

Universidade Federal do Rio Grande Do Sul
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicanálise e Psicopatologia
Especialização Intervenção Psicanalítica na Clínica com Crianças e Adolescentes

Marina Haase da Costa Franco

**QUAL É O LUGAR DA CRIANÇA COM DIAGNÓSTICO DE
AUTISMO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL?
UMA “RAPSÓDIA” CLÍNICA**

Porto Alegre

2017

MARINA HAASE DA COSTA FRANCO

**Qual é o lugar da criança com diagnóstico de autismo na
Rede de Atenção Psicossocial?
Uma “RAPSódia” clínica.**

Monografia de conclusão de curso de
especialização em Intervenção Psicanalítica na
Clínica com Crianças e Adolescentes pela
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Amadeu Weinmann

Porto Alegre

2017

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo contribuir com a clínica do autismo na infância, no contexto da saúde pública. Através da minha inserção como psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) do município de Porto Alegre, do contato com a realidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e com espaços de militância, passei a refletir: qual seria o lugar da criança com diagnóstico de autismo na RAPS? Diante desse questionamento, primeiramente, busco compreender o autismo através do diagnóstico estrutural em psicanálise, problematizando a questão do diagnóstico na infância. Analiso também o diagnóstico de Transtornos do Espectro Autista (TEA) apresentado pelo manual psiquiátrico DSM, na transição para a sua edição mais recente, bem como as implicações da utilização de cada uma dessas modalidades diagnósticas no que diz respeito aos casos de autismo entre crianças. A partir da legislação vigente no Brasil, no que tange à saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e às recentes conquistas do movimento social de familiares de autistas, apresento a RAPS e discuto as possibilidades de atenção a crianças diagnosticadas com autismo nos diferentes serviços. Finalmente, com uma RAPSódia – ensaio clínico construído a partir de casos atendidos no CAPSi –, busco publicizar alguns caminhos possíveis para crianças que circularam pelo diagnóstico de autismo, mas não se encerraram em um fechamento autístico, podendo trilhar novos rumos.

Palavras-chave: Autismo, Diagnóstico, Clínica, Infância, CAPSi.

Sumário

| | |
|--|----|
| 1. Introdução | 5 |
| 2. O diagnóstico de autismo | 6 |
| 2.1. Diagnóstico estrutural em psicanálise | 6 |
| 2.2. Diagnóstico psiquiátrico | 10 |
| 2.3. Uma análise crítica do diagnóstico de autismo na atualidade | 15 |
| 3. O autismo na RAPS | 18 |
| 3.1. Conhecendo a RAPS | 18 |
| 3.2. Problemática atual do autismo na RAPS | 22 |
| 4. A clínica do autismo: uma “RAPSódia” | 25 |
| 4.1. Caso Augusto | 25 |
| 4.2. Caso Adriano | 28 |
| 5. Considerações finais | 32 |
| 6. Referências bibliográficas | 35 |

1. Introdução

Esta monografia é referente à conclusão de curso de especialização em Intervenção Psicanalítica na Clínica com Crianças e Adolescentes pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, curso que foi concomitante à minha inserção como psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) do município de Porto Alegre. A oportunidade de conciliar estudos teóricos e prática clínica durante esse período suscitou inúmeras questões, principalmente no que diz respeito ao processo de constituição psíquica e às políticas públicas de atenção à saúde mental na infância e adolescência. Também a partir do contato com a realidade da rede e com espaços de militância do movimento antimanicomial, passei a refletir: qual seria o lugar da criança com diagnóstico de autismo na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?

Diante desse questionamento, primeiramente, busco compreender o autismo através do diagnóstico estrutural em psicanálise, problematizando a questão do diagnóstico na infância. Analiso também o diagnóstico de Transtornos do Espectro Autista (TEA) apresentado pelo manual psiquiátrico DSM, na transição para a sua edição mais recente, bem como as implicações da utilização de cada uma dessas modalidades diagnósticas no que diz respeito aos casos de autismo entre crianças. A partir da legislação vigente no Brasil, no que tange à saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e às recentes conquistas do movimento social de familiares de autistas, apresento a RAPS e discuto as possibilidades de atenção a crianças diagnosticadas com autismo nos diferentes serviços. Finalmente, com uma RAPSódia – ensaio clínico construído a partir de casos atendidos no CAPSi –, busco publicizar alguns caminhos possíveis para crianças que circularam pelo diagnóstico de autismo, mas não se encerraram em um fechamento autístico, podendo trilhar novos rumos.

2. O diagnóstico de autismo

2.1. Diagnóstico estrutural em psicanálise

Quando falamos em crianças e adolescentes a partir da teoria psicanalítica, é inegável a interdependência entre os fatores orgânicos e de linguagem na constituição do sujeito. Sendo assim, conjugam-se “dois eixos temporais: o sincrônico, estrutural; e o diacrônico, evolutivo” (Bernardino, 2004, p. 51). A autora comenta:

Significante nada psicanalítico, “criança” remete imediatamente à diacronia de um “desenvolvimento” que envolve um corpo real submetido a uma gênese anatômica, fisiológica, neuronal, etc., como todo ser vivo. Portanto, estamos distantes de qualquer categoria psicanalítica, exceção feita ao registro do Real, proposto por Lacan, onde se poderia situar este corpo real, se pudéssemos isolá-lo simplesmente. O fato é que não podemos. Há uma intrínseca relação entre o que caracteriza biologicamente o homem e seu lugar de falasser: é a partir da linguagem que o desenvolvimento se organiza. (p. 52)

Para tratar sobre infância e adolescência a partir de uma abordagem psicanalítica freudo-lacaniana, Bernardino (2004, p. 57) define o desenvolvimento como

o atravessamento das diferentes interseções de tempos lógicos com estados cronológicos, que permitem o processo simbólico de inscrição e de passagem de um sujeito do tempo infantil ao tempo de apropriação da estrutura, em retroação constante, passando pelos diferentes estatutos imaginários que configuram sua posição em relação ao desejo: criança, adolescente, adulto, até o envelhecimento, tendo como eixo o infantil que se repete.

A autora elucida que “o conceito de infantil recobre o que seria Neurose Infantil para Freud e o que Lacan define como a Estrutura” (Bernardino, 2004, p. 56). Para que o infantil se constitua, há um movimento que parte do Outro em direção à criança, marcando-a com significantes que lhe indicam um determinado lugar no seu desejo, e outro movimento, partindo da criança, que fará a sua leitura desse desejo e responderá com uma construção subjetiva singular. E então, “entre o infantil e o momento de apropriação, definição, por parte do sujeito, da estrutura, situa-se a adolescência, entendida não somente como etapa de desenvolvimento, mas como operação psíquica” (p. 56).

Na psicanálise, as estruturas clínicas diferem das categorias nosológicas da psiquiatria (fenomenológicas), compondo o que chamamos de diagnóstico estrutural. De acordo com Figueiredo e Machado (2000), os fenômenos não possuem valor de verdade para a psicanálise como o têm para as ciências empíricas, já que se considera que toda relação do sujeito com o mundo é mediada pela realidade psíquica, a qual comporta o conceito do inconsciente. Portanto, o psicanalista não trabalha como um leitor de fenômenos, mas como nomeador de um modo de incidência do sujeito na linguagem.

A estrutura se diferencia das categorias. [...] há apenas uma estrutura — a estrutura da linguagem — e a partir dela há diferentes efeitos de sujeito que, numa primeira abordagem, caracterizam o que Freud aponta como a “escolha” seja da neurose, psicose ou perversão. (p. 79).

Neurose, psicose e perversão são estruturas clínicas: diferentes modos de amarração dos registros do Real, Simbólico e Imaginário, variações em relação ao compromisso estrutural do sujeito com a linguagem. Por isso, na psicanálise, o diagnóstico estrutural se dá pela transferência, isto é, pela posição a partir da qual o sujeito fala e pelo lugar que atribui ao Outro no campo transferencial.

Como pensar o diagnóstico estrutural na psicopatologia de crianças e adolescentes, cujo organismo ainda está em desenvolvimento, ou seja, uma vez que são sujeitos em processo de constituição psíquica? A partir dos tempos lógicos de inscrição significativa descritos por Lacan, Bernardino (2004) adota o conceito de *psicoses não-decididas da infância*¹, por considerar que este contempla a posição da criança na linguagem. Linguagem esta que é

portada por alguém na função de Outro, encarregado de fazer do *infans* – o humano enquanto puro vivente – um *fallasser*, ou seja, um sujeito nos dois sentidos do termo na língua: assujeitado à Linguagem (à fala do Outro, nele, que o divide) e aquele que enuncia as frases, em nome próprio. (p. 51)

A autora propõe que há operações psíquicas no processo de constituição subjetiva que são momentos-chave no caminho de uma definição estrutural, nos quais é fundamental que a criança encontre um outro que sustente sua função de Outro em cada

¹ Podemos pensar, assim, que passagens psicóticas não necessariamente significam o encerramento em uma estrutura psicótica. É válido lembrar que, da mesma forma, tampouco uma estruturação neurótica seria definitiva ou garantiria ao sujeito ficar isento de traços ou passagens psicóticas. Há momentos da vida adulta que podem ser tão especiais quanto àqueles da infância e da passagem adolescente, pela precipitação de um Real que inclusive pode remeter o sujeito a essas operações psíquicas anteriores – tais como a experiência de maternidade e paternidade, a gestação, o puerpério, lutos importantes, crises ou vivências traumáticas.

operação. Caso contrário, a criança se encontrará em um momento suspensivo que poderá determinar a entrada em cena de processos defensivos de aspecto psicótico. A partir de Lacan, os momentos-chave no processo de estruturação subjetiva propostos por Bernardino (2004) são três:

1) O instante do olhar: o primeiro momento da inscrição do significante é o do olhar do Outro primordial, que funda um sujeito. Resulta no narcisismo primário e possibilita o estágio do espelho.

2) O tempo para compreender: instalaria o sujeito no campo Simbólico, através do acesso à linguagem. O Fort!Da! é demonstrativo da ocorrência da operação psíquica do nascimento do falante, pois a apropriação dos significantes permite a elaboração da separação sujeito/objeto. A mãe posterior ao Fort!Da! é presente e ausente; o Nome-do-Pai se inscreve em substituição ao lugar primeiramente simbolizado pela operação da ausência da mãe. É a partir de sua apropriação enquanto metáfora paterna no complexo de Édipo que o sujeito produz um primeiro sentido/saber sobre si e sobre o Outro.

3) O momento de concluir: introduz o sujeito na adolescência (reedição do Édipo) e o apressa a concluir, com a escolha do *sinthoma*. “É no momento de concluir que surge, pela possibilidade permitida pelos dois outros tempos, o sujeito propriamente dito, enquanto destacado do Outro e dos outros” (Bernardino, 2004, p. 50).

Assim, se “é nos hiatos entre um tempo e outro que o sujeito emerge, é nestes intervalos que temos também a possibilidade de que o sujeito não emerja” (Bernardino, 2004, p. 81). Essa dimensão temporal da constituição do sujeito representa, simultaneamente, limites e oportunidades no processo de definição estrutural.

A estrutura do sujeito não é um dado, *a priori*, nem produto de um momento de definição único e cristalizado, mas é o resultado de vários tempos, que primeiro se instauram e depois são retomados diferentemente, considerando um desenvolvimento real, de um corpo tomado como imaginário, de uma série de processos de contato com a estrutura simbólica pré-existente que o sujeito encontra ao nascimento.
(p. 78)

É na repetição das experiências que vai se construindo a estrutura do aparelho psíquico; portanto, a inscrição dos significantes necessita de sucessivas confirmações, as quais dependem de encontros com algum agente portador de significantes. Sendo assim, durante toda a infância e até a conclusão da operação psíquica adolescente, “teremos a possibilidade de a falha numa das operações não se repetir em outra, e de

uma inscrição significante ocorrer, mesmo que isso exija do sujeito um outro tipo de amarração” (Bernardino, 2004, p. 81) entre Real, Simbólico e Imaginário. É essa abertura que nos leva a apostar em uma intervenção psicanalítica, através da palavra, durante estas suspensões. Considerando os três momentos-chave no processo de estruturação subjetiva propostos pela autora, ela defende que,

entre um e outro desses tempos, encontraríamos **momentos de vacilação**, como **tempos de suspensão**, onde o pequeno sujeito, ao não encontrar nos outros que encarnam para ele este Outro de onde ele espera as confirmações necessárias, ficaria num tempo de **paralisação**, de **indefinição** quanto ao seu lugar de falasser. Ao invés de se precipitar numa afirmação sobre si, ficaria parado no próprio momento de suspensão. São momentos em que há o encontro com a falta de significante no Outro, diante dos quais a criança não dispõe de recursos a não ser oferecendo seu corpo ou seu psiquismo como resposta ao vazio. (p. 81-82, grifos da autora)

A autora propõe situar esses tempos de suspensão (que acabam precipitando o sujeito a encontrar uma saída) em relação às operações psíquicas e ao risco de patologia (estabelecida como defesa) da seguinte maneira:

1) Na primeira escansão entre um tempo mítico zero e o narcisismo primário, a não inscrição do Outro primordial provocaria no *infans* uma recusa ativa, uma exclusão deste Outro de seu campo psíquico, podendo desenvolver como defesa o **autismo** primário. Segundo Calligaris (1986, p. 27), a estratégia autística é como dizer “seria melhor eu não ter nascido”: no tempo do auto-erotismo, não se fixa o Eros, sem o qual resta apenas aut-ismo, e então o bebê autista não se oferece ao outro como objeto de sua pulsão.

2) A segunda escansão colocaria o pequeno sujeito em suspenso entre o estádio do espelho e sua saída para o Fort!Da!, com risco de foraclusão do Nome-do-pai, isto é, com **possibilidade de eclosão da psicose**.

3) Uma terceira escansão entre o Fort-Da e a formulação própria da metáfora paterna implicaria numa paralisação em um tempo edípico sem solução (numa espécie de latência infinita, sem alternativa sublimatória), com o risco da confirmação da foraclusão do Nome-do-pai e a **evolução para a psicose**.

4) A escansão entre o tempo do recalçamento secundário e sua interpretação – antes da assunção da estrutura em um ato – pode configurar uma adolescência

interminável ou resolver-se numa definição pela psicose. A autora traz o conceito de **Estados-Limites** (Rassial, 1997), por se tratar de um estado de suspensão, um momento de não escolha.

Assim, as principais categorias diagnósticas da psicanálise estão estabelecidas ao redor de três estruturas básicas, a partir do referente da castração e dos mecanismos que o sujeito encontra, no campo da linguagem, para enfrentar a falta. São elas: a neurose (pelo recalque), a psicose (pela forclusão) e a perversão (pela desmentida). Psicanalistas como Jerusalinsky (1993) questionam se não seria o caso de tomar o autismo como uma quarta estrutura, distinta da psicose. Afinal, quando se analisa a relação que o sujeito estabelece com a linguagem, “entre psicose e autismo não há identidade de estrutura, porque num caso se trata de forclusão e no outro se trata de exclusão” (p.63).

2.2. Diagnóstico psiquiátrico

No que diz respeito ao diagnóstico do autismo e das psicoses precoces da infância, atualmente a psiquiatria e a psicanálise têm convergido ao menos em um ponto importante: a alteração da linguagem está no centro das pesquisas (Sibemberg, 2011). Isso porque “o modo como a criança se constitui como sujeito na linguagem vai se refletir nas suas possibilidades de constituir laço social e lidar com os objetos de forma representativa” (p. 99-100). Dito de outro modo, esses reflexos vão aparecer no comportamento e na aprendizagem. No entanto, apesar dessa convergência, psiquiatria e psicanálise

seguem com posições epistemológicas distintas no campo da psicopatologia, o que produz uma diferença no campo diagnóstico e uma divergência crucial na clínica. A psiquiatria tem seguido o caminho pragmático do empirismo experimental, tomando a psicopatologia como a descrição de sintomas. A psicanálise toma o sintoma como uma expressão da realidade psíquica, sendo a linguagem o elemento constitutivo do sujeito psíquico. Linguagem que nos vem apresentada na relação com o Outro primordial, agente da função materna. (p. 98)

Em relação ao campo diagnóstico, a busca de uma padronização na nomenclatura psiquiátrica tem sido importante por conta de uma lógica administrativa no planejamento da saúde na esfera governamental. Foi visando essa padronização que surgiram os manuais diagnósticos psiquiátricos. A *Classificação Internacional de*

Doenças (publicação da Organização Mundial da Saúde), em sua sexta edição (*CID-6*), pela primeira vez conteve um capítulo dedicado aos transtornos mentais. Isso aconteceu em 1948, e a Associação Médico-Psicológica Americana – atualmente chamada de Associação Psiquiátrica Americana (APA) – não viu contempladas ali algumas situações clínicas. Então, a APA decidiu criar sua própria classificação, publicada em 1952 com o título de *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-I). Sibemberg (2011) observa que houve certa influência da psicanálise na construção deste manual. Quanto à nomenclatura,

os transtornos mentais são categorias descritivas e não explicativas ou etiológicas. Por isso, preferiu-se a adoção do termo “transtorno” no lugar do termo “doença”, visto que este último termo pressupõe etiologias ou patofisiologias biológicas conhecidas, o que não é o caso da maioria dos transtornos mentais. Dessa forma, o termo “transtorno” é mais heterogêneo e mais abrangente do que o termo “doença”. (Brasil, 2015, p. 31)

Transtornos mentais, para a APA (1995), são síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes que ocorrem num indivíduo. Para que uma condição clínica seja considerada um transtorno mental,

não basta a identificação de diferenças significativas em relação à “norma” (sejam estas qualitativas ou quantitativas) [...] na sua experiência subjetiva ou no seu comportamento em relação ao padrão “típico” esperado pela sociedade e pela cultura às quais pertence, pois é preciso também que ela revele um comprometimento funcional da vida cotidiana em termos de sofrimento, incapacidade ou deficiência. (Brasil, 2015, p. 32)

Dentre os transtornos mentais, há uma categoria chamada *transtornos do desenvolvimento*. O desenvolvimento é entendido como um processo resultante de uma intrincada e complexa interação entre fatores genéticos e ambientais, sendo estes últimos tanto de natureza psicossocial quanto ecológica (Brasil, 2015, p. 33). Portanto, esse conceito de desenvolvimento inclui o processo de constituição do aparelho psíquico humano, o qual não é considerado inato, visto que se estabelece mediante a interação recíproca entre o bebê e seu principal cuidador nos primeiros anos de vida (p. 33-34). Assim, o conceito de *transtorno do desenvolvimento* foi introduzido para caracterizar

os transtornos mentais da infância que apresentam tanto um início muito precoce quanto uma tendência evolutiva crônica. Os transtornos do espectro do autismo se enquadram bem nessa categoria, uma vez que são condições clínicas de início na primeira infância e com curso crônico. Dessa forma, a síndrome autista manifestada pela criança pequena costuma persistir no decorrer da vida, em que pesem as possibilidades de melhora clínica e funcional ao longo do tempo. (p. 33)

Um atraso ou uma interrupção do processo normal de desenvolvimento não são suficientes para caracterizar um transtorno do desenvolvimento, embora possam estar presentes. Um transtorno do desenvolvimento é a manifestação clínica de um processo atípico e prejudicial do desenvolvimento, que envolve necessariamente alterações qualitativas da experiência subjetiva, dos processos cognitivos, da comunicação (linguagem) e do comportamento, e não simplesmente alterações quantitativas (Brasil, 2015). Os transtornos do desenvolvimento são divididos em dois tipos: específico ou global.

Os transtornos específicos do desenvolvimento são aqueles que afetam o funcionamento psíquico ou cognitivo de forma circunscrita. Os transtornos de aprendizagem estão todos nessa categoria. Já os transtornos globais do desenvolvimento que correspondem aos TEA afetam uma ampla gama de funções psíquicas, sendo também conhecidos como transtornos *invasivos* ou *abrangentes* do desenvolvimento. (p. 34)

Os transtornos globais do desenvolvimento (TGD), no DSM-IV-TR (APA, 2002), estão organizados em torno de três eixos: interação social, comunicação e comportamento. Isso significa que, nas categorias diagnósticas pertencentes aos TGD, há prejuízo severo nas habilidades de interação social recíproca, na linguagem comunicativa, havendo padrões de comportamento e interesses limitados, com repetições e estereotípias. Dentre elas, o diagnóstico de autismo supõe comprometimento nessas três áreas, com ênfase na interação social (contemplada em dois critérios), e deve se manifestar antes dos três anos de idade.

Na 4ª edição revisada do DSM, o autismo aparece diferenciado de transtornos como a síndrome de Rett, que tem todas as características de uma síndrome orgânica – e que, justamente por esse motivo, não foi mantida na 5ª edição. Sua principal característica

é o desenvolvimento de múltiplos déficits específicos após um período de funcionamento normal durante os primeiros meses de vida. Nesta

síndrome, o crescimento craniano, que era normal até os primeiros cinco meses de vida, começa a desacelerar entre os cinco e os 48 meses. Há perda das habilidades voluntárias anteriormente adquiridas nas mãos, com desenvolvimento de movimentos estereotipados característicos que se assemelham a torcer ou lavar as mãos; o interesse pelo ambiente social vai diminuindo; há perda de habilidades motoras antes adquiridas e severo prejuízo no desenvolvimento da linguagem expressiva ou receptiva. (Sibemberg, 2011, p. 96-97)

Outro diagnóstico diferencial é o Transtorno Desintegrativo da Infância, cujos sintomas se assemelham muito aos do autismo. Esse transtorno supõe um desenvolvimento aparentemente normal nos dois primeiros anos de vida e, posteriormente, perda de habilidades adquiridas e funcionamento anormal em ao menos dois dos três eixos, isto é, há uma regressão nas áreas da linguagem, nas habilidades sociais ou no comportamento adaptativo. Segundo Sibemberg (2011), esta condição era antes conhecida como Síndrome de Heller, demência infantil ou psicose desintegrativa.

Já a síndrome de Asperger

tem como característica específica e distinta do autismo o desenvolvimento da linguagem. A linguagem se constitui, ainda que com peculiaridades, num desenvolvimento onde há prejuízo qualitativo na interação social recíproca e padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento. (Sibemberg, 2011, p. 97)

Além desses, consta no DSM-IV-TR o diagnóstico de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (também chamado de Autismo Atípico), que se dá por exclusão diagnóstica das categorias anteriores, em casos de TGD.

Buscando uma aproximação teórica entre os dois campos de saber, pode-se dizer que o autismo, conforme descrito no DSM-IV-TR, é um transtorno global do desenvolvimento muito precoce, que não permite a constituição minimamente organizada das funções analisadas. Já o Transtorno Desintegrativo da Infância é uma desordem que se instala em um momento imediatamente posterior da constituição subjetiva, caracterizando-se por uma regressão e não necessariamente inviabilizando as três funções que o manual adota como eixo de análise. Ainda que a partir de outro referencial teórico, não é esta a diferença que a psicanálise faz entre autismo e psicose infantil?

Assim, o DSM-IV-TR preserva o poder discriminatório dos conceitos. Com a recente publicação do DSM-5, a APA (2014) renuncia a um conceito bem delimitado de

autismo, em nome da passagem de uma abordagem categórica para outra dimensional.

Nos sistemas de classificação

categoriais, uma pessoa ou “tem” ou “não tem” um transtorno qualquer. No entanto, as classificações também podem ser *dimensionais*. Nesse caso, uma pessoa pode apresentar um problema, uma disfunção ou um grupo de sintomas em “grau” maior ou menor. Ou seja, nas classificações categoriais, os sintomas e sinais são organizados em categorias mutuamente excludentes, enquanto que nas classificações dimensionais os sintomas e sinais são situados ao longo de um *continuum*. [...] Aliás, o termo *espectro* é sinônimo de *continuum*. Por fim, vale ressaltar que as abordagens categoriais e dimensionais não são incompatíveis e, muitas vezes, são complementares. É possível, mediante o estabelecimento de “pontos de corte”, definidos por critérios científicos ou por consensos, transformar um *continuum* em uma categoria. (Brasil, 2015, p. 37-38, grifo do autor)

Dessa forma, todos os Transtornos Globais do Desenvolvimento do DSM-IV-TR foram absorvidos por um único diagnóstico no DSM-5: Transtornos do Espectro Autista (TEA). Tal mudança reflete a visão de que aqueles transtornos seriam uma mesma condição com diferentes gradações (Araújo e Neto, 2014). As gradações se dariam em relação aos eixos de análise, os quais o DSM-5 reduziu de três para dois: Déficit na comunicação e interação social; e Padrão de comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos. Além disso, a edição mais recente não faz distinções cronológicas importantes, tendo como critério diagnóstico apenas que “os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento” (APA, 2014, p. 50). Portanto, a única diferenciação que o DSM-5 faz é de gravidade. “A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões restritos ou repetitivos de comportamento” (p. 50), sendo que seus especificadores

podem ser usados para descrever, de maneira sucinta, a sintomatologia atual [...], com o reconhecimento de que a gravidade pode variar de acordo com o contexto ou oscilar com o tempo. A gravidade de dificuldades de comunicação social e de comportamentos restritos e repetitivos deve ser classificada em separado. (p. 51)

Qual seria o objetivo da adoção de um conceito tão amplo de TEA? De acordo com Araújo e Neto (2014, p. 72),

apesar da crítica de alguns clínicos que argumentam que existem diferenças significativas entre os transtornos, a APA entendeu que não há vantagens diagnósticas ou terapêuticas na divisão e observa que a dificuldade em subclassificar o transtorno poderia confundir o clínico dificultando um diagnóstico apropriado.

2.3. Uma análise crítica do diagnóstico de autismo na atualidade

Pode-se perceber que o manual DSM, que se pretende ateuórico, acaba por fazer opções que tendem a um viés teórico em detrimento de outros e que possuem consequências práticas na clínica e na vida das pessoas diagnosticadas. Conforme Sibemberg (2011, p. 100-101),

Por mais que se diga ateuórico, todo sistema classificatório obedece a uma lógica discursiva. O DSM, ao optar por um sistema descritivo, centrado em sintomas alvo, contemplou e favoreceu o movimento da psiquiatria na direção de uma clínica essencialmente farmacológica e cognitivo-comportamental. Caminho oposto às leituras dinâmicas do psiquismo. O relevo dado ao diagnóstico do autismo e o abandono da noção de psicose infantil produziram uma homogeneização de quadros clínicos que respondem a diferentes lógicas da subjetividade. Crianças com características subjetivas e cognitivas diferentes acabam sendo submetidas a procedimentos iguais de treinamento de habilidades sociais e de aprendizagem.

Assim, Araújo e Neto (2014) atestam que as mudanças efetuadas no DSM-5 suscitaram polêmicas e dividiram a opinião dos especialistas. “A principal crítica acerca do DSM-5 é de que esta classificação tornou-se pouco criteriosa, fazendo aumentar o número de pessoas que podem ser diagnosticados com algum transtorno mental” (p. 82). E qual é o risco de diagnosticar um transtorno mental?

Embora alguém possa apresentar sintomas clínicos característicos de uma ou outra psicopatologia fenomenologicamente descrita em manuais psiquiátricos, reuni-los em um diagnóstico fechado pode carregar um imperativo de nomeação, podando as suas possibilidades de vir a ser. Assim, legitimadas no discurso científico, as verdades do saber psiquiátrico podem apresentar efeitos iatrogênicos, na medida em que o sujeito em si passa a ser interpretado como expressão de uma doença, e não o inverso. Isto adquire ainda maior gravidade quando se trata de crianças, ou mesmo de adolescentes, pela condição de inacabamento própria da infância e da adolescência. Tomar como definitivo

um diagnóstico dado a uma criança ou adolescente pode provocar um efeito de destituição do nome próprio (Vorcaro, 2011), o qual geralmente vem acompanhado da progressiva substituição do saber parental sobre a criança pelo saber do especialista:

A nomeação diagnóstica pode adquirir tamanha valência que destitui o nome-próprio da criança, substituído pela identidade social conferida pelo nome da síndrome em que a medicina localiza, define e torna transparente a estranheza causada por ela. Estabelece-se, assim, sua nova filiação, já que a paternidade, sobre-o-nome, é dada pelo nome-da-síndrome [...] que baliza, referencia e justifica os atos, falas e condutas da criança, deslocando-a da possibilidade de situar-se a partir de sua ordem própria de filiação. Inserir uma criança no laço social como “aquela Rett”, “ele é PC”, “meu filho é Asperger”, é reduzi-la ao registro médico, é amputar sua singularidade subjetiva. (p. 228)

Em relação às crianças que se enquadrariam no diagnóstico de autismo, já se observava que “o diagnóstico de autismo infantil tem aumentado nos últimos anos na proporção inversa ao de psicose infantil” (Sibemberg, 2011, p. 93). Com a perda de poder discriminatório do conceito de autismo decorrente da passagem do DSM-IV-TR para o DSM-5, essa migração diagnóstica se acentuou. Considerando que o diagnóstico TEA, tão amplo, alude a uma condição mais grave, no imaginário social, do que aquelas possibilitadas pelas diferentes categorias de TGD, pode-se pensar essa questão dentro de um contexto mais amplo de patologização – e conseqüente medicalização – da infância em nossa sociedade.

Chegamos a tal ponto que, atualmente, “fala-se de uma ‘epidemia de autismo’, em alusão ao aumento vertiginoso do número de casos num período curto de tempo” (Rios et al., 2015, p. 326). Estes autores expõem argumentos de pesquisadores nos Estados Unidos defendendo que “não foi a epidemia que fez o autismo visível, mas a visibilidade do autismo que fez a epidemia” (p. 326). Em outras palavras, há muitos especialistas sustentando que se trata de uma epidemia não de autismo propriamente, mas do *diagnóstico* de autismo. Os argumentos envolvem desde os critérios nosológicos da psiquiatria para classificar características que já se apresentavam com determinada frequência na população anteriormente, até a reconfiguração na rede de cuidados a essa população em diferentes países que iniciaram processos de desinstitucionalização em saúde mental. A partir da análise que Rios et al. (2015) fazem da mídia impressa brasileira no período de 2000 a 2012, demonstra-se que houve um aumento significativo

no número de matérias sobre autismo no conjunto dos veículos analisados, concluindo que estes vem conferindo visibilidade ao tema e produzindo determinados efeitos de sentido nos leitores. Embora reconheçam que a mídia impressa não é a única responsável por esse efeito social, os autores observam que,

diante da abundância de matérias que falam de pesquisas e tratamento estrangeiros, agrava-se a percepção da escassez de recursos para lidar com o autismo no Brasil. A mobilização política dos pais e familiares no Brasil vem se construindo justamente em torno desses dois pilares – a denúncia da falta de serviços especializados e a divulgação de estudos e metodologias estrangeiras. (p. 333)

Esse movimento social de pais e familiares de pessoas com diagnóstico de autismo, que emerge no Brasil na década de 1980 (Nunes e Ortega, 2016), visa à garantia de direitos através de uma identidade política do Autista reconhecido como tal.² Sua principal conquista foi a Lei nº 12.764 (Brasil, 2012), que institui a política nacional de proteção dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista. No artigo 1º dessa lei, define-se o seguinte:

§ 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.

² “O que teria acontecido para que de instrumento notório de opressão, objetivação e individualização de contradições sociais o *diagnóstico* dos transtornos mentais tenha se tornado uma prática desejável e perfeitamente integrada a uma nova conformação da relação entre produção e consumo? Parece ter ocorrido uma espécie de mutação do valor social do diagnóstico [...]. Se antes o diagnóstico psicopatológico podia significar uma temível, às vezes irreversível, inclusão jurídico-hospitalar ou exclusão moral-educativa, agora ele parece ter se tornado um poderoso e disseminado meio de determinação e de reconhecimento, quando não de destituição da responsabilidade de um sujeito. Instrumento útil para a articulação de demandas e direitos, em certas circunstâncias, ter um diagnóstico significa cruzar a tênue linha que pode nos separar do acesso à cidadania.” (Dunker, 2015, p. 33)

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

A despeito das críticas que cabem ao DSM-5, percebe-se que são os seus critérios diagnósticos que embasam essa definição legal da pessoa com TEA, embora a lei seja anterior a essa edição do manual (o que sugere que, na prática, os critérios do DSM-5 já vinham sendo adotados). Segundo a lógica do DSM-5, os mesmos sintomas que, na perspectiva psicanalítica, denotam uma posição problemática do sujeito, são enfatizados como um conjunto de déficits (Santos, 2016), o que permite considerar o diagnóstico de TEA como uma deficiência. Tal equiparação legal possibilitou que essa categoria diagnóstica fosse contemplada pelas políticas públicas destinadas à proteção das pessoas com deficiências, dada a dificuldade em classificar pessoas com deficiências que estiveram historicamente alijadas das categorias tradicionais – física, intelectual, visual, auditiva e múltipla (Nunes & Ortega, 2016). Assim, a criança diagnosticada com TEA passa a ser considerada simultaneamente como “pessoa com deficiência psicossocial”, na abordagem da *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência* (Brasil, 2008), e como “pessoa com transtorno mental”, para o campo da saúde mental, segundo a Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), marco da Reforma Psiquiátrica no país.

3. O autismo na RAPS

3.1 Conhecendo a RAPS

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, movimento que redireciona o modelo assistencial em saúde mental a partir de uma perspectiva antimanicomial, se deu no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os princípios e diretrizes das ações e serviços do SUS estão a universalidade no acesso, a integralidade na assistência, a preservação da autonomia das pessoas, a igualdade da assistência à saúde (sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie), o controle social, a descentralização político-administrativa, a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (Brasil, 1990). Compondo a rede de serviços substitutivos ao manicômio no âmbito do (SUS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria nº 3.088 (Brasil, 2011). A RAPS é constituída pelos seguintes componentes, previstos pela Portaria:

I. Atenção básica em saúde, formada por Unidade Básica de Saúde (UBS) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF consiste em uma equipe de profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atua de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as equipes das unidades conhecidas popularmente como “postos de saúde”³, atuando diretamente no apoio matricial e no cuidado compartilhado junto às unidades que possuem o NASF como referência. Outros pontos de atenção são o Consultório na Rua e os centros de convivência;

II. Atenção psicossocial especializada, através das diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

III. Atenção de urgência e emergência, com as ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), ambas com funcionamento 24 horas;

IV. Atenção residencial de caráter transitório, a qual se dá nas Unidades de Recolhimento e nas Comunidades Terapêuticas;

V. Atenção hospitalar, seja em leitos de enfermaria especializada em um hospital geral, seja em um serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas;

³ Será utilizada a sigla US para contemplar tanto as Unidades de Saúde que são UBS como aquelas que pertencem à Estratégia de Saúde da Família, já que ambas compõem atualmente a atenção primária em saúde, embora contem com equipes diferenciadas.

VI. Estratégias de desinstitucionalização, como os Serviços Residenciais Terapêuticos;

VII. Reabilitação psicossocial, por exemplo, através de cooperativas para geração de trabalho e renda.

O ponto de atenção da RAPS que oferece atenção psicossocial especializada é o CAPS, que vem sendo a base do processo de substituição do manicômio no Brasil desde a década de 1990. As características do CAPS destacadas pela Portaria nº 3.088/2011 são: equipe multiprofissional; atua sob a ótica interdisciplinar; atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; área territorial; regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo; atividades prioritariamente em espaços coletivos; articulação com a rede intra e intersetorial; ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

Os CAPS diferenciam-se pelo porte, pela capacidade de atendimento e pela clientela atendida, e organizam-se de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Conforme a Portaria nº 3.088/2011, estes serviços se diferenciam como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad e CAPS ad III. Vale esclarecer que os CAPS III funcionam 24 horas, os CAPS I não fazem restrição de atendimento por idade e os CAPS i (infantojuvenis) atendem especificamente crianças e adolescentes. Nos municípios onde não houver CAPS i, deverá ser garantida a atenção a essa população em outra modalidade existente de CAPS, respeitando-se os princípios e as diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). (Brasil, 2015, p. 99)

Segundo a Portaria nº 3.088/2011, CAPSi é a modalidade que atende *crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes* e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, sendo um serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. Assim, implantado no SUS a partir de 2002, o CAPSi consiste em um dispositivo dinâmico que visa responder com efetividade às demandas complexas da saúde mental de crianças e jovens (UFRJ, IPUB & NUPPSAM, 2013). Nunes (2013, p. 2) afirma que estes dispositivos representam a principal ação brasileira para o campo [da] saúde mental infanto-juvenil, na medida em que, a um só tempo, ampliaram o atendimento e o tratamento para casos que até recentemente estiveram excluídos do sistema público formal – como o autismo e a psicose infantil –

e buscaram o aprimoramento do conhecimento clínico, epidemiológico e organizacional para este grupo específico.

Mas, afinal, o que é um CAPS?

Poderíamos dar a essa pergunta algumas respostas combinadas: unidade de base 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 pólo de encaminhamento de demandas psicossociais diversas [...]. O Caps não se reduz a um tipo de serviço entre outros, mas constitui a encarnação de diretrizes da política de saúde mental em determinado território. Como tal, ele representa um conjunto de concepções de atenção, de modos de intervenção, regidos por uma determinada lógica do cuidado. Essa lógica trata-se de fazê-la valer no território, e o Caps é o *locus* primordial dessa ação. Por isso, ele é dito **ordenador da rede e porta de entrada** (Elia, 2005, p. 45-46, grifo meu)

O autor define

a função de ordenador da rede no território como sendo o pólo que encarna e faz valer as diretrizes das políticas públicas de saúde mental em determinado território, e não a instância institucional a qual caberia algum tipo de poder estabelecido a ser exercido sobre demais instâncias ou serviços no território considerado. No sentido foucaultiano de poder, é claro que o Caps exerce um poder, já que o poder, para Foucault, não é central, não se exerce do centro para a periferia nem de cima para baixo, mas em todas as direções, e de forma capilar. (p. 46)

Visto que é a equipe do CAPS que avalia se o usuário “tem perfil”⁴ ou não para ser atendido naquele ponto da rede, na prática, o CAPS acaba ficando em uma posição de poder dentro da RAPS. Nesse sentido, o autor recomenda que o exercício desse poder sobre os demais serviços seja realizado com prudência, a fim de melhor construir as vias pelas quais aquela lógica de cuidado poderá prevalecer no território. Tendo em vista essa questão, é fundamental que as equipes dos CAPSi tenham clareza quanto às suas possibilidades, potencialidades e limitações no tratamento de crianças e adolescentes com suspeita ou diagnóstico de autismo, esse ponto tão permeado de controvérsias.

⁴ Expressão corrente entre os profissionais de saúde nos serviços da RAPS.

3.2. Problemática atual do autismo na RAPS

Dentre as psicopatologias, o autismo se destaca pelo seu início precoce e pelo intenso prejuízo no estabelecimento de laços sociais, além da carga associada aos cuidados dessa população por parte de seus familiares ou outros responsáveis. Em relação à atenção às crianças com autismo, Lima et al. (2014, p. 716) afirmam:

Até o final do século passado, essa população se encontrava majoritariamente fora do campo da saúde mental pública brasileira. Seu cuidado, quando acontecia, era oferecido pela educação, assistência social, por instituições de caráter filantrópico ou em serviços montados por associações de familiares. Na rede pública de saúde, algumas crianças e adolescentes com autismo recebiam tratamento em “serviços-ilha”, pouco integrados com os demais equipamentos de seu território, enquanto outras eram seguidas em ambulatórios tradicionais, com abordagem predominantemente medicamentosa [...]. Muitas, entretanto, ficavam sem acompanhamento por quaisquer serviços, constituindo significativo contingente de desassistidos.

Diante desse histórico, os autores apontam que “os CAPSi podem ser considerados a primeira iniciativa a incluir o autismo, de modo destacado, embora não especializado, no campo da saúde mental pública do Brasil (Lima et al., 2014, p. 716-717). No entanto, examinando-se as experiências recentemente compartilhadas nos *Anais do I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial Infantis e Juvenis* (UFRJ, IPUB & NUPPSAM, 2013), constata-se que

o desafio da sustentação do projeto CAPSi é tema recorrente nos trabalhos apresentados, diante da fragilidade material (física e de recursos materiais e humanos) da maioria dos serviços, e da fragilidade política da rede de atenção em alguns contextos locais e regionais. O desafio da sustentabilidade política aparece também nos trabalhos que debatem dois temas espinhosos, mas centrais: a **atenção integral às pessoas com autismo** e aos usuários de drogas, diante das oscilações e ambiguidades da direção política oriunda do âmbito federal. (p. 18, grifo meu)

O atual problema do autismo na rede de atenção à infância consiste em uma controversa discussão tanto conceitual quanto de ordem prática sobre qual o lugar adequado para atender crianças com diagnóstico ou suspeita de autismo: no CAPSi ou em serviços especializados na atenção a crianças com deficiência? A grande quantidade de trabalhos apresentados no I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial

Infantis e Juvenis (UFRJ, IPUB & NUPPSAM, 2013) sustentando o atendimento de crianças descritas como autistas nos CAPSi revela uma realidade do Brasil contemporâneo: por um lado, já se registram experiências clínicas positivas com autismo nos CAPSi; por outro lado, esse tipo de serviço, valendo-se de sua posição de porta de entrada e ordenador da rede, pode encaminhar crianças assim diagnosticadas a outros serviços especializados caso entendam não possuírem responsabilidade ou recursos para um tratamento adequado. Além disso, Nunes (2013, p. 2) chama a atenção para o fato de que

associações formadas por pais e familiares reivindicam a construção de centros de atendimentos específicos para autistas, sob o argumento de que os Centros de Atendimento Psicossocial não apresentam resultados clínicos efetivos ao atender, em um só local, pessoas com as mais diferentes “doenças mentais”, sem que os autistas, por sua vez, recebam enfoque especializado, dada a heterogeneidade da síndrome [...]. Ademais, haveria a predileção por métodos de abordagem comportamental, em oposição à psicanálise, entre os projetos de instauração destes centros de atendimento.

A autora trabalha com a hipótese de que esses grupos de familiares de autistas, enquanto lutam contra a invisibilidade do problema do autismo e sua consequente exclusão das políticas públicas, carecem de embasamento teórico-técnico e de problematização dos serviços já oferecidos nos sistemas público e privado de saúde mental, depositando suas expectativas “de cura ou regressão de características autistas por meio de *qualquer* tratamento e de novas tecnologias que possam ser oferecidos, independente do direcionamento clínico” (Nunes, 2013, p. 12, grifo da autora). Assim, as demandas de alguns movimentos de familiares de autistas recebem críticas de outros ativistas do campo da deficiência por concentrarem parte de sua luta política em intervenções de caráter biomédico e na promoção de serviços especializados e exclusivos para pessoas com diagnóstico de autismo.

A legislação vigente não determina que tipo de serviço seria responsável por atender às demandas de saúde mental dos usuários com esse diagnóstico, apenas garante seu direito à atenção integral à saúde. Esta é uma *interrogação* que se coloca à RAPS infantojuvenil; o *problema* que enfrentamos hoje é que o tratamento do autismo no CAPSi possa ser considerado inviável, ainda que esse serviço – por ser porta de entrada da rede – acolha o usuário antes de encaminhá-lo.

Campos (2012) alerta para a necessidade de refletir sobre a clínica nos serviços públicos de saúde mental, entendendo como clínica as práticas de todas as profissões que lidam no dia a dia com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária. A autora avalia os fatores que têm contribuído para um esvaziamento dessa discussão, tão necessária, sobretudo se pretendemos avançar no debate sobre a eficácia da clínica. Qual seria, então, a clínica possível para o autismo na RAPS?

De acordo com o documento *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde* (Brasil, 2015, p. 80), lançado pelo Ministério da Saúde,

não existe uma única abordagem a ser privilegiada no atendimento de pessoas com transtornos do espectro do autismo. Recomenda-se que a escolha entre as diversas abordagens existentes considere sua efetividade e segurança e seja tomada de acordo com a singularidade de cada caso.

Ainda de acordo com este documento,

considera-se fundamental que cada ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se responsabilize em oferecer diversificadas possibilidades de acesso e diferentes modalidades de cuidado para compreender e responder às necessidades das pessoas com TEA em seus contextos de vida. Isto significa convocar todos os pontos de atenção da RAPS e os profissionais que no cotidiano dos serviços de saúde desenvolvam ações nos campos de puericultura, desenvolvimento neuropsicomotor, intervenção precoce, atenção psicossocial, reabilitação e atenção às situações de crise para a conformação de uma grande e potente *rede de saberes e ações*, com vistas a responder à complexidade das demandas das pessoas com TEA e suas famílias, as quais, historicamente, sem encontrar respostas nas políticas públicas, têm assumido solitariamente este desafio. (p. 91)

4. A clínica do autismo: uma “RAPSódia”

A vivência que tive com o atendimento de crianças e adolescentes diagnosticados como autistas na RAPS se deu a partir da minha experiência de trabalho como psicóloga em um CAPSi do município de Porto Alegre. Inserida em uma equipe multidisciplinar, tive contato com as crianças e suas famílias, através de dispositivos individuais e coletivos, além de discussões de caso (no próprio serviço e também com outros serviços da rede intra e intersetorial) e do registro nos prontuários. A seguir, apresentarei um ensaio clínico que chamei de “RAPSódia”, brincando com as palavras, para não fugir ao estilo lúdico da clínica com crianças.

Na Grécia antiga, rapsódia (do grego *rhapsoidía*; *rahapsoidos* = declamador) era a recitação de fragmentos de poemas épicos pelos rapsodos, que por sua vez eram poetas ou declamadores que iam de cidade em cidade. Os longos poemas, em parte declamados e em parte improvisados, eram ajustados pelo rapsodo para formar com eles um conjunto. Por isso, empregada nos domínios literários a partir do século XIX, a palavra rapsódia equivale à compilação, numa mesma obra, de assuntos diferentes e de várias origens.

Assim, escolhi a rapsódia como método de escrita de fragmentos de dois casos clínicos, para compartilhar a minha memória dos casos que atendi no CAPSi, tornando-a pública para contribuir com a discussão da clínica do autismo com crianças na RAPS. À maneira dos rapsodos, colhi elementos de diferentes fontes para compor uma miscelânea sobre essa clínica, que se dá entre o imprevisível e o improvisável.

4.1. Caso Augusto

Sempre que chegava na US, Augusto⁵ causava tumulto assim que entrava na sala de espera, e o incômodo geral se instalava até que ele se retirasse. Aos 2 anos e 9 meses de idade, ele ainda não falava, apresentando grandes limitações na comunicação e interação, além de intensa agitação, irritabilidade e auto-agressões. Quando iniciou atendimentos semanais com uma psicóloga na US, deixou de tumultuar a sala de espera.

Em avaliação da neuropsiquiatria infantil e genética do hospital, Augusto obteve resultados normais. Nos atendimentos na US (sempre acompanhado da mãe, pois não suportava separar-se dela), os gritos e a agitação inicial, aos poucos, vão dando lugar ao

⁵ Os nomes utilizados nos casos clínicos são fictícios, visando proteger o sigilo.

esboço de algumas brincadeiras. Então, a psicóloga o encaminha ao CAPSi, após identificar possibilidade de subjetivação e a necessidade de atendimento mais intensivo. Assim, pactuou-se a corresponsabilização entre a atenção básica e o serviço especializado.

Augusto chega ao CAPSi aos 3 anos e meio, ainda usando fraldas, fazendo pouco contato visual e nenhuma vocalização, apenas apontando. Sentado na sala de espera, balançava-se para frente e para trás de maneira estereotipada. Na primeira entrevista com a mãe, ele se desorganizou por querer ir embora após vinte minutos de atendimento – momento em que a mãe o pega no colo e ele a agride no rosto.

A mãe de Augusto, técnica de enfermagem, diz que nos cuidados do filho sempre foi “mais enfermeira do que mãe”. Ela tinha uma relação ruim com sua própria mãe e nunca teve convívio com seu pai. O pai de Augusto também é ausente, de forma que sempre contaram com uma babá para cuidar do menino. Além de dificuldades na amamentação, Augusto apresentou atrasos em todas as demais aprendizagens.

Inicialmente, Augusto ingressou em uma oficina de música, na qual eram estimuladas a interação e a separação gradativa da mãe. Ele levou três meses para participar da oficina sem a presença da mãe. Ainda que tivesse pouca participação nas atividades propostas, Augusto mostrava-se atento e se interessava cada vez mais pelas canções. Interagia somente por meio de contato visual e movimentando-se ao ritmo da música. Progressivamente, foi permitindo maior interação com os profissionais, mas só permitia a aproximação das outras crianças quando a mesma ocorria durante a brincadeira – por exemplo, ao trombar durante uma corrida. Quando era proposto ir ao pátio, Augusto se negava a sair da rotina, e ficava agressivo ao término de cada oficina: atirava os brinquedos pela sala e agredia a mãe, que permanecia passiva. A partir disso, a mãe foi orientada a evitar que ambos se machucassem. Também foi introduzida medicação visando diminuir a agitação, principal demanda para o acompanhamento psiquiátrico.

Augusto já tinha 5 anos e meio quando teve início, no CAPSi, a Oficina do Brincar⁶. Trata-se de um dispositivo interdisciplinar em saúde mental que, através de fundamentação psicanalítica, visa incidir clinicamente nas condições de estruturação subjetiva de crianças entre 2 e 7 anos de idade, com transtornos do desenvolvimento ou psicopatologias graves e que apresentem um brincar empobrecido, estereotipado, rígido

⁶ Informações mais detalhadas sobre a Oficina do Brincar poderão ser encontradas na dissertação de mestrado de Blom (s.n.), que está em vias de publicação.

ou mesmo ausente. Esse dispositivo é simultaneamente individual e coletivo (incluindo um número de profissionais igual ou maior ao número de crianças participantes) e visa tanto intervenções estruturais quanto instrumentais. Seu objetivo é promover o desenvolvimento de processos básicos de estruturação da subjetividade que – esta é a nossa aposta – culminarão na emergência dos processos simbólicos, isto é, da brincadeira propriamente dita. Portanto, os objetivos do tratamento através da Oficina do Brincar são atingidos quando a criança consegue consolidar a capacidade de brincar com outros.

Augusto permaneceu nessa oficina por dois anos, com frequência semanal. Nesse período, parou com as agressões contra a mãe e, com o auxílio dela, passou a aceitar as idas ao pátio. Ali, ensaia uma brincadeira de pega-pega: inicialmente, Augusto apenas corre para pegar a profissional; pouco a pouco, vai entendendo o jogo e tolerando ser pego por ela, parecendo divertir-se muito com isso. Ele costuma interagir com os técnicos que já lhe são conhecidos, levando algum tempo para aceitar pessoas novas na oficina, inclusive cobre os ouvidos com as mãos quando se mostra incomodado pela presença de alguém. Assim, permanece mais com os profissionais, mas se mostra atento às demais crianças e progressivamente vai se aproximando dos outros participantes.

No jogo de futebol, apresentava certa dificuldade motora, mas tentava jogar a partir do estímulo e das palavras de incentivo dos profissionais: “vai, chuta, faz gol!”. Algumas vezes, repetia o final dessas frases. Depois, cada vez mais espontaneamente, passa a enunciar palavras que marcam atos do brincar: “agora”, “para”, “um, dois, três e já!”. Na sua última participação na Oficina do Brincar, já se dirigia aos outros, convocando “vem logo”, perguntando “onde vai?” e reclamando “não quero embora” (sic).

Em função disso e das melhoras observadas em casa e na escola, uma cena na brincadeira de guerra foi decisiva para que Augusto tivesse alta da Oficina do Brincar e fosse inserido em outro grupo mais heterogêneo de crianças da sua faixa etária. Pela primeira vez, ao levar um tiro no faz-de-conta, ele encenou sua própria morte, fazendo uma expressão vocal para demonstrar seu sentimento de espanto e pesar antes de deitar-se no chão.

Hoje, aos 9 anos de idade, Augusto participa há dois anos desse outro grupo, e sua mãe frequenta o grupo de familiares no mesmo horário. Ele manteve o interesse na brincadeira de guerra, usando a própria mão em forma de arma e dizendo “pou, pou!”

ao dar tiros de faz-de-conta. No entanto, continuava brincando mais individualmente com algum profissional.

Certo dia, mostrou-se resistente a uma nova técnica que ingressara no grupo. Até o final do grupo, contudo, já havia aceitado brincar com ela de guerra de almofadas. A partir desse vínculo, pôde se inserir na brincadeira coletiva de guerra de almofadas logo na semana seguinte. Muitas vezes, Augusto almoçava no CAPSi após a atividade. Se, no início do seu tratamento no CAPSi, só aceitava a alimentação quando inserida em um contexto lúdico e depois criou o hábito de comer apenas arroz, foi a partir dos convites dessa técnica que ele passou a aceitar outros alimentos.

Do mesmo modo, inicialmente demonstrava intolerância aos ruídos altos, tapando os ouvidos quando outros participantes do grupo gritavam, batiam palmas ou brincavam com instrumentos musicais. Com o passar do tempo, foi se interessando pelos sons – por exemplo, o eco da sua voz no corredor do CAPSi. Augusto, que antes se assustava até com o barulho do chuveiro, atualmente está conseguindo tomar banho de forma cada vez mais independente.

Recentemente, durante uma brincadeira de esconde-esconde da qual participava todo o grupo (crianças e técnicos), Augusto puxa a minha mão para a parede insinuando que é minha vez de esconder o rosto, contar até dez e procurar os outros. Note-se que não se tratava de um uso instrumental da mão do outro, mas de uma convocação não-verbal a brincar junto. Precisei lhe explicar as regras do jogo para que entendesse que não era a minha vez de contar, mas de outra pessoa. Ele compreendeu, e corremos juntos para nos esconder.

Na mesma época, no grupo de familiares, a mãe relatou uma situação em que Augusto, ao perceber que a estava deixando contrariada, lhe olhou e disse “te amo, mãe”. Essas palavras, ditas por um menino que começou a falar apenas aos 6 anos, encontram eco nela, que já pode ser mais mãe do que enfermeira do próprio filho.

4.2. Caso Adriano

Adriano nasceu surdo, porém, aos 2 anos de idade, passou por uma cirurgia que corrigiu esse problema. É filho único de pais que se separaram quando ele tinha 6 meses de idade. Adriano mora com a mãe, deprimida desde então, e o pai se encontra em situação de rua e uso de crack. A mãe trabalha em um mercadinho da família, onde eventualmente o pai vai pedir comida, mas os familiares a proíbem de manter contato

com ele. Financeiramente, a situação familiar é bastante precária, de forma que os brinquedos de Adriano em casa se resumem a dois carrinhos.

A equipe da US de Adriano, ao suspeitar que se tratava de um caso de autismo, primeiramente o encaminhou para acompanhamento neurológico no hospital. Quando ele completou 3 anos e ainda não falava, a US o encaminhou para um serviço de fonoaudiologia na atenção básica. Após um ano de acompanhamento fonoaudiológico semanal, embora obtivesse resultado normal no exame auditivo, o menino se comunicava basicamente por gestos e vocalizações, apresentando tendência à ecolalia, mas também conseguindo fazer uso próprio da fala. Ao longo desse tratamento, observou-se melhora da intenção comunicativa, mesmo que Adriano ainda se mostrasse pouco interativo. A fonoaudióloga o encaminhou ao CAPSi ao identificar que sua intenção comunicativa era restrita ao seu interesse e que, em grupo, ele não interagia com as outras crianças.

Além desses atrasos e dificuldades na comunicação e interação, na escola infantil Adriano prefere brincar sozinho, mas aceita brincar com as outras crianças quando estas o convidam. Segundo relatos da mãe, ele também brinca sozinho na presença dela, tem risos imotivados e parece ver e escutar coisas que ela não identifica. Adriano não apresentou atraso para caminhar; no entanto, caminha na ponta dos pés. Todas as manhãs, ao acordar, Adriano vira o rosto da mãe para si e diz: “oi, bom dia!”. Apesar de ser um comportamento rígido e repetitivo, este é um bom indicador, já que a criança convoca a mãe.

Assim, Adriano acessou o CAPSi aos 4 anos de idade. No primeiro atendimento individual, não se despediu nem expressou angústia em se separar da mãe, tampouco mostrou qualquer resistência para ficar com profissionais que não conhecia. Ao entrar no consultório, explorou um pouco os diversos brinquedos à sua vista, mas se interessou por brincar apenas com um carrinho. Deitado no chão, deslizava o carrinho pelo piso somente até onde seu braço alcançava, indo e voltando. Brincando sozinho desse modo, parecia ele próprio um corpo atropelado. Adriano falou muito pouco nesse dia, e eu não compreendia o que ele dizia. Quando eu falava, ele parecia compreender, mas não respondia. Em vários momentos, repetia a última palavra de minhas frases, ou fixava o olhar no teto.

Durante a avaliação individual, alguns comportamentos de Adriano me prenderam a atenção, como abrir e fechar portas ou gavetas e acender e apagar a luz repetidas vezes. Interessou-se por um carro de brinquedo maior, com pedais, no qual

passou a circular pelo CAPSi (impulsionando-o com os pés no chão, sem pedalar). Imitando os profissionais que o acompanhavam, dizia “bibi” para simular uma buzina quando cruzava com alguém no corredor. Logo começou a correr pelo CAPSi quando os profissionais o estimulavam a brincar de pega-pega, e corria muito!

Encerrada a avaliação, Adriano foi inserido – assim como Augusto – na Oficina do Brincar. A mãe iniciou um atendimento individual no CAPSi, que não manteve por muito tempo, mas acabou aderindo ao grupo de artesanato para familiares, do qual participa até hoje. Pelas dificuldades financeiras, a família foi encaminhada ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), e ainda se falou na possibilidade de o pai de Adriano acessar o CAPS-AD.

A hora do almoço no CAPSi, após a Oficina do Brincar, também se mostrou um espaço potente para a intervenção nesse caso. A nutricionista observou que a mãe não servia a comida de Adriano nem o auxiliava na alimentação. Sentada ao lado dele, ocupava-se de seu próprio prato e mantinha conversas com outras pessoas na cozinha, sem olhar para o filho. Adriano, que aceitava apenas arroz e feijão, comia vorazmente, sem mastigar. Então, a equipe do CAPSi e a mãe acordaram que ela só serviria seu próprio almoço depois de servir o prato do filho e assegurar-se de que ele estava pronto para comer por conta própria. Assim, ela passou a se ocupar da alimentação de Adriano e a interagir mais com ele, compartilhando de fato o momento do almoço. Outra combinação foi feita em relação às fraldas, que Adriano ainda utilizava, porque a mãe dizia que “nunca lembrava de levá-lo ao banheiro” (sic). A mãe e a equipe se comprometeram em lembrar-se de levá-lo ao banheiro sempre ao chegar e antes de sair do CAPSi. Essa nova rotina possibilitou a retirada das fraldas, diante da qual o comportamento de Adriano oscilava: às vezes, corria tudo bem, outras vezes, escapava um pouco de xixi nas calças, até que ele mesmo passou a pedir “banheiro” e, algum tempo depois, já se encaminhava ao banheiro por conta própria.

Sua primeira participação na Oficina do Brincar se dá de forma muito semelhante aos atendimentos individuais. Por várias semanas, Adriano fica ajoelhado sobre o sofá da sala de grupos, enfileirando diversos carrinhos sobre o encosto, de modo que se mantém virado para a parede, evitando a interação. Quando vejo aquela fila de carrinhos, exclamo: “que engarrafamento!”. E, conforme Adriano vai movendo os carrinhos, vou dizendo “bibi” e sugerindo algum sentido para os seus movimentos. À medida que Adriano ia me dando mais abertura, fui tentando expandir a rota dos carrinhos, descendo a ladeira do encosto para o assento do sofá. Nesse momento,

“atropelava” suas pernas, passando os carrinhos por seu corpo para lhe dar contornos. Adriano se divertia, rindo muito, como é característico seu. Com o tempo, seu interesse passa dos carrinhos pequenos para aquele carro maior, que utiliza para explorar os corredores e o pátio do CAPSi. Certo dia, usou o carro para me perseguir, mas sempre cuidava para não me atropelar; em seguida, fugia de mim, olhando para trás na expectativa de que eu o estivesse perseguindo. Mais recentemente, tentei ensiná-lo a pedalar o carro, em vez de impulsioná-lo com os pés no chão, e Adriano me surpreendeu com uma pergunta: “por quê?”. Então, lhe respondi: “É mesmo, né? Se é mais fácil do jeito que tu estavas fazendo... Por que não? Tu podes andar do teu jeito, Adriano, mas eu acho que pedalando tu consegues andar mais rápido”.

Adriano também circula bastante pelo CAPSi sem o carro, geralmente correndo. Nessa movimentação, “atropela” qualquer porta, esteja aberta ou fechada. Muitas vezes, os profissionais precisaram lhe explicar que não podia abrir a porta das salas onde estavam ocorrendo outros atendimentos, ou que não podia ir ao pátio quando estava chovendo. A partir daí, Adriano vai se experimentando, aprendendo a bater na porta antes de abri-la (mesmo nas portas que dão para o pátio) e carregando consigo um guarda-chuva de frevo (mesmo nos dias de sol).

Entre atropelos e tropeços, eventualmente Adriano cai no chão. Visto que costuma referir-se a si mesmo na terceira pessoa, ele diz: “caiu”. No entanto, quando lhe perguntei se tinha se machucado e o que lhe doía, Adriano respondeu “joeio” (sic), apontando para um de seus joelhos. Como esse tombo interrompera a brincadeira de Adriano e já estava quase no horário de terminar a oficina, lhe propus que fosse almoçar com sua mãe. Nesse momento, ele repete a música que outra criança da oficina estava cantando mais cedo: “borboletinha tá na cozinha fazendo chocolate para a madrinha...”.

O movimento repetitivo que fazia com o interruptor de luz se transformou em brincadeira quando, ao apagar a luz, Adriano me deu “tchau” e se deitou no sofá de olhos fechados, depois voltou a acendê-la e disse “oi, bom dia!” – da mesma forma que faz com sua mãe. Eu entrei na brincadeira e, quando falei “oi, Adriano!”, ele respondeu da maneira que sempre responde: “oi, Adriano!”.

Além de todos esses avanços apresentados por Adriano durante um ano na Oficina do Brincar, ele ainda tem buscado interagir com os meninos que participam de outra oficina no mesmo horário. Hoje, aos 5 anos e 4 meses, Adriano já cativou profissionais e usuários do CAPSi, sempre animado e sorridente. E, ao que tudo indica, em breve terá alta da Oficina do Brincar e poderá ingressar em outro grupo.

5. Considerações finais

O que esta RAPSódia nos transmite? Tanto Augusto quanto Adriano apresentam, inicialmente, transtornos psíquicos graves e traços de desconexão na relação com o outro, em quadros caracterizados como autismo. Com a noção de estruturas não-decidas da infância, Bernardino (2004) chama a atenção para a importância de “não confundir uma *fenomenologia* autística ou psicótica com o que diz respeito a uma *estrutura psíquica*” (p. 83, grifo da autora) e permite não fechar um diagnóstico definitivo baseado em “defesas que podem ter o estatuto de solução provisória, diante de um momento de vacilação subjetiva, quando a constituição do sujeito ainda está em curso” (p. 83). Em lugar de antecipar um destino, o diagnóstico estrutural *ainda não decidido* para crianças e adolescentes aponta um caminho para que uma escuta psicanalítica possa se instaurar e produzir efeitos. Nos casos de Augusto e Adriano, a aposta na subjetivação foi o que possibilitou um deslocamento da posição do sujeito.

A metáfora trazida por Yolanda Mourão Meira, em seu livro *As estruturas clínicas e a criança*, nos ajuda a compreender essa questão. Podemos afirmar que, na infância, o que temos é um indicador de estrutura; e, na adolescência, pela reedição do Édipo, se dá uma confirmação da estrutura. Para Meira (citada por Adelino, 2010, p. 90),

esse indicador de estrutura seria algo da ordem de um jogo de cartas marcadas: há uma possibilidade de mudança da situação mas ela é reduzida, pois houve uma trapaça anterior que reduz a variação do jogo. Mas temos uma aposta: embora as cartas tenham sido dadas para que a criança advenha desse lugar, a partida ainda tem de ser jogada. E nela podemos pensar que o encontro com o analista, bem como outros encontros que a vida proporciona, pode mudar algo do jogo.

Em consonância, nossa atual legislação reconhece que o diagnóstico na infância não é decisivo, mesmo no caso de uma psicopatologia grave como é o autismo: em seu artigo 3º, a Lei nº 12.764 define como um dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista o acesso ao “diagnóstico precoce, ainda que não definitivo” (Brasil, 2012). Uma criança diagnosticada com autismo pode ter evoluções significativas dentro desse quadro e até mesmo alterar seu diagnóstico, sendo que, quanto mais precoce for a intervenção clínica, melhor o prognóstico.

Reconhecidas as potencialidades da intervenção com crianças com diagnóstico de autismo, recoloca-se a questão do seu lugar de atenção na RAPS. É possível pensar um serviço de saúde exclusivo para crianças com diagnóstico de autismo, se consideramos o diagnóstico como ainda não decidido na infância? E, mesmo sendo possível, seria desejável? Ou iatrogênico e estigmatizante?

Um serviço de saúde, principalmente de saúde mental, deve ter recursos para acolher as singularidades, considerando a complexidade e a diversidade das necessidades das pessoas em seus contextos de vida. Portanto, deve ser capaz de acolher singularmente uma criança que, até então, vem se estruturando como autista. Conforme já previsto em lei, os CAPSi constituem lugares possíveis na RAPS para o tratamento dessas crianças.

O CAPSi é um serviço estratégico da RAPS, composto por uma equipe interdisciplinar de saúde mental, regido pelos princípios e diretrizes do SUS e articulado com os demais serviços de saúde e pontos da rede intersetorial (por exemplo, as escolas). O trabalho na lógica territorial favorece a aproximação não apenas da rede, mas da realidade das famílias e comunidades, pois o território é o lugar psicossocial do sujeito. Assim, o CAPSi colabora ainda com a garantia de proteção às crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade.

O CAPS é *um dos* serviços de referência para o cuidado às pessoas com transtornos do espectro do autismo, independentemente de sua idade. Também é função do CAPS ofertar apoio matricial às equipes de saúde da família e aos pontos de atenção às urgências, apoiando e subsidiando o processo diagnóstico, o acompanhamento direto das situações graves e se corresponsabilizando pela atenção às urgências. A equipe dos CAPS é composta por diferentes profissionais de saúde, entre psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, pedagogos, psiquiatras, clínicos gerais, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, agentes sociais, entre outros, que desenvolvem suas ações a partir do acolhimento de demandas espontâneas e/ou referenciadas, pautadas no vínculo com os usuários e suas famílias e articuladas a projetos terapêuticos singulares (PTS). Além disso, a possibilidade de atenção em tempo integral ou parcial pode ser necessária em muitas situações. (Brasil, 2015, p. 98, grifo meu)

Por ser um serviço substitutivo,

o CAPS opera na lógica da intensidade do cuidado, em contraposição aos processos de restrição da liberdade. No CAPS e no território são realizados:

(a) atendimentos individuais ou em grupo; (b) atividades comunitárias e de reabilitação psicossocial; (c) atenção aos familiares; (d) atenção domiciliar; (e) reuniões ou assembleias para o desenvolvimento da cidadania; (f) tratamento medicamentoso; e (g) intensas mediações entre os usuários, suas famílias e a comunidade. (p. 99)

Compreendendo essas atividades como dispositivos de tratamento relevantes na atenção a crianças com diagnóstico de autismo, venho afirmar a potência dos CAPSi⁷ enquanto lugar para essas crianças, bem como das contribuições da psicanálise para essa clínica. O que busquei defender, através dessa RAPSódia, não é necessariamente um tratamento psicanalítico – tal qual propõe Bernardino (2004), como alternativa fundamental no rumo da definição estrutural para as crianças que apresentam uma psicose não-decida –, mas a possibilidade de utilizar a psicanálise como ferramenta para a elaboração de dispositivos de tratamento para crianças com impasses no que se refere a sua constituição psíquica, pois a possibilidade de intervenção com o sujeito se encontra nos deslocamentos do lugar do Outro na transferência.

⁷ Ressalta-se a imperiosa necessidade de efetivação da política pública no que se refere à implementação da RAPS. Atualmente, Porto Alegre conta com três CAPSi, o que representa um terço do que está previsto na legislação para a população deste município.

6. Referências bibliográficas

- Adelino, C. M. (2010). Diagnóstico na infância: alguma conclusão possível?. *Psicologia Revista. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. ISSN 1413-4063, 19(1), 79-96*. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/5221/3755>
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed. rev.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5a. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Araújo, A. C., & Neto, F. L. (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 16(1), 67-82*. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007
- Bernardino, L. M. F. (2004). *As psicoses não-decidas da infância: um estudo psicanalítico*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Blom, K. B. (s.n.). *Oficina do Brincar: um dispositivo clínico-psicanalítico para crianças que ainda não brincam* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Brasil (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Brasil (2001). *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. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Brasil (2008). *Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008*. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm
- Brasil (2011). *Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de

- Saúde (SUS). Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil (2012). *Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012*. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm
- Brasil (2015). *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf
- Calligaris, C. (1986). *A questão do fantasma na clínica psicanalítica* (A. F. B. de Castro Dreyer e outros, trads.). Salvador, BA: Cooperativa Cultural Jacques Lacan.
- Campos, R. O. (2012). Clínica: a palavra negada (sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental). In R. O. Campos, *Psicanálise e Saúde Coletiva: interfaces* (pp. 97-116). São Paulo, SP: Hucitec.
- Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo, SP: Boitempo.
- Elia, L. (2005). Diretrizes operacionais para os serviços de saúde para crianças e adolescentes. In Brasil, *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* (pp. 45-57). Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.
- Figueiredo, A. C., & Machado, O. M. R. (2000). Diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Ágora – Estudos em Teoria Psicanalítica*, 3(2), 65-86. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/agora/v3n2/v3n2a04.pdf>
- Jerusalinsky, A. (1993). Psicose e autismo na infância: uma questão de linguagem. *Revista da APPOA*, (9), 62-73.
- Lima, R. C., Couto, M. C. V., Delgado, P. G. G., & Oliveira, B. D. C. (2014). Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24(3), 715-739. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300715
- Nunes, F. (2013). Autismo e atuação política: reflexões sobre a mobilização de familiares de pessoas com autismo no Rio de Janeiro. *Anais do I Simpósio Internacional de Estudos sobre a Deficiência*. São Paulo, SP.

- Nunes, F., & Ortega, F. (2016). Ativismo político de pais de autistas no Rio de Janeiro: reflexões sobre o “direito ao tratamento”. *Saúde Sociedade*, 25(4), 964-975.
Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00964.pdf>
- Rassial, J.-J. (1997). Psicose na adolescência. In J.-J. Rassial, *Escritos da criança*, (Vol. 4, pp. 80-96). Porto Alegre, RS: Centro Lydia Coriat.
- Santos, V. M. (2016). Porta afora: percursos de inclusão de crianças com autismo desde os dispositivos de atendimento institucionais. In J. Jerusalinsky (Org.), *Travessias e travessuras no acompanhamento terapêutico* (pp. 229-240). Salvador, BA: Ágalma.
- Sibemberg, N. (2011). Autismo e psicose infantil: o diagnóstico em debate. In A. Jerusalinsky, & S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 93-102). São Paulo, SP: Via Lettera.
- Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB, & NUPPSAM (2013). *Anais do I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial – I CONCAPSi. Volume I.* (305 p.). Rio de Janeiro, RJ. Recuperado de http://congressob5.dominiotemporario.com/doc/Anais_CONCAPSi.pdf
- Vorcaro, A. (2011). O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In A. Jerusalinsky, & S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 219-230). São Paulo, SP: Via Lettera.