial*, Santa Maria, p. 639-650, nov. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/6994>>. Acesso em: 17 de novembro de 2016.

CAVALCANTI, A.E.; ROCHA, P.S. *Autismo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.  
CIACCIA, A. Da fundação de Um à prática feita por muitos. *Curinga Psicanálise e saúde mental*, Escola Brasileira de Psicanálise, Minas Gerais, n. 13, p. 60-65, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução nº 1931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. D Of União. 24 set. 2009;(183, seção I):90-2. Retificações em: D Of União. 13 out 2009;(195, seção I):173. Disponível em: [www.portalmédico.org.br/novocódigo/download/CODIGO.zip](http://www.portalmédico.org.br/novocódigo/download/CODIGO.zip) Acessado em 11 de fevereiro de 2017.

COUTO, M.C.V. *Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)*. Tese (Doutorado) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

DE PAULA FALEIROS, V. Infância e processo político no Brasil. In: RIZZINI, I.; PILOTTI, F. (Orgs.). *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

DINIZ, D. *O que é deficiência*. São Paulo: Brasiliense, 2007.

ELIA, L. A rede de atenção na saúde mental: articulações entre CAPS e ambulatórios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil*. Brasília, p. 45-57, 2005.

FELDMAN, C. *Relatos sobre autismo: um estudo sobre narrativas em primeira pessoa*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

FREIRE, A.B.; BASTOS, A. Paradoxos para uma clínica com crianças autistas e psicóticas: uma experiência com a “prática entre vários”. *Estilos da clínica: Revista sobre a Infância e Adolescência com Problemas*, Rio de Janeiro, n. 9 (17), p. 84-93, 2004.

FRITH, U.; HAPPÉ, F. Autism: beyond ‘theory of mind’. *Cognition*, Londres, v. 50, p. 115-132, 1994.

GALVÃO, M. S. E., ELIA, L. F. *CAPSi Pequeno Hans 10 anos: uma parceria que deu frutos!* Texto apresentado durante os eventos de comemoração dos 10 anos do CAPSi Pequeno Hans, Rio de Janeiro, 2008. 8 f. (texto digitado)

GAUDENZI, P., Ortega, F. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016, v. 21, n. 10, p. 3061-3070.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2003.

GUERRA, A. M. C. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental – sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008, p. 23-58.

KANNER, L. Autistic disturbance of affective contact. *Nervous Child*, v. 2, p. 217-250, 1943.

KATZ, I. Entrevista IV. [12 de março de 2014] São Paulo: *Revista Vínculo*. Disponível em: <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2014/03/12/entrevista-iv-ilana-katz-revista-vinculo/#more-513> . Acessado em 16/02/17

KITZINGER, J. Grupos focais. In: POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 33-43.



LACAN, J. (1959-60) *O Seminário – Livro 7: A Ética da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

\_\_\_\_\_. (1958) De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. P. 537-590.

LAURENT, E. *A batalha do autismo: da política à clínica*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

LIBÉRIO, M.; ALBUQUERQUE, P. (org). *12 anos de CAPS na cidade do Rio de Janeiro*. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, Coordenação de Saúde Mental. Rio de Janeiro: 2008.

LIMA, R.C. cerebralização do autismo: notas preliminares. In: COUTO, M. C. V., MARTINEZ, R. G. (Org.). *Saúde Mental e Saúde Pública: Questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica*. 1 ed. Rio de Janeiro: FUJB-NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007, v. 1, p. 55-72.

\_\_\_\_\_, *Autismo como transtorno da memória pragmática: teses cognitivistas e fenomenológicas à luz da filosofia de Henri Bergson*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, R. C. et al. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 715-739, Set. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312014000300715&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300715&lng=en&nrm=iso) Acessado em 29 de janeiro 2017

LOBO, L. F. *Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MARFINATI, A. C.; ABRÃO, J. L. F. O pensamento psicanalítico sobre o autismo a partir da análise da revista *Estilos da Clínica*. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 14-31, jun. 2011.

MARFINATI, A. C. *Um estudo histórico sobre as práticas psicanalíticas institucionais com crianças autistas no Brasil*. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Assis, 2012.

MELLO, A.M.S.R. *Autismo: guia prático*. São Paulo: AMA, 2007, 104 p.

MELLO, A.M.S.R.; ANDRADE, M.A.; HO, H.; SOUZA DIAS, I., *Retratos do autismo no Brasil*, 1ª ed. São Paulo: AMA, 2013.

MONTEIRO, K. A. C. *O autismo e seus objetos*. 1 ed. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2015.

\_\_\_\_\_. De um lugar impossível a um espaço de possibilidades. In: *Revista de Psiquiatria & Psicanálise com Crianças & Adolescentes*. V.1, n.3, p. 25-29, FHEMIG, Belo Horizonte, jul.-dez, 1995.

MONTEIRO, K.A.C., RIBEIRO, M.M.C., BASTOS, A. Porta de entrada para adolescentes autistas e psicóticos numa instituição. In: *Psicologia Ciência e Profissão*, n. 27, v. 2, p - 290-303, 2007.

MOVIMENTO AUTISMO, PSICANÁLISE E SAÚDE PÚBLICA [MPASP]. Carta de Princípios do Movimento Autismo, Psicanálise e Saúde Pública. Disponível em: <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/about/> Acessado em 26 de janeiro de 2017.

NADESAN, M. H. *Constructing autism: unraveling the 'truth' and understanding the social*. London, New York: Routledge, 2005, 248 p.

NUNES, F.C.F. *Atuação política de grupos de pais de autistas no Rio de Janeiro: perspectivas para o campo da saúde*. Dissertação de mestrado apresentado para o programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IMS/UERJ. Rio de Janeiro: 2014.

OLIVEIRA, B.D.C. *Análise das políticas públicas brasileiras para o autismo: entre a atenção psicossocial e a reabilitação*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 2 ed. São Paulo, 1992.

ORTEGA, F. O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. *MANA*, v. 14, n. 2, p. 477-509, 2008.

\_\_\_\_\_. Deficiência, autismo e neurodiversidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 67-77, 2009.

PAIVA JUNIOR. Uma lei por nós. *Revista Autismo*, Número 3, Ano 4 – Março de 2013. Disponível em: <http://www.revistaautismo.com.br/RevistaAutismo003.pdf> Acesso em 26 de janeiro de 2017.

PIANA, B. A história de uma lei. *Revista Autismo*, Número 2, Ano 3 – Abril de 2012. Disponível em: <http://www.revistaautismo.com.br/edicao-2/a-historia-de-uma-lei> Acesso em: 26 de janeiro de 2017.

PINTO, R.F. *CAPSI para crianças e adolescentes autistas e psicóticos: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico*, Dissertação (Mestrado), Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

REVISTA AUTISMO. Uma luta pelo autismo. *Revista Autismo*, Número 2, Ano 3 – Abril de 2012. Disponível em: <http://www.revistaautismo.com.br/RevistaAutismo002.pdf> Acesso em: 26 de janeiro de 2017.

RIBEIRO, J. M. C. *A criança autista em trabalho*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2005.

RIOS, C.; ANDRADA, B. C. The changing face of autism in Brazil. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, Springer, EUA, v. 39, n. 2, p. 213-234, 2015.

RIZZINI, I.; MENEZES, C. D. *Crianças e adolescentes com deficiência mental no Brasil: um panorama da literatura e dos dados demográficos*. Rio de Janeiro: CIESPI: PUC-Rio, 2010.

RUSSO, J. Os três sujeitos da psiquiatria. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, v. 8, p. 12-21, 1997

RUTTER, M.; BAILEY, A. Thinking and relationship: mind and brain (some reflections on theory of mind and autismo). In: BARON-COHEN, S.; TAGER-FLUSBERG, H.; COHEN, D. J. (Ed.) *Understanding other minds: perspectives from autismo*. Oxford: Oxford University Press, 1993. P. 481-504.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Trad. Cláudia Dornelles [et al.]. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1584 p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS). *Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – PMP 2014-2017*. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2013. Disponível em:  
[http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS\\_20142017.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf) Acesso em 28/01/2017

STEVENS, A. Instituição: prática do ato. In: MILLER, J.A.; MILLER, J. *Pertinências da psicanálise aplicada*. Coleção do Campo Freudiano. 1. ed. Paris: Seuil, 2003, p. 90-99.

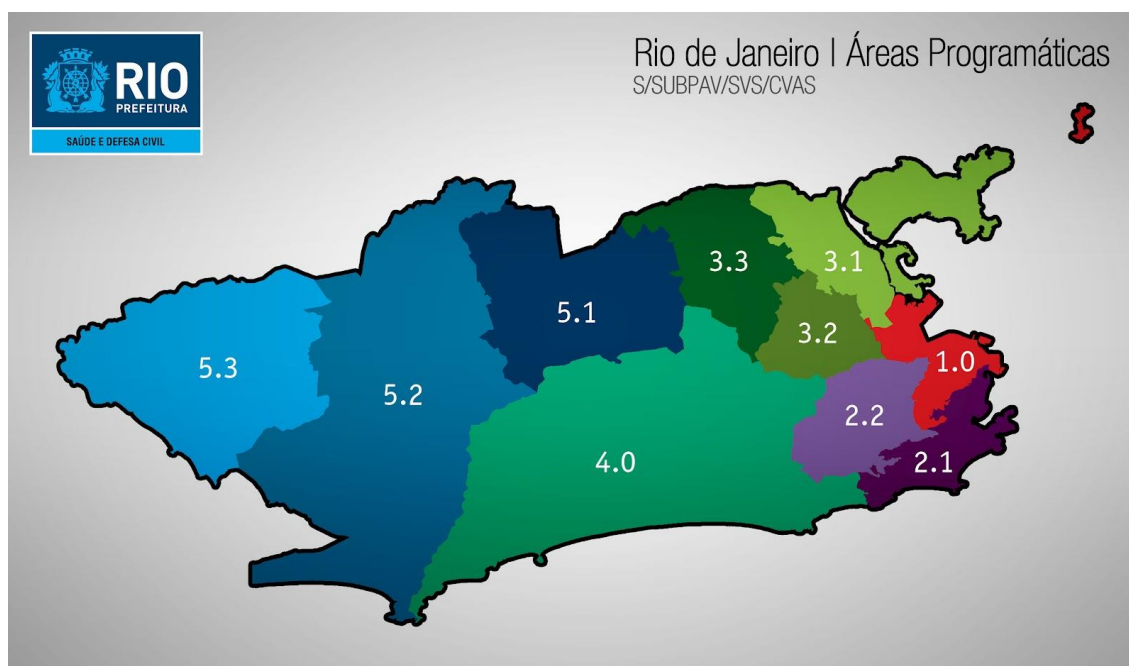
STRAUS, J. N. Autism as culture. In: *The Disability Studies Reader*. New York: Routledge, 2013, p. 460–485.

TEIXEIRA, M. R. *Articulação entre o centro de atenção psicossocial para crianças e adolescentes e a atenção básica de saúde no marco do território: estudo exploratório qualitativo*. Dissertação de Mestrado do programa de pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, 2015.

TENÓRIO, F. Reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. Vol. 9(1): 25-59, jan. – abr. 2002

WINNICOTT, D. W. (1966). Autismo. In: *Pensando sobre Crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

**APÊNDICE A – Distribuição dos CAPSi por Área Programáticas do município do Rio de Janeiro e sua população (FONTE: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro)**



**CAPSi Maurício de Sousa**

**AP 1.0** - Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama.

**AP 2.1** - Catete, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Rocinha, São Conrado e Vidigal.

**CAPSi CARIM**

**AP 2.1** - Botafogo, Copacabana, Humaitá, Leme e Urca.

**AP 2.2** - Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel.

**CAPSi Visconde de Sabugosa**

**AP 3.1** - Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Manguinhos, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral.

**CAPSi Maria Clara Machado**

**AP 3.2** - Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho.

**CAPSi Heitor Villa-Lobos**

**AP 3.3** - Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Parque Columbia, Pavuna,

Quintino Bocaiuva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre.

**CAPSi Eliza Santa Rosa**

**AP 4.0** - Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Grumari, Itanhangá, Jacarepaguá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena.

**CAPSi Pequeno Hans**

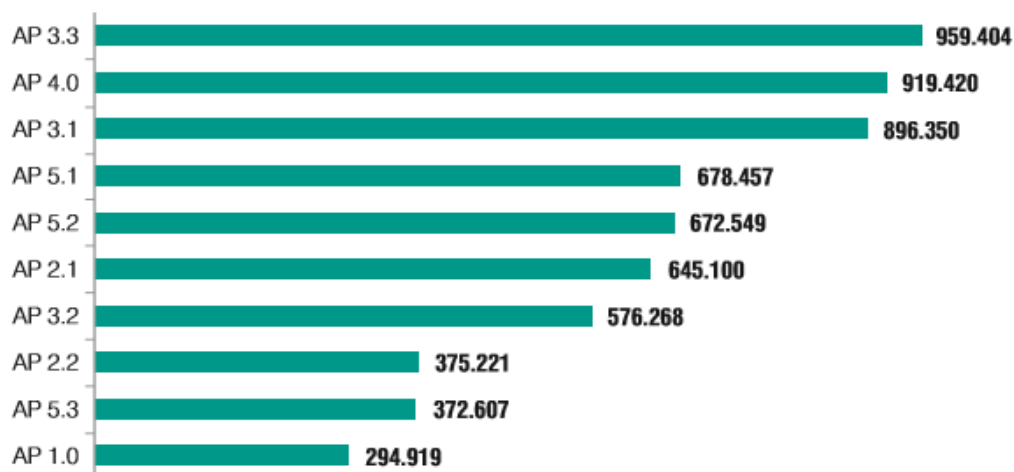
**AP 5.1** - Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar.

**CAPSi João de Barro**

**AP 5.2** - Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Santíssimo, Senador Vasconcelos e Pedra de Guaratiba.

**AP 5.3** - Paciência, Santa Cruz e Sepetiba.

Gráfico 1 – Distribuição da população por Área de Planejamento. MRJ, 2012



Fonte: IBGE; IPP; SUBPAV. Acesso em agosto 2013.

**APÊNDICE B** – Roteiro de grupo focal

1. O que vocês entendem por autismo?
2. Como vocês acreditam que o autismo deva ser abordado a nível terapêutico?
3. O que é deficiência para vocês?
4. É do conhecimento de vocês que o autismo é reconhecido como uma deficiência pela lei desde 2012? Vocês têm algum conhecimento sobre a forma como isso se construiu?
5. O que vocês pensam a respeito dessa definição?
6. Como é dado o diagnóstico do autismo no seu serviço?
7. Diante dessa garantia de direitos que a lei fornece aos autistas, vocês têm observado um aumento nas demandas por declarações, atestados e laudos para diversos fins (escola, justiça, INSS, vale-transporte, etc.)? Caso positivo, que tipos de demandas vocês mais observam e como cada uma delas comumente têm chegado no CAPSi onde trabalham?
8. Isso tem se refletido de alguma forma no processo terapêutico e na abordagem dos casos de autismo? Como?
9. No seu cotidiano, quando esses laudos são pedidos, vocês observam eles serem fornecidos imediatamente? Ou há algum tipo de discussão ou trabalho para inseri-lo no Projeto Terapêutico Individual (PTI)? Como vocês acham que isto deveria ocorrer?
10. Vocês percebem ultimamente alguma demanda por formas de se tratamento para o autismo diferentes daquelas empregadas normalmente no CAPSi? Como vocês lidam como isso? A partir de que fontes os pais costumam criar esta demanda?

11. Vocês sentem alguma cobrança ou demanda no sentido de que o profissional deva ser especialista no tratamento do autismo? Como estas surgem no seu cotidiano e como isto interfere no trabalho com estes pacientes?
12. Vocês conhecem as propostas de reabilitação do autismo pelo campo da deficiência? O que pensam sobre elas?
13. Qual o conhecimento de vocês sobre a rede de reabilitação do autismo neste município?
14. Existe algum contato do CAPSI com a rede da reabilitação no tratamento de autistas? Como ocorre?
15. O que vocês pensam sobre um autista ter seu tratamento ao mesmo tempo no CAPSI e fora dele, como, por exemplo, em serviços voltados para a reabilitação, ambulatórios ou mesmo por profissionais especializados? Como vocês tem lidado com isso na prática?
16. Vocês observam algum tipo de debate teórico relacionado à questão do autismo como deficiência nas reuniões do CAPSi? E nos espaços externos da rede (fóruns, seminários, GTs, etc.)?
17. Ultimamente, vocês têm observado algum tipo de resistência ao tratamento do autismo nos CAPSI vindo dos pais? E de outros profissionais da área?



## APÊNDICE C – Resumo de alguns direitos da pessoa com deficiência

### DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Este relatório tem por objetivo fazer uma pequena exposição e explicação dos direitos assegurados às pessoas com deficiência, incluindo os autistas. Este material é um resumo da cartilha produzida pelo Instituto Brasileiro dos Direitos da Pessoa com Deficiência (IBDD) e tem por finalidade auxiliar na execução de nossa pesquisa, como material de leitura prévio. Foram propositalmente omitidos os conteúdos não aplicáveis aos autistas. No entanto, alguns foram mantidos apenas a título ilustrativo por julgarmos serem de interesse para nossa discussão. Foram omitidas também a numeração das leis que garantem tais direitos, apenas com o objetivo de fluidificar a leitura. O texto completo se encontra disponível *on-line*, onde também é possível encontrar as referências das leis. (<http://www.ibdd.org.br/arquivos/cartilha-ibdd.pdf>)

#### 1. BENEFÍCIOS E APOSENTADORIAS

##### 1.1 – Benefício de Prestação Continuada (BPC)

O BPC é a garantia de um salário mínimo por mês à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com incapacidade para a vida independente e para o trabalho, e aos idosos a partir de 65 anos. Em ambos os casos é necessário que não possuam meios para prover sua subsistência, e nem de tê-la provida por sua família. A renda familiar por pessoa deve ser igual ou inferior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo.

##### 1.2 – Aposentadoria por invalidez

A aposentadoria por invalidez é um benefício concedido aos *trabalhadores* que, por doença ou acidente, forem considerados pela perícia médica da Previdência Social incapacitados para exercer suas atividades ou outro tipo de serviço que lhes garanta o sustento.

Quem tem direito à aposentadoria por invalidez:

- Para ter direito ao benefício, o trabalhador tem que ter contribuído com a Previdência Social por no mínimo 12 meses, no caso de doença. No caso de acidente, o prazo de carência não é exigido, mas é preciso estar inscrito na Previdência Social.
- Quem começar a contribuir com o INSS já com a doença ou lesão que geraria o benefício não terá direito a se aposentar por invalidez, a não ser quando a incapacidade resultar no agravamento da doença ou lesão.

## **2. TRANSPORTES**

### **2.1 – RioCard (municipal) – Município do Rio de Janeiro**

Oferece gratuidade nos ônibus convencionais de duas portas sem ar condicionado, e nos micro-ônibus urbanos sem ar condicionado da Cidade do Rio de Janeiro.

### **2.2 – Vale Social (intermunicipal) – Estado do Rio de Janeiro**

Oferece gratuidade no transporte público coletivo intermunicipal de passageiros (rodoviário ou aquaviário). Tem direito a acompanhante: menor de idade e pessoa com doença crônica, de natureza física ou mental, de acordo com laudo médico.

### **2.3 – Cartão Especial do Metrô/Cartão Acesso Livre da Supervia – Estado do Rio de Janeiro**

Estes cartões oferecem gratuidade e no metrô e na Supervia, respectivamente. Para obtê-los é necessário possuir o Vale Social.

### **2.4 – Passe Livre Federal (interestadual)**

É concedido o passe livre às pessoas com deficiência, comprovadamente carentes, no sistema de transporte coletivo interestadual. É considerada carente a pessoa com renda familiar mensal por pessoa igual ou inferior a um salário mínimo nacional. Este passe não dá direito a gratuidade para acompanhante.

## 2.5 – Transporte aéreo

A Resolução 009, de 5 de junho de 2007, da ANAC – Agência Nacional de Aviação Civil, que aprovou a Norma Operacional da Aviação Civil (NOAC), estabelece os procedimentos necessários para que as pessoas com deficiência tenham o acesso adequado ao transporte aéreo. Seguem abaixo alguns dos procedimentos que deverão ser adotados pelas empresas aéreas e administrações aeroportuárias:

- Os passageiros com deficiência, ou com mobilidade reduzida, têm o direito a um tratamento igual ao dispensado aos demais passageiros e a receber os mesmos serviços que são prestados normalmente aos usuários em geral, observadas as suas necessidades especiais de atendimento. Esse direito inclui o atendimento prioritário e o acesso às informações e instruções, às instalações, às aeronaves e aos demais veículos à disposição dos passageiros nos terminais.
- As informações necessárias inerentes à boa prestação do serviço de transporte aéreo deverão ser apresentadas de forma acessível, ao longo de todas as fases de sua viagem, desde o momento em que é confirmada a reserva, especialmente a partir da chegada ao aeroporto até a saída da área pública do aeroporto de destino.
- Será assegurada às pessoas com deficiência a assistência especial necessária durante todo o trajeto da viagem, independentemente do tipo de deficiência.
- Será concedido ao acompanhante do passageiro com deficiência severa (total incapacidade) um desconto de no mínimo 80% calculado com base na tarifa cobrada do passageiro com deficiência. Essa concessão ocorrerá quando a empresa aérea, após avaliação obrigatória, considerar que, por razões técnicas e de segurança de voo, é essencial a presença de um acompanhante.

### Observações:

As pessoas que necessitam de assistência especial deverão informar à empresa aérea ou operador de aeronaves sobre suas necessidades no momento em que fizerem sua reserva, ou com antecedência mínima de 48 horas antes do embarque.

É direito da pessoa com deficiência e uma obrigação legal da empresa aérea fazer a avaliação para verificação da necessidade de um acompanhante. Somente após esta avaliação técnica obrigatória é que a empresa poderá ter a iniciativa de oferecer o desconto de 80% para o acompanhante, não sendo, portanto, um direito automático.

## **2.6 – Reserva de assentos no transporte público**

As empresas públicas de transporte e as concessionárias de transporte coletivo deverão reservar assentos preferenciais, devidamente sinalizados, para o uso das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, idosos a partir de 65 anos, gestantes e pessoas com criança de colo.

## **2.7 – Habilitação para Pessoas com Deficiência**

Conforme Resolução 80, de 19 de novembro de 1998, do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN), a pessoa com deficiência poderá obter ou renovar sua Carteira Nacional de Habilitação, *desde que seja considerado apto nos exames de aptidão física e mental, e nos exames de avaliação psicológica*. O item 10.3 do Anexo I dessa Resolução, que proíbe ao condutor de veículos adaptados atividades remuneradas, foi revogado de acordo com a Deliberação 61, de 14 de dezembro de 2007, do CONTRAN.

## **2.8 – Autorização Especial de Estacionamento**

Ficam asseguradas às pessoas com deficiência e comprovada dificuldade de locomoção prioridade e gratuidade na ocupação das vagas especialmente reservadas nos estacionamentos de veículos em todo o território nacional situados em logradouros públicos, objeto ou não de concessão e nos pátios de repartições públicas ou espaços a eles reservados. A Autorização Especial de Estacionamento tem validade de três anos, devendo após esse prazo ser renovada.

# **3. ISENÇÃO DE IMPOSTOS E TAXAS**

## **3.1 – IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados (Imposto federal)**

Pessoas com deficiência física, visual, intelectual severa ou profunda e autistas, ainda que menores de idade, poderão adquirir, diretamente ou por intermédio de seu representante legal, automóvel de passageiros ou veículo de uso misto, de fabricação nacional. Esse benefício somente poderá ser utilizado uma vez a cada dois anos.

### **3.2 – Isenção de DUDA – Documento Único do Detran de Arrecadação**

A isenção do pagamento de taxas estaduais relativas à primeira emissão ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação, emitida pelo Departamento de Trânsito (Detran), do Estado do Rio de Janeiro (DUDA), é concedida pela Lei Estadual 4.883, de 1 de novembro de 2006, às pessoas com deficiência.

### **3.3 – Isenção de Imposto de Renda**

São isentos do recolhimento do Imposto de Renda os rendimentos de pessoas com doenças graves, cegueira ou paralisia irreversível incapacitante que sejam relativos a aposentadoria, pensão ou reforma, incluindo a complementação recebida de entidade privada e a pensão alimentícia. Também são isentos os ganhos com outros rendimentos, como aplicações financeiras e aluguéis. Também ficam isentos do IR ganhos obtidos por qualquer pessoa com seguro-desemprego, auxílio-doença, PIS/Pasep, seguro de previdência privada, apólices de seguro e pecúlio.

## **4. TRABALHO**

### **4.1 – Reserva de Vagas em Concurso Público**

Fica assegurada à pessoa com deficiência a reserva de 5% das vagas em concursos públicos da União, para cargos cujas atribuições sejam compatíveis com a deficiência. O mesmo percentual é válido para os concursos do Estado do Rio de Janeiro. Já para o município do Rio de Janeiro, está prevista reserva de 5% a 15% das vagas de concursos públicos municipais.

### **4.2 – Redução da Carga Horária do Servidor Público**

#### **Servidor Público da União**

É concedido horário especial nos seguintes casos:

- *Pessoa com deficiência*, quando comprovada a necessidade por junta médica oficial, independentemente de compensação de horário.

- *Servidor que tenha cônjuge, filho ou dependente com deficiência*, exigindo-se, porém, neste caso, compensação de horário, respeitando a carga horária semanal.
- *Estudante*, quando comprovada a incompatibilidade de horários, sem prejuízo do exercício do cargo, com compensação de horário, respeitando a carga horária semanal.

### **Servidor Público do Estado (RJ)**

Fica assegurado direito à redução em 50% da carga horária de trabalho *ao responsável legal* por pessoa com deficiência que requeira atenção permanente ou temporária, quando a presença do responsável for indispensável à complementação do processo terapêutico ou à promoção de melhor integração da pessoa com deficiência à sociedade. Observações: A comprovação de que a pessoa com deficiência requer atenção permanente ou especial dependerá de laudo médico emitido pelos órgãos competentes do Estado. O ato de redução da carga horária deverá ser renovado periodicamente, não podendo sua validade estender-se por Redução da Carga Horária do Servidor Público mais de 90 dias, nos casos de necessidades temporárias, ou por mais de um ano, nos casos de necessidades permanentes.

### **Servidor Público do Município do Rio de Janeiro**

Fica assegurado direito à redução em 50% da carga horária de trabalho *ao responsável legal*, por ordem judicial, por pessoa com deficiência ou patologias que levem à incapacidade temporária ou permanente. Observação: Caso o responsável legal não seja pai/mãe natural, será necessário ter a decisão judicial decretando a tutela quando menor de 18 anos e a curatela quando maior de 18 anos. Os servidores que estejam cumprindo estágio probatório não terão direito à redução de carga horária.

## **4.3 – Cota de Vagas para Pessoas com Deficiência nas Empresas Privadas**

A empresa com cem ou mais empregados está obrigada a preencher de dois a cinco por cento de seus cargos com pessoas com deficiência capacitadas.

## 5. EDUCAÇÃO

### 5.1 – Direito à Educação

Fica garantida na rede pública e privada de ensino a matrícula das pessoas com deficiência nos cursos regulares ou no sistema de educação especial, *quando a educação das escolas comuns não puder satisfazer às necessidades educativas ou sociais do aluno*, assim como serviços de educação especial em hospitais e congêneres na qual esteja internado por prazo mínimo de um ano.

Toda instituição de ensino é obrigada a disponibilizar os recursos humanos e materiais indispensáveis à satisfação das necessidades educacionais especiais de seus alunos. As escolas precisam desenvolver métodos de ensino e mecanismos de avaliação compatíveis com as deficiências apresentadas por seus alunos.

Observações: É crime punível com reclusão e multa recusar, suspender, procrastinar, cancelar ou fazer cessar, sem justa causa, a matrícula de aluno em estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado, por motivos derivados da sua deficiência.

### 5.2 – Cota de Vagas para Ingresso nas Universidades

#### Universidades Públicas Estaduais – Estado do Rio de Janeiro

As universidades públicas estaduais deverão reservar obrigatoriamente aos estudantes carentes o percentual de 45% das vagas para ingresso nos cursos de graduação, distribuídas da seguinte forma: 20% para estudantes oriundos da rede pública de ensino; 20% para negros; 5% para pessoas com deficiência ou integrantes de minorias étnicas.

Observações:

- Os alunos deverão obter nas provas de seleção a pontuação mínima determinada pelas regras do concurso.
- A deficiência deverá ser comprovada por laudo médico do SUS (Sistema Único de Saúde).
- Além da reserva das vagas previstas nesta Lei, deverão ainda as universidades públicas estaduais adaptar seus campi ao livre acesso das pessoas com deficiência, com a eliminação de toda e qualquer barreira arquitetônica ou urbanística.

## **Universidades Públicas Federais e Universidades Privadas**

Não existe cota de vagas para ingresso em universidades federais e em universidades privadas para as pessoas com deficiência. Porém, no caso das universidades privadas, o que existe é um programa de concessão de bolsas de estudos (ProUni) e um programa de financiamento estudantil (FIES). Cada um desses programas tem suas regras, sendo que somente o ProUni reserva vagas para deficientes, afrodescendentes e indígenas.

## **6. SAÚDE**

### **6.1 – Direito à Saúde**

É garantido às pessoas com deficiência tratamento prioritário e adequado, viabilizando, sem prejuízo de outras, as seguintes medidas:

- Criação de rede de serviços voltada ao atendimento à saúde e reabilitação da pessoa com deficiência, em crescentes níveis de complexidade, articulada com os serviços sociais, educacionais e com o trabalho.
- Acesso aos estabelecimentos de saúde públicos e privados, e ao tratamento adequado à pessoa com deficiência sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados.
- Atendimento domiciliar de saúde à pessoa com deficiência grave não internada.
- Ajudas técnicas que permitam compensar limitações funcionais motoras, sensoriais ou mentais, com o objetivo de permitir à pessoa com deficiência superar as barreiras da comunicação e da mobilidade, e possibilitar uma plena inclusão social.

Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um acompanhante nos casos de internação de pessoas com deficiência.

### **6.2 – Laudo Médico**

Obter um laudo médico sobre a deficiência é um direito inquestionável. Ele é o documento de valor jurídico que comprova formalmente a deficiência. A legislação que garante os direitos da pessoa com deficiência determina a apresentação do laudo médico para comprovação da deficiência e garantia de direitos.



O laudo médico deverá conter a descrição da deficiência e o Código Internacional de Doenças (CID) correspondente à condição que caracteriza a deficiência. O CID não deve referenciar-se à causa, e sim à sequela, por exemplo, deve referir-se à amputação e não à neoplasia que a originou, à cegueira e não à diabetes que a originou.

O laudo médico deverá ser emitido pela rede pública de saúde ou conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS). Para obtê-lo, a pessoa com deficiência poderá recorrer, dentre outras, às seguintes formas de emissão de laudo:

- Solicitá-lo no hospital ou serviço onde foi diagnosticada a deficiência e foram realizados os primeiros atendimentos.
- Solicitá-lo no hospital ou serviço onde faz reabilitação atualmente.
- Se não fizer reabilitação ou tratamento e não tiver contato com o hospital de origem (hospital ou serviço onde foi diagnosticada a deficiência), deve recorrer a uma unidade do SUS e solicitar um laudo médico da sua deficiência.

## **7. CULTURA E LAZER**

Meia-entrada e gratuidade são reservadas apenas às pessoas com *deficiência física*. Assentos especiais são garantidos às pessoas com deficiência física, mobilidade reduzida (incluindo obesos) e deficiência visual.

## **8. OUTROS**

- Prioridade de Atendimento
- Prioridade em Processos Judiciais: pessoas com deficiência e maiores de 60 anos receberão, mediante requerimento do interessado, tratamento prioritário na prática de todo e qualquer ato ou diligência procedimental, tais como distribuição, publicação de despachos na imprensa oficial, citações e intimações, inclusão em pautas de audiência e julgamentos e proferimento de decisões judiciais. O advogado do interessado deverá solicitar na petição inicial a prioridade referida nesta lei.

**ANEXO – LEI 12.764, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2012 (texto na íntegra)**

**LEI 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 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

## **RAZÕES DO VETO**

### **MENSAGEM No 606, de 27 de dezembro de 2012**

Senhor Presidente do Senado Federal,

Comunico a Vossa Excelência que, nos termos do § 1º do art.66 da Constituição, decidi vetar parcialmente, por contrariedade ao interesse público e inconstitucionalidade, o Projeto de Lei no 168, de 2011 (nº 1.631/11 na Câmara dos Deputados), que "Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei n 8.112, de 11 de dezembro de 1990".

Ouvido, o Ministério da Educação manifestou-se pelo veto aos seguintes dispositivos:

Inciso IV do art. 2º

"IV - a inclusão dos estudantes com transtorno do espectro autista nas classes comuns de ensino regular e a garantia de atendimento educacional especializado gratuito a esses educandos, quando apresentarem necessidades especiais e sempre que, em função de condições específicas, não for possível a sua inserção nas classes comuns de ensino regular, observado o disposto no Capítulo V (Da Educação Especial) do Título V da Lei n 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional);" Parágrafo 2º do art. 7º

"§ 2º Ficam ressalvados os casos em que, comprovadamente, e somente em função das especificidades do aluno, o serviço educacional fora da rede regular de ensino for mais benéfico ao aluno com transtorno do espectro autista."

Razões do veto

"Ao reconhecer a possibilidade de exclusão de estudantes com transtorno do espectro autista da rede regular de ensino, os dispositivos contrariam a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, internalizada no direito brasileiro com status de emenda constitucional. Ademais, as propostas não se coadunam com as diretrizes que orientam as ações do poder público em busca de um sistema educacional inclusivo, com atendimento educacional especializado nas formas complementar e suplementar."

Já o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão opinou pelo veto ao dispositivo a seguir transcrito:

Art. 6º

"Art. 6º....

O § 3º do art. 98 da Lei n 8.112, de 11 de dezembro de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

'Art. 98....

§ 3º A concessão de horário especial de que trata o § 2º estende-se ao servidor que tenha sob sua responsabilidade e sob seus cuidados cônjuge, filho ou dependente com deficiência. '

(NR)"

Razões do veto

"Ao alterar o § 3º do art. 98 da Lei n 8.112, de 11 de dezembro de 1990, a proposta viola o art. 61, § 1º, inciso II, alínea 'c', da Constituição Federal."

Essas, Senhor Presidente, as razões que me levaram a vetar os dispositivos acima mencionados do projeto em causa, as quais ora submeto à elevada apreciação dos Senhores Membros do Congresso Nacional.