



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

MARINA PEREIRA LEITE

Uma perspectiva despatologizante de atendimentos
psicoterapêuticos com crianças com o diagnóstico de autismo

CAMPINAS

2020

MARINA PEREIRA LEITE

Uma perspectiva despatologizante de atendimentos
psicoterapêuticos com crianças com o diagnóstico de autismo

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, na área de concentração Interdisciplinaridade e Reabilitação.

ORIENTADORA: PROFA. DRA. KELLY CRISTINA BRANDÃO DA SILVA

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA MARINA PEREIRA LEITE, E ORIENTADA PELA
PROFA. DRA. KELLY CRISTINA BRANDÃO DA SILVA.

CAMPINAS

2020

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

L536p Leite, Marina Pereira, 1993-
Uma perspectiva despatologizante de atendimentos psicoterapêuticos com crianças com diagnóstico de autismo / Marina Pereira Leite. – Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Kelly Cristina Brandão da Silva.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Psicoterapia. 2. Saúde mental. 3. Saúde pública. 4. Psicologia infantil. 5. Psicopatologia. 6. Desenvolvimento infantil. 7. Autismo. I. Silva, Kelly Cristina Brandão da, 1972-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: A depathologizing perspective on psychotherapeutic care of children diagnosed with autism

Palavras-chave em inglês:

Psychotherapy

Mental health

Public health

Psychology child

Psychopathology

Child development

Autism

Área de concentração: Interdisciplinaridade e Reabilitação

Titulação: Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Banca examinadora:

Kelly Cristina Brandão da Silva [Orientador]

Rafael Christofoletti

Maria Fernanda Bagarollo

Data de defesa: 12-02-2020

Programa de Pós-Graduação: Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <http://orcid.org/0000-0002-6868-650X>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/3928595445827131>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

MARINA PEREIRA LEITE

ORIENTADOR: PROFA. DRA. KELLY CRISTINA BRANDÃO DA SILVA

MEMBROS:

1. PROFA. DRA. KELLY CRISTINA BRANDÃO DA SILVA

2. PROFA. DRA. MARIA FERNANDA BAGAROLLO

3. PROF. DR. RAFAEL CHRISTOFOLETTI

Programa de Pós-Graduação em Saúde Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 12/02/2020

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado à todas as crianças, como Mateus e Tiago, que vivem caprichosamente os encontros da vida. Brincam, pulam, dançam, correm, trocam olhares, vestem-se de alegrias e sorrisos. Nos retiram tudo o antes certo, estabelecido, já elaborado e determinado. Despem-nos de todas as certezas, nos fazem questionarmos sobre nós mesmos e criam grandes revoluções internas. Desfazem os velhos olhares e efervescem novos. Criança, sinônimo de revolução. Sabem nos apresentar as delícias da imprevisibilidade nos encontros da vida.

EPÍGRAFE

“Dani é uma criança que não sabe andar de bicicleta. Todas as outras crianças do seu bairro já andam de bicicleta; os da sua escola já andam de bicicleta; os da sua idade já andam de bicicleta. Foi chamado um psicólogo para que estude seu caso. Fez uma investigação, realizou alguns testes (coordenação motora, força, equilíbrio e muitos outros; falou com seus pais, com seus professores, com seus vizinhos e com seus colegas de classe) e chegou a uma conclusão: esta criança tem um problema, tem dificuldades para andar de bicicleta. Dani é disbiciclético.

Agora podemos ficar tranquilos, pois já temos um diagnóstico. Agora temos a explicação: o garoto não anda de bicicleta porque é disbiciclético e é disbiciclético porque não anda de bicicleta. Um círculo vicioso tranquilizador. Pesquisando no dicionário, diríamos que estamos diante de uma tautologia, uma definição circular. “Por qué la adormidera duerme? La adormidera duerme porque tiene poder dormitivo”. Pouco importa, porque o diagnóstico, a classificação, exime de responsabilidade aqueles que rodeiam Dani. Todo o peso passa para as costas da criança. Pouco podemos fazer. O garoto é disbiciclético! O problema é dele. A culpa é dele. Nasceu assim. O que podemos fazer?

Pouco importa se na casa de Dani seus pais não tivessem tempo para compartilhar com ele, ensinando-o a andar de bicicleta. Porque para aprender a andar de bicicleta é necessário tempo e auxílio de outras pessoas.

Pouco importa que não tenham colocado rodinhas auxiliares ao começar a andar de bicicleta. Porque é preciso ajuda e adaptações quando se está começando. Pouco importa que não haja, nas redondezas de sua casa, clubes esportivos com ciclistas com quem ele pudesse se relacionar, ou amigos ciclistas no bairro que o motivassem. Porque, para aprender a andar de bicicleta não pode faltar motivação e vontade de aprender. E pessoas que incentivem!

Pouco importa, enfim, que o garoto não tivesse bicicleta porque seus pais não puderam comprá-la. Porque para aprender a andar de bicicleta é preciso uma bicicleta. (Felizmente, os pais de Dani, prevendo a possibilidade de seu filho ser disbiciclético, preferiram não comprar uma bicicleta até consultar um psicólogo.)”

(Emílio Ruiz Rodrigues).

AGRADECIMENTOS

*“Des...inspiração”
(Valverde, Isis. As Camélias em mim)
“As luzes vermelhas ofuscam a escuridão
Meus dedos tremem ao sacudir da lata com rodas que gira pela cidade
Paro...
Já não sei escrever
Onde estará a sublime inspiração de anteontem?
Sumiu?
Dissolveu-se?
Se amargou tanto que resolveu deixar meu eu mais sozinho?
Já não sei escrever...
A saudades se foi
A inspiração transformou-se em amor, permanecendo ali nua
Sem dor nem cor, apenas vermelha e nada mais...”*

Aos meus inspiradores ao longo de toda essa jornada:

Aos meus inspiradores de toda esta aprendizagem: Tiago e Mateus.

Aos meus inspiradores da arte: Victor Hugo, Mariana, Vinícius e Ivana.

Aos meus inspiradores do amor: Adriana e César.

Aos meus inspiradores da amizade: Ana Flávia, Ana Júlia, Maria, Álvaro, Iago, Fernando, Julia, Letícia, Juliana, Mariana, Alexandre e Marília.

Às minhas inspiradoras da infância: Letícia e Júlia.

À minha inspiradora da criação: Stela.

Ao meu inspirador da escrita: César.

Aos meus inspiradores da partilha, da luta, da harmonia: Alexandre e Marília.

À minha inspiradora dos processos de conhecer: Kelly.

Às trocas, aos ensinamentos e ao tempo dedicado com carinho, à minha banca: Rafael, Maria Fernanda, Daniel e Ariana.

Aos meus parceiros de atendimentos, que construíram junto momentos únicos: Kauê, Juliana, Viviane e Tatiana.

Ao grupo de estudo que me ensinaram muito mais do que imaginam.

À todas as crianças que já estiveram presentes na minha caminhada.

Àqueles que me apresentaram carinhosamente as delícias de trabalhar na Saúde Mental: Emelice, Daniella, Paula, Eleida, Kelly, Ana Júlia, Lúcia, Marília.

Aos professores da Pós-Graduação em Saúde Interdisciplinaridade e Reabilitação, que acompanharam e se dedicaram a enriquecer o presente trabalho e minha trajetória profissional.

Às docentes do ambulatório GAPAL.

Aos funcionários do CEPRE.

À FUNCAMP (FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA UNICAMP), ao conferir a bolsa de estudos para o mestrado.

Às transformações que a inspiração é capaz.

RESUMO

No contexto atual do campo da Saúde Mental, usualmente, estão presentes orientações de cuidado centralizadas no diagnóstico. Assumimos que essas perspectivas possibilitam um cenário patologizante, embasado em discursos biomédicos, que desconsideram particularidades e idiosincrasias do sujeito. Afim de discutir a problemática “O que pode o psicólogo quando ele se propõe a pensar/atuara para além dessa perspectiva patologizante?” Esse trabalho se organiza a partir de algumas referências, entre elas destacamos: os conceitos de práticas de saber e de poder de Michel Foucault; elaborações da Associação Americana de Psiquiatria (como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais); cartilhas elaboradas pelo Ministério da Saúde e proposições elaboradas por alguns grupos de profissionais a favor da despatologização. Nesse cenário, esse trabalho objetiva discutir o processo terapêutico psicológico de crianças com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (T.E.A.). Com esse intuito, desenvolvemos uma pesquisa qualitativa, de intervenção, longitudinal por um período de 17 meses, a coleta do material foi realizada a partir de atendimentos individuais. Os participantes foram duas crianças (2 e 3 anos) com diagnóstico de T.E.A.. Os atendimentos foram realizados em um ambulatório infantil do Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação da UNICAMP. A análise do material baseou-se no paradigma indiciário de Carlos Ginzburg. Essa pesquisa nos permitiu valorizar a perspectiva despatologizante, pois essa possibilita o encontro entre o profissional, a família e a criança, para além das características descritas generalizadamente nos diagnósticos de psicopatologia. Nesse sentido, esse trabalho valida-se pela importância de pensar a naturalização das práticas e discursos patologizantes no campo da Saúde Mental e apresentar uma possibilidade, ou ainda, uma proposta de atendimento para esse público. Entre os resultados dessa pesquisa, destacamos a aproximação dos pais com a criança, narrativas paternas antes embasadas em sintomas do quadro passaram a considerar contextos e aspectos particulares das crianças e da família. A partir de ressignificações nas percepções dos pais as crianças deixaram de ocupar um lugar deficitário e patologizado de uma “criança autista”. Notamos que as crianças começaram a apresentar outras formas e maneiras de interagir com as brincadeiras, com os espaços físicos e com a terapeuta, apontando mudanças também em características dos diagnósticos de autismo. A presente pesquisa problematizou os processos de normatização e de patologização

incidentes nos pais e nos próprios profissionais. A análise sobre os gestos, corpos e detalhes presentes nas ações e nos atendimentos das crianças constatou uma perspectiva distinta ao olhar patologizante e normativo, a compreensão de um outro corpo, outras relações de tempo-espaço, outras interações por parte das crianças. Nessa linha, as crianças ocupam um lugar distinto ao lugar deficitário, tão presente na Saúde Mental. Concluímos com esse estudo que podemos traçar algumas linhas acerca das possibilidades terapêuticas para além dos processos de patologização, uma proposta de resistência aos jogos e discursos normativos de poder. Salientamos ainda que a linha de possibilidade terapêutica aqui apresentada não objetiva criar formas de intervenções específicas com crianças com diagnóstico de T.E.A., mas para toda e qualquer criança em sofrimento, no campo da Saúde Mental.

Palavras-chave: Psicoterapia; Saúde Mental; Saúde Pública; Psicologia Infantil; Desenvolvimento Infantil; Psicopatologia; Autismo.

ABSTRACT

In the current context of Mental Health, usually, there are care guidelines centralized on diagnosis. We assume that these perspectives provide a pathologizing scenario, based on biomedical discourses, which do not considerate particularities and idiosyncrasies of the subject. In order to discuss the problematic “what can the psychologist do when one sets out to think/act beyond the pathologizing perspective?” This work is organized out of a few references, which among these are: the knowledge practices and power concepts, from Michel Foucault; elaborations from the American Psychiatric Association (such as the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders); primers elaborated by Ministério da Saúde; and propositions elaborated by a few groups of professionals in favour of depathologization. In this scenario, this work aims to discuss the psychological therapeutic process of children diagnosed with Autism Spectrum Disorder (A.S.D.). For this purpose, we developed a qualitative research, interventional, longitudinal for a 17 months period, the material collection was performed in individual appointment. The participants were two children (2 and 3 years old) diagnosed with A.S.D. The appointments were performed in a children’s outpatient of the Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação of UNICAMP. The analysis of the material was based on Carlos Ginzburg’s indiciary paradigm. This research allowed us to value the depathologizing perspective, because it enables the encounter between the professional, the family and the child, beyond the characteristics generally described in psychopathology diagnostics. In this direction, this work is validated by the importance of thinking the naturalization of the pathologizing practices and discourses in the field of Mental Health, and show a possibility, or even a proposal of care for the patients. Among the results of the research, we highlight the approach of the parents to the child, paternal narratives, previously grounded on the condition symptoms, started to considerate contexts and particular aspects of the children and the family. As from resignifications in the perceptions of the parents, the children leave a deficit and pathologized place of an “autistic child”. We notice that the children begin to present other ways of interacting with the games, with the physical space and with the therapist, pointing changes also in characteristics of the autism diagnosis. This research problematized the processes of normalization and pathologization appurtenant to the parents and the professionals. The analysis on the gestures, the bodies and the details present in the actions and in

the appointments of the children found a distinct perspective to the normative and pathologizing look, the comprehension of another body, other spatiotemporal relations, other interactions by the children. In this way, the children occupy a distinct place in comparison to the deficit place, still very present in Mental Health. By means of this study, we conclude that we may trace a few lines around the therapeutic possibilities to beyond the processes of pathologization, a proposal of resistance to the normative games and discourses of power. We highlight that the line of therapeutic possibility here presented does not aim to create ways of specific interventions for children diagnosed with A.S.D., but for any and all child in suffering, in the field of Mental Health.

Key words: psychotherapy; Mental Health; Public Health; Psychology, Child; Child Development; Psychopathology; Autism.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPSIJ	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
OMS	Organização Mundial de Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental
APA	Associação Americana de Psiquiatria
CDC	Centro de Controle em Doenças
TGD	Transtornos Globais do Desenvolvimento
TEA	Transtorno do Espectro Autista
M.S.	Ministério da Saúde
H.C.	Hospital das Clínicas da Unicamp
CEPRE	Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação
GAPAL	Grupo de Avaliação e Prevenção de Alterações de Linguagem

SUMÁRIO

PRIMEIRAS PALAVRAS.....	15
INTRODUÇÃO.....	18
1. A classificação diagnóstica em Saúde Mental: a Psiquiatria, as práticas de poder e a disciplinarização dos corpos	20
1.1. Relações entre os contextos sociais e as diferentes produções da figura do louco.....	20
1.2. O nascimento das práticas disciplinares no campo da Psiquiatria.....	25
1.3. A proposta da antipsiquiatria e da psiquiatria contemporânea	30
1.4. DSM: Um discurso disciplinar das práticas profissionais em Saúde Mental	33
2. Os discursos e as práticas no campo do autismo.....	38
2.1. O campo do Autismo: Estudos e Pesquisas.....	38
2.2. Os distintos discursos do DSM sobre o autismo.....	42
2.3. A APA, os discursos do DSM e as práticas no campo do autismo	45
2.4. Práticas de cuidado: despatologização e as propostas da Saúde Pública.	47
METODOLOGIA.....	54
3. Para além do diagnóstico: os indícios, as pistas, os sinais, as crianças.....	54
3.1. Caracterização da Amostra de conveniência	55
3.2. Elementos do Paradigma Indiciário.....	57
RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
4. Percurso de dois processos terapêuticos	62
4.1. Tiago	64
4.2. Mateus	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICE	118
ANEXOS	120

PRIMEIRAS PALAVRAS

“Ele corria pelo pátio, batia repetidas vezes sua cabeça nas paredes da quadra. Retomava a corrida, balançava os braços em movimentos circulares e agitava a cabeça. Em um canto do pátio as professoras o observavam, de outro as crianças pareciam o estranhar. Sentava-se junto ao grupo de meninas e ‘bagunçava’ toda a casinha de bonecas. Rapidamente levantava-se, corria até o outro lado da quadra e entrava no jogo de amarelinha, pulava-a como acreditava que deveria ser. As crianças que brincavam de amarelinha o ‘expulsavam’ com palavras e gestos, enquanto as meninas que brincavam com as bonecas, ainda se ocupavam em fazer comentários de estranhamentos sobre ele. Em meio a todos esses encontros, às vezes, eu me aproximava e ele parecia não me ver. Às vezes, eu me aproximava e ele batia em meus braços e em minha barriga. Parava e retomava a correr. Às vezes, eu me aproximava, ele me mostrava um carro e me dizia: “Quer ver esse carro aqui?” [...] Em todos intervalos, em que eu estive presente, essas cenas se repetiam, às vezes mais rapidamente e com novos movimentos, às vezes, com mais batidas de cabeça na parede, às vezes, com mais proximidade entre nós e mais brincadeiras de carrinhos”.

O trecho acima ilustra uma experiência vivenciada em meu primeiro estágio no curso de Psicologia. Inserida nas atividades junto ao corpo docente e no acompanhamento do dia-a-dia das crianças, esse estágio ocorreu no cenário da Educação Infantil e do primeiro ano do Ensino Fundamental. Junto às professoras, às auxiliares de classe e às crianças iniciei meus trabalhos no campo da psicologia. Ser estagiária era novo, ocupar um lugar na escola que não fosse de aluna era novo também, e acredito que foi por isso que a observação se tornou minha ação mais frequente. Nesse espaço, pude aprender que observar é estar presente, que essas duas ações são inseparáveis e permitem um cuidado fundamental no campo da infância.

Cenas como a descrita acima, aos poucos, desconstruíram a ideia de um estágio somente de observação e presença. Questionamentos sobre meus interesses, afetações começaram a aparecer. “Por que, entre as trinta e poucas crianças que compunham a sala do primeiro ano, aquele menino era a criança que chamava tanto a minha atenção?”.

Passsei não só a observar, mas também a me aproximar daquela criança e das relações entre ela e outros (adultos e crianças).

Algumas semanas depois que iniciei meu estágio, esta criança foi diagnosticada com Transtorno de Asperger (diagnóstico atualmente inserido no quadro de Transtorno do Espectro Autista, segundo a Associação Americana de Psiquiatria). Participando de conversas com o corpo docente, notei que, para aqueles profissionais, o diagnóstico cessou diversas das suas perguntas e também explicou outras tantas questões que até então não haviam aparecido. Satisfatoriamente os questionamentos mudaram. Antes os profissionais da escola questionavam: *O que vamos fazer com o Lucas¹?* Após o diagnóstico começaram a indagar: *O que faremos com um menino que possui Transtorno de Asperger?*

Hoje, noto que as marcas de meu encontro com esse menino, de seis anos, foram muito mais do que seus movimentos repetitivos, os balanços de seus braços, as corridas em círculos pelo pátio do colégio. Nossos encontros me contam de brincadeiras com carrinhos; interesses pelas aulas de sua professora e pelas idas ao parquinho. Mas, também me afeto pelos difíceis encontros que pareciam acontecer entre ele, os colegas de sala, e o corpo docente da escola.

Ainda tocada pelo campo da infância e pelos espaços escolares, após esse estágio, iniciei duas pesquisas de Iniciação Científica, que entre seus objetivos e propósitos buscavam pensar alguns aspectos da relação entre os professores e os alunos dentro do cenário da Educação Infantil.

Os encontros nesses espaços me permitiram novos interesses pelo campo da infância, principalmente em questões relacionadas à Saúde Mental Infantil. Por esse motivo, desenvolvi um trabalho de estágio em um CAPSIIJ. Neste espaço, conheci muito sobre a clínica da infância e das relações entre os campos saúde e educação.

Acredito que devido às minhas experiências nesses lugares e meus questionamentos sobre as relações entre as crianças com diagnósticos e os outros que acerbam, a cada dia, eu notava mais os processos de patologização e medicalização da infância.

Neste percurso, novos questionamentos apareceram: *O que pode um psicólogo, da clínica da infância, quando ele se propõe a pensar/atuar para além de uma perspectiva patologizante?*

¹ Nome fictício.

Creio que esta pergunta foi o que me permitiu construir os passos após a graduação. No ano seguinte do estágio no CAPSIJ, comecei a realizar atendimentos em um ambulatório infantil no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação (CEPRE/FCM/UNICAMP). Acompanhada e supervisionada pela Professora Dra. Kelly Brandão, desenvolvi atendimentos com crianças diagnosticadas com Autismo.

Neste espaço, comecei a construir um novo olhar para a criança, para a patologia, para o cuidado e para os atendimentos psicológicos. Os novos olhares e possibilidades de um atendimento para além da patologização criou a possibilidade de um questionamento que orientasse a presente pesquisa. Me propus a compor, a partir de afetações dos meus trabalhos e questionamentos, um percurso de escrita de outras novas afetações e observações. Nesse sentido, esse estudo se compôs também pelas crianças atendidas, Mateus e Tiago², que construíram comigo linhas de possibilidades terapêuticas na perspectiva despatologizante da infância.

² Nomes fictícios dos participantes desta pesquisa.

INTRODUÇÃO

“As verdades são ilusões que esquecemos serem ilusões.”(1)

“1. Distribuir em classes e grupos, segundo sistema ou método de classificação [...] classificar os tipos humanos. 2. Determinar (as categorias que dividem e subdividem um conjunto) 3. *Pôr em ordem, arrumar* [...] 5. Identificar e colocá-los no sistema de classificação [...] 7. *Qualificar, tachar*” (2).

A segunda citação acima apresenta definições do verbo “classificar”, segundo o Dicionário Aurélio (2). Tais definições contribuem para o presente trabalho, pois, retomam o significado desse vocábulo, permitindo que possamos nos ater a um recorte acerca do que é um ato classificatório, prática presente no campo de nossa pesquisa, Saúde Mental.

Logo, mesmo sabendo que as definições do dicionário não se configuram como conceituais, tomaremos como ponto de partida a definição supracitada. O ato classificatório pode ser pensado como uma ação que, a partir de determinadas características, separa e ordena pessoas em classes e grupos. Estas características são preestabelecidas como organizadoras e determinam categorias explicativas.

Tomemos como exemplo de categorização a classe Mamíferos, pertencente ao Reino Animália. São ali agrupados os animais que se caracterizam por aspectos comuns, por exemplo: a presença de dentes, pelos e glândula mamária. Um leão se agrupa entre os mamíferos porque se assemelha, em algumas características, às baleias e, portanto, integra o mesmo grupo que elas. Ou seja, determinadas semelhanças entre esses animais permitem que eles sejam classificados como mamíferos. É comum o consenso quanto à presença de distinções entre uma baleia e um leão, mesmo ambos ocupando uma mesma classe. No entanto, em outras ocasiões classificatórias as distinções e particularidades muitas vezes são despercebidas. Dessa maneira, o ato classificatório, algumas vezes, pode generalizar e impedir que as características particulares sejam reconhecidas e consideradas.

Em relação à temática deste trabalho, às práticas classificatórias, às atuações no campo da Saúde Mental e aos cuidados em uma perspectiva para além do diagnóstico, levantamos algumas questões: As atuações profissionais, algumas

vezes, são pautadas em uma centralidade do ato classificatório e dos diagnósticos? Esses atos generalizam e distanciam os profissionais das particularidades dos pacientes?

Sustentados pelas afetações desses questionamentos, nos próximos dois capítulos, buscaremos demonstrar algumas relações de práticas de saberes e poderes (conceitos de Michel Foucault) no campo da Saúde Mental, a maneira como emergiram e configuram as relações em cenários atuais. Utilizando o referencial foucaultiano, nos debruçaremos em questões dessa clínica na infância. Visamos apresentar como essas práticas possibilitam a configuração de algumas atuações profissionais patologizantes, que desconsideram as particularidades dos sujeitos na condução dos tratamentos. Por exemplo, práticas embasadas somente na nosologia³ e na nosografia⁴.

Nesta pesquisa, privilegamos discutir as particularidades dos sujeitos, para além dos diagnósticos. Compreendemos que, ao valorizar as particularidades, aquilo que é singular no sujeito, desenvolvemos uma proposta de resistência aos próprios jogos e discursos normativos de poder. Nos preocupamos, portanto, em pensar as possibilidades de uma clínica da infância despatologizante, ou seja, uma clínica que fuja das perspectivas disciplinadoras.

Nosso propósito na presente pesquisa não se alinha às discussões das causas das psicopatologias. Mas, sim ao reconhecimento da complexidade do cenário da Saúde Mental, principalmente dos casos diagnosticados com autismo, a complexidade do tratamento e do cuidado. E conseqüentemente, à preocupação em pensar sobre linhas acerca de possibilidades terapêuticas para além dos processos de patologização.

Nesse sentido, interlocuções entre os jogos de poderes no campo do autismo e o questionamento: *O que pode uma clínica mais humanizada para crianças com autismo?* que os objetivos de nosso trabalho foram traçados. O objetivo desta pesquisa é discutir o processo terapêutico psicológico de crianças com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, em uma perspectiva despatologizante.

³ Segundo o Novo Dicionário Aurélio (2) o termo significa: “Estudo das moléstias”.

⁴ Segundo o Novo Dicionário Aurélio (2) o termo significa: “Descrição metódica das doenças”.

1. A classificação diagnóstica em Saúde Mental: a Psiquiatria, as práticas de poder e a disciplinarização dos corpos

1.1. Relações entre os contextos sociais e as diferentes produções da figura do louco

Michel Foucault, importante filósofo e psicólogo, apresenta uma instigante perspectiva sobre as práticas sociais e os discursos presentes nos cenários cotidianos. Em suas obras, como *Microfísica do Poder* (3) e *Vigiar e Punir* (4), o autor aponta que essas práticas e discursos se estabelecem como práticas de saberes e poderes, configurando e sendo configuradas por cenários sociais, econômicos, políticos e culturais. Essa configuração ocorre mediante a compreensão de determinados discursos como verdades. Segundo Foucault (3), a “verdade” pode ser entendida como:

“um conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados. A “verdade” está circularmente ligada a sistemas de poder, que a produzem e apoiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem” (3).

Para Foucault (4), o poder é uma forma de relação que possui uma realidade com caráter positivo, é produtor de subjetividades que respondem às demandas sociais. As relações entre as práticas de poderes e a verdade permitem emergir diversas estruturas sociais e institucionais. O autor destaca que entre as práticas e discursos presentes há alguns que possibilitam a disciplinarização dos sujeitos. Para Foucault (4), há uma modalidade de relação presente nos jogos de poderes disciplinar, a modalidade de um contato sináptico corpo-poder, ou seja, uma relação da disciplinarização através do corpo.

Destacamos ainda, que dentro do cenário de práticas de poderes Foucault (4) enfatiza a necessidade de se investigar historicamente a construção dos discursos compreendidos como verdade. Nesse sentido, dentro da temática específica deste trabalho, podemos apontar que a loucura, ou ainda, a figura do louco, nem sempre foi compreendida a partir da perspectiva da ciência médica. Segundo Silveira e Braga (5): “a história mostra que nem sempre: loucura, alienação, doença mental, transtorno mental, sofrimento psíquico [...] foram pensados de maneira uniforme nem ao longo da história, nem no mesmo espaço temporal”. Diferentes perspectivas pensaram e compreenderam a figura social do louco de distintas maneiras.

A seguir, apresentaremos algumas construções sobre a ideia de loucura, os discursos e suas relações com as práticas de poderes existentes em alguns determinados cenários. Destacamos, nesta discussão, a presença das práticas de poder disciplinar como um dos discursos marcantes nas construções das concepções sobre a figura social do louco e a compreensão da loucura como uma doença. Esta perspectiva ocorre dependentemente dos discursos operantes socialmente. Ou seja, ela está intimamente ligada aos discursos que socialmente são operados sobre doença e saúde. Matias (6), destaca que a compreensão de saúde se desenvolve a partir dos discursos operantes em cada período:

“o estado de saúde só pode ser estabelecido a partir de uma relação com as circunstâncias mais comuns de uma sociedade, e, em contrapartida, o afastamento dessas circunstâncias poderia ser a indicação de um comportamento patológico. Com efeito, as máximas sociológicas não são válidas para todos os tipos sociais. Pela perspectiva durkheimiana⁵, uma doença só tem valor e realidade em um meio que a reconhece como tal” (6).

Na discussão específica sobre a loucura e as práticas de poder, o autor (6) complementa que:

“As representações da loucura estão totalmente ligadas às estruturas de poder existentes em cada período histórico. A espiritualidade e os movimentos religiosos propagavam e afirmavam as ideias cristãs durante a Idade Média. Criou-se toda uma organização imaginária em torno dos preceitos da cristandade. A cultura, a estética e as relações sociais estavam condicionadas aos elementos do cristianismo. Na medievalidade ocidental, as doenças tinham explicação no campo do sobrenatural, era uma disfunção que tinha causa e cura no mundo mágico e/ou maravilhoso” (6).

Os cenários que recebem devido destaque neste trabalho são: a Antiguidade Clássica e séculos XVIII e XIX, alinhados a discussão da existência de diferenças a partir de práticas de poderes e discursos operantes como verdades em cada contexto para a concepção sobre a loucura. É importante salientar que a opção pelo segundo contexto histórico (séculos XVIII e XIX) se dá devido à aproximação entre os discursos surgidos na época e as práticas atuais em Saúde Mental.

O cenário da Antiguidade Clássica (século VIII a.C. – ano 476 d. C.) é um exemplo de alguns dos discursos de saberes que descreviam e expressavam

⁵ Perspectiva elaborada pelo sociólogo francês Émile Durkheim, que se voltou a pensar a concepção da sociedade após as Revoluções Francesa e Industrial. É considerado o pai da Sociologia Moderna e chefe da chamada Escola Sociológica Francesa.

compreensões sobre a loucura de diversas maneiras. Caracterizado pela presença de grandes filósofos e pensadores, este período compreendia a figura social do louco a partir dos discursos de distintas correntes filosóficas (6). Os discursos construídos para compreensão da loucura não se limitavam as descrições, também eram compostos por nomeações e categorizações. Por exemplo, o pai da medicina, Hipócrates, foi um dos pensadores desse período, ele descreveu e categorizou alguns fenômenos: histeria, mania e melancolia (7).

Dentro deste período, destacamos percepções da civilização da Grécia Antiga. Nessa civilização, o louco era compreendido como um outro diferente, que não necessariamente deveria ser excluído. Reconhecido a partir de um caráter divino, o louco era distinguindo das ideias que comumente vemos da loucura como uma desrazão ameaçadora e negativa (5). De acordo com Silveira e Braga (5), “Filósofos como Sócrates e Platão ressaltaram a existência de uma forma de loucura tida como divina e, inclusive, utilizavam a mesma palavra (*manikê*) para designar tanto o ‘divinatório’ como o ‘delirante’”.

Como nos apresenta Vieira (8), nos diferentes contextos estabelecidos até o período do Renascimento, emergiram de maneira hegemônica e determinantes discursos da Igreja Católica. Inclusive sobre as compreensões sociais da loucura. Entretanto, durante o Renascimento, a hegemonia do catolicismo não se sustentou e uma nova proposta, o antropocentrismo, começou a disputar a conquista do discurso hegemônico. Nesta disputa, duas compreensões sobre a loucura foram desenvolvidas: o entendimento da loucura como ‘experiência cósmica’ e como ‘experiência crítica’ (8).

A primeira concepção, ligada aos ideais existentes desde a Idade Média, retomava a inquietude e o fascínio da sociedade com a figura do louco. Já a segunda, voltava-se aos novos questionamentos sociais sobre o ser humano, no sentido de uma busca de conhecimento das fraquezas, dos sonhos e dos próprios mistérios da figura humana. Ao final do Renascimento, esta segunda concepção sobressaiu e, por volta dos séculos XV e XVI, tornou-se um discurso hegemônico sobre a loucura, mudando expressivamente os paradigmas da compreensão da loucura.

Nas perspectivas de alguns autores (6,8), podemos verificar que na Antiguidade Clássica e antes do Renascimento, a ideia de loucura não

necessariamente estava ligada a uma experiência negativa, como a doença, por exemplo. Foi somente durante o Renascimento, especificamente a partir dos movimentos literários do Classicismo (século XV e XVI), que o louco começou a ser compreendido como uma figura maléfica e que precisava ser isolada do restante da sociedade.

Em relação a esse período do Renascimento, Vieira (8) acrescenta ainda que os loucos passaram a ocupar o lugar social, de marginalização e exclusão, deixado pelos leprosos há mais de dois séculos. (5,8) e de exclusão. Destacamos aspectos, como este, é de suma importância, porque, assim como Vieira (8), buscamos desnaturalizar a figura social do louco. E possibilitar problematizações sobre as concepções da loucura.

“Apesar de se perceber que desde a Idade Média já existiam mecanismos de exclusão do louco, ainda não é aí que a loucura vai ser percebida como um fenômeno que requeira um saber específico, pois os primeiros estabelecimentos criados para circunscrever a loucura destinavam-se simplesmente a retirar do convívio social as pessoas que não se adaptavam a ele. Somente no próximo período histórico é que se transformará essa relação” (5).

O século seguinte ao final do Renascimento, século XVII, é conhecido como um período de grandes mudanças no cenário Europeu. Neste momento, organizavam-se movimentos, como o crescimento das cidades, a industrialização e a busca por novos discursos que permitissem a ordem social. Com características mais racionais os novos discursos dominavam essas novas práticas sociais.

Através do advento do racionalismo, as perspectivas mais racionais e científicas emergiram mudanças sobre a concepção da loucura. Em o Vocabulário de Foucault (9), Castro salienta que é o discurso da ciência, devido seu caráter empírico, que legitima o que é considerado como verdadeiro e como falso. No campo da Saúde Mental, determina o que é a loucura e o que não é.

Com a vitória e conseqüente hegemonia dos discursos de compreensão sobre a loucura como uma ‘experiência crítica’, a relação entre loucura e razão tornou-se uma dicotomia. Como coloca Matias (6), “a loucura começou a ser dominada pelos métodos cientificistas, se antes ela ocupava o espaço do sobrenatural, do religioso, com Descartes ela é forçada a entrar no discurso lógico do mesmo, e a oposição entre Razão e Desrazão começa a se consolidar”.

Para o campo da Saúde Mental, esse período histórico é reconhecido como o “Período da Grande Internação”. Marcado pela expansão dos Hospitais Gerias, instituições de internação, por todo território francês, principalmente no ano de 1676 (6). As práticas nesses Hospitais se desenvolveram a partir de estruturas monárquicas, burguesas e pelos discursos disciplinares da medicina (10). No primeiro momento dessas internações, os loucos foram excluídos junto com as pessoas com “doenças venéreas, mendigos, vagabundos, libertinos, bandidos, eclesiásticos em infração” (10).

Para Foucault, os corpos não marginalizados e excluídos eram compreendidos como saudáveis e disciplinados, ou seja, respondiam às normas socialmente estabelecidas. Estes corpos eram compreendidos como domesticáveis e de fácil disciplinarização pelos discursos disciplinares que começavam a surgir (4). Foucault (4) nomeia esses corpos de “corpos dóceis”, e coloca: “é dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (4). Ou seja, o exercício de poder presente nas relações pode produzir corpos subjetivados, a partir das configurações que se fazem possíveis diante dos jogos de poder.

No entanto, como os corpos marginalizados deveriam também ser corrigidos, a prática presente nas instituições tornou-se a responsável por esse dever (4). Nesse espaço, visava-se domesticar os indomesticáveis, ou seja, disciplinar os indisciplinados e torna-los úteis socialmente. Com os novos discursos, racionais, a produção de uma nova lógica disciplinarizadora estas internações, em uma medida, marginalizavam estas populações e, em outra, visavam estabelecer uma disciplinarização dessa população, reconhecida como indisciplinados. Millani e Valente (10) destacam que essas instituições realizavam práticas: “de correção e controle sobre os ociosos, no intuito de proteger a sociedade de possíveis revoltas. No entanto, essa prática estava também comprometida com a punição dos internos, a fim de manter o equilíbrio e evitar a tensão social”. Ou seja, o trabalho realizado pelas instituições era de ordem e controle social.

Compreendemos que essa marginalização da figura do louco denuncia a compreensão da loucura como um desvio daquilo que é considerado aceitável, normal, ou ainda, domesticável e de fácil manipulação. A força dos discursos operados pelo Estado, e não mais pela Igreja, permitia a concepção desse lugar da loucura

como desviante em uma determinada ordem social (10). Foucault (3) relata que as monarquias do séculos XVI-XVIII não só desenvolveram grandes aparelhos de Estado, como o exército, a polícia, a administração local, mas instauraram o que o autor nomeia como uma nova “economia” do poder, isto é, “procedimentos que permitem fazer circular os efeitos de poder de forma ao mesmo tempo contínua, ininterrupta, adaptada e “individualizada” em todo o corpo social” (3). Entre essas práticas de poder destacaremos o discurso da disciplina Psiquiátrica.

1.2. O nascimento das práticas disciplinares no campo da Psiquiatria

Sabemos que o período Renascentista e os movimentos do Classicismo possibilitaram o internamento⁶ da loucura para garantia da ordem social (4). Foucault (4) apresenta que essas internações não objetivavam propriamente a cura e o cuidado, mas, sim, a condenação à ociosidade (4,8) determinando uma ordem social. Além disso, o autor (3) considera que “o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou o primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, de trabalho”.

Em sua teoria sobre corpos dóceis, Foucault (4) apresentou a ideia de adestramento dos corpos. O processo de adestramento de um corpo ocorre, segundo o autor, pela via da disciplinarização dos sujeitos, ou seja, é necessário disciplinar aquilo que é indisciplinado, para que o sujeito possa responder às demandas sociais. A produção de um corpo útil socialmente demandava a produção de um corpo inteligível, de fácil manipulação e análise, obediente e que, por consequência, potencializasse suas forças em termos econômicos e diminuísse suas forças em termos políticos.

Nessa lógica, o louco nada podia acrescentar ao bem-estar social, pois não dispunha de um corpo útil, produtor, dócil e de fácil adestramento e, sim, um corpo inútil ao trabalho, a produção e a ordem. Nesse sentido, o internamento dessa figura social fazia-se mais do que necessário para atender as demandas sociais.

Além dessa questão da ordem social e o internamento, as práticas disciplinares eram compostas de outras maneiras nesse período dos séculos XVIII e

⁶ Termo utilizado por Foucault.

XIX. Se antes do século XVIII, os mecanismos disciplinares existiam em estado isolado, fragmentado, como os mosteiros ou as empresas escravistas das colônias espanholas e inglesas (3). No século XVIII, a disciplina se tornou uma técnica política, necessitando responder às demandas do novo mundo industrial, através de processos de correções e reformas dos corpos propriamente (4,9).

Aliado à estas questões, mudanças nas relações sociais também ocorreram nesse momento do século XVIII. Fortes movimentos, como Iluminismo, a Revolução Francesa e a Revolução Industrial, caracterizaram a passagem dos cenários de produção mercantil para os cenários industriais. Os aspectos urbano, privado, e as práticas do exercício de um trabalho intelectual se fortaleciam e configuravam novos espaços sociais (4). O que permitiu emergirem as universidades e seus discursos e práticas de saberes, suas disciplinas e o novo modo de controle dos corpos.

A Medicina, o Direito e a Psicologia foram responsáveis pela produção de uma nova ideia de sujeito, autossuficiente e dotado de propriedade, o qual poderia ser estudado (11). Estes discursos de saber científico, nomeados como disciplinas, permitiram estabelecer outras práticas de poder e disciplinarização (4). Para Foucault (3), o saber científico era detentor de poder, pois construía uma verdade, a qual era sempre produzida, suscitada e nunca encontrada.

“O momento histórico da disciplina é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente” (4).

Dentre as disciplinas emergentes neste cenário, a Medicina com caráter social foi um saber que se desenvolveu como um dos pioneiros na Europa. Segundo Foucault (3), esse saber possuía uma relação com o Estado, para ele “é na força estatal que a medicina deve se aperfeiçoar e se desenvolver. Há uma espécie de solidariedade econômico-política nesta preocupação da medicina de Estado”. Essa relação estabelecia uma ocupação para a Medicina, possibilitar uma ordem social.

Segundo Foucault (3), “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo”. E compreendendo o corpo como um objeto das forças de poder (3), os discursos da Medicina Social organizaram questões a partir de binômios: saúde e

doença; normal e anormal. O autor (3) complementa: “foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista”.

Já os específicos jogos de poder e os discursos de disciplinarização dos corpos indóceis permitiram o surgimento de novos discursos alicerçados pela ciência, as disciplinas como a Psicologia e a Psiquiatria (9). Segundo Castro (9), os trabalhos de Foucault nos apresentam, que ambas disciplinas nasceram de uma mesma demanda social e, portanto, se embasavam em um mesmo discurso de ordem e de concepção de sujeito.

“Todas as ciências, análises ou práticas com o radical ‘psico-’ têm seu lugar nessa mudança histórica dos procedimentos de individualização. O momento em que se passou dos mecanismos histórico-rituais de formação aos mecanismos científico-disciplinares, em que o normal substituiu o ancestral e a medida tomou o lugar do estatuto, substituindo desse modo a individualidade do homem memorável pelo homem calculável; esse momento em que as ciências do homem tornam-se possíveis é aquele em que foram postas em funcionamento um nova tecnologia do poder e outra anatomia política do corpo” (9).

Podemos considerar que a Psicologia e a Psiquiatria nasceram como disciplinas que deveriam exercer práticas de poderes para o adestramento dos sujeitos indisciplinados, a partir de seus discursos científicos. E por esse motivo, entre seus objetos de estudo estariam os loucos.

Além disso, tem-se que estas disciplinas se orientaram pela anatomia política do corpo. Logo, a loucura foi descrita e explicada a partir desse campo anatômico. O louco começou a ser reconhecido, pelos estudiosos, profissionais, pela sociedade, como um doente, um desviante do normal de saúde e também da norma social (4,12–14). Por esses motivos, a Psiquiatria necessitou aproximar seus discursos e práticas daqueles exercidos pela Medicina.

Caponi (12) ao retomar alguns trabalhos de Foucault, “A História da Loucura”; “O nascimento da Clínica”; e “O poder psiquiátrico”, apresenta uma importante colocação do autor sobre a relação entre a Psiquiatria e a Medicina. Ela sinaliza não haver similaridade entre suas práticas, nos modos de observar e de diagnosticar e que a Psiquiatria nasceu diante de uma nova concepção de corpo, não composto somente de órgãos e tecidos, mas sim um corpo com “um sofrimento que toma ao homem em seu conjunto” (12). No entanto, precisando se consolidar como um discurso de poder disciplinar a Psiquiatria aproximou-se de discursos da Medicina.

A distinção entre a proposta de um binômio saúde-doença a partir de uma lesão anatômica e a proposta da psiquiatria da ausência de localização do sofrimento no corpo, trouxe para este saber um desafio: Como configurar seu binômio saúde-doença? Como atender as demandas que fizeram emergir sua disciplina? Como disciplinar os corpos indisciplinados? Como estabelecer um discurso de poder disciplinar sem localizar as lesões?

Compreendemos que os discursos da Psiquiatria pouco puderam se privilegiar dos discursos da Medicina, a qual se ocupava em localizar lesões anatômicas e apresentar seus discursos a partir do binômio saúde-doença pautado em um corpo anatomopatológico. Ademais, reconhecemos que os procedimentos da Psiquiatria são absolutamente irredutíveis aos da Medicina (13).

Nesse cenário de práticas de saberes, a Psiquiatria encontrou possibilidades de se aproximar do saber da Medicina através do exercício da clínica médica. Foram as ferramentas: interrogatório, hipnose e uso de drogas que permitiram a consolidação do discurso psiquiátrico no século XIX. Já o hospital foi o contexto possível de efetivação dessa aproximação. Atuando na correção dos corpos, através das ferramentas clínicas o exercício do poder e a disciplinarização, através do saber da Psiquiatria, se fizeram efetivos. A Psiquiatria estabeleceu novas compreensões para o corpo e o sofrimento psíquico, apresentando uma localização anatômica do sofrimento o qual ela tratava, a mente.

Para nós, essa discussão de Foucault permite indagarmos sobre as próprias práticas de poderes da Psiquiatria, no sentido de configuração do seu binômio saúde-doença e do exercício de internamento. Não podemos desconsiderar que o exercício de poder desse campo muito se aproxima de um objetivo moral e social. Como coloca Matias (6): “a doença é marginal por natureza e tem, para Durkheim, um aspecto negativo e irreal. Os doentes mentais são, portanto, indivíduos marginais, seres que não estão em conformidade com as normas de uma determinada sociedade”.

Segundo Foucault (3), o Hospital do século XVIII apresentava-se como um espaço de observação, diagnóstico, localização clínica e experimental. Ou seja, uma instituição que deveria “criar condições para que a verdade do mal explodisse”, legitimando a doença como mal e marginalizando os doentes. Nestes espaços, ao

separar os doentes da civilização, eram construídos contextos produtores da própria doença.

Especificamente os Hospitais Psiquiátricos ou asilos se desenvolveram a partir do mesmo discurso disciplinar da Medicina, no sentido de estabelecer de uma ordem que permitisse um diagnóstico e o internamento. Philippe Pinel⁷ e Étienne Esquirol⁸ são referências no exercício de consolidação dos Hospitais Psiquiátricos, da lógica de cuidado a partir da alienação dos sujeitos e de tratamentos em espaços organizados com práticas clínicas e médico-centralizadas (15).

“Para o sistema terapêutico de Pinel, o confinamento e o isolamento do doente eram fundamentais e visavam, ao mesmo tempo, afastá-lo do seu ambiente costumeiro, oferecer medidas de segurança à sociedade e ao próprio alienado e melhor observá-lo, para melhor tratá-lo. Assim, a função do hospício de alienados seria oferecer um tratamento que reconduzisse à razão pela disciplina e por uma justa repressão, num ambiente calmo, regrado e afastado dos tumultos e paixões da vida cotidiana, eles próprios vistos como causadores de certos tipos de loucura” (15).

Desta maneira nasceu a Psiquiatria Clássica, orientada pelo discurso do saber médico sobre a necessidade de uma prática de hospitalização e de isolamento. O psiquiatra recebia a lugar de mestre da doença mental e sobre ela ele podia estudar, agir, nomear, classificar e disciplinar (3).

Nossa crítica dialoga com a própria produção da loucura, que as instituições e os profissionais, por vezes, realizavam e ainda realizam. Apontamos que desde o início dessas disciplinas há um exercício de poder e um fazer que pode ser patologizante. Foucault (3), compara a relação da produção de crises histéricas nas pacientes de Charcot a um movimento “mais o menos equivalente à descoberta feita por Pasteur⁹ de que o médico transmitia (dentro do cenário hospitalar) a doença que deve curar” (3).

Reforçamos que algumas práticas atuais no campo da Saúde Mental apoiam-se nas diretrizes da Psiquiatria Clássica. Atuam realizando práticas

⁷ Médico francês. Atuou durante o final do século XVIII e início do século XIX na França, desenvolvendo práticas psiquiátricas em pacientes internados. É considerado um dos pais da psiquiatria.

⁸ Psiquiatra francês. Trabalhou com Pinel na construção de práticas psiquiátricas e desenvolveu ações dentro de Hospitais a partir da lógica de alienação dos doentes mentais.

⁹ Influenciadas pelos estudos do cientista Louis Pasteur práticas hospitalares se desenvolveram, com características observacionais; de localização clínica da doença; experimentais; diagnósticas e de intervenções imediatas para questões microbianas. Esse movimento permitia um novo lugar para a produção da doença, o laboratório (3).

doutrinadoras, operadas por discursos de normatização e correção dos corpos. Essas práticas são orientadas por discursos que muito mais visam o estabelecimento de uma ordem e de uma disciplinarização do social do que uma prática de cuidado.

1.3. A proposta da antipsiquiatria e da psiquiatria contemporânea

Desde seu nascimento, alguns movimentos opositores ao cenário da Psiquiatria Clássica emergiram e se posicionaram contra essa perspectiva. Estes movimentos foram descritos por Foucault (3) como movimentos de despsiquiatrização, os quais se organizavam visando propor uma outra prática de poder psiquiátrico¹⁰, opondo-se à proposta de produção de doença, através das práticas asilares produtoras da loucura. Foucault (3) pontua que a despsiquiatrização não buscava retirar o poder do médico, e sim “deslocá-lo em nome de um saber mais exato, de lhe dar um outro ponto de aplicação e novas medidas”.

Durante o século XX, provocado pelos movimentos de contracultura nas décadas de 1950 e 1960, outro movimento opositor às propostas supracitadas - Psiquiatria Clássica e despsiquiatrização - emergiu. Conhecido como antipsiquiatria essa proposta psiquiátrica se opunha às práticas asilares e as atuações disciplinadoras realizadas através do exercício de poder da Psiquiatria Clássica (16). Alguns grupos de intelectuais se manifestaram contra o cerne da psiquiatria, apostando nos direitos à cidadania e à diferença e apresentando a antipsiquiatria como possibilidade de tratamentos alternativos ao modelo vigente (16):

“[...] David Cooper, David Laing e Gregory Bateson formaram a base da antipsiquiatria. Esse movimento questionava a psiquiatria em seu cerne, negando todas as formas de tratamento tradicional da loucura, e seus seguidores acreditavam que a loucura é construída, fabricada pelas relações de poder e também a partir de práticas discursivas” (16).

Todos esses movimentos que questionaram o exercício de poder da Psiquiatria Clássica, seja quanto a sua existência ou a “maneira pela qual o poder do médico estava implicado na verdade daquilo que dizia” (3), permitiram a construção de novas propostas terapêuticas. Por exemplo, Franco Basaglia, um dos psiquiatras

¹⁰ No texto “A casa dos loucos” (3) Foucault apresenta o movimento de despsiquiatrização a partir de novas propostas para o exercício da prática psiquiátrica, as quais visavam reestabelecer um poder médico com justa eficácia. Essas práticas opunham-se a a prática de Charcot e apareceram logo após as constatações das falsas doenças que ele produziu.

que iniciou movimentos de reforma psiquiátrica, marcou a criação de novas propostas de tratamento, como a desinternação dos loucos e a reinserção na sociedade. Para Basaglia, a estrutura hospitalar é como um instrumento de segregação, daqueles que têm o poder e dos que não têm (3).

No cenário brasileiro, um famoso exemplo é a psiquiatra, Nise da Silveira, que nas décadas de 1950 propôs, a partir de sua prática de trabalho, intervenções terapêuticas voltadas à arte. Nise demonstrou com seu trabalho o significativo vínculo afetivo na relação entre profissional e paciente, acentuando a importância do investimento nesta relação para o desenvolvimento do processo terapêutico e do paciente (17).

Nos últimos anos, o cenário da Saúde Mental do Brasil apresenta alguns discursos e concepções da antipsiquiatria. Como as propostas da Reforma Psiquiátrica no cenário brasileiro, instituídas pela Portaria Nº 3.088/2011¹¹ (18).

No entanto, o psiquiatra infantil brasileiro, Rossano Cabral Lima (19), mostra que nos cenários atuais, existem ainda importantes relações entre a doença mental e as práticas de condutas biomédicas. Ou seja, as práticas profissionais contemporâneas são compostas também por aspectos dos discursos anatômicos e centralizadas na perspectiva biomédica, por vezes, patologizante. O autor destaca duas importantes questões contemporâneas, presentes nesses discursos: medicalização e bioidentidade. Ele salienta que estas influenciam e compõem as atuações de profissionais da Saúde Mental significativamente.

Os processos de medicalização e as bioidentidades permitem uma naturalização dos termos médicos no campo da Saúde Mental. Por exemplo, é muito comum escutarmos alguém dizer que uma criança é autista porque não brinca com as outras no parquinho ou não conversa com os colegas da escola. Esta naturalização dos transtornos pode nos indicar, de um lado, a apropriação por parte da população de termos técnicos e específicos de severos quadros psíquicos e a utilização de termos patológicos para caracterizar situações cotidianas do universo infantil nada patológicas. De outro lado, a denúncia à própria atuação profissional que reafirma o

¹¹ Portaria Nº 3.088/2011: 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) (18).

discurso da medicalização e da bioidentidade quando considera somente a patologia do sujeito. Matias (6) salienta: “As sociedades parecem apontar os seus “doentes mentais”, atribuem-lhes funções distintas e criam modos específicos de “ser louco”. Lima (19) contribui com esta discussão, ao apresentar a relação e concepção social frente a esta naturalização:

“Na medida em que os diagnósticos ultrapassam as fronteiras do campo médico ou psicológico e passam a habitar todo o imaginário social, não há mais controle absoluto do que será feito deles, nem é possível saber com exatidão como os indivíduos se relacionarão com tais categorias” (19).

Lima (19) ressalva que a medicalização não é um fenômeno raro ou recente e sim presente desde o próprio nascimento da psiquiatria na construção da ideia de “doença mental” e na lógica de cuidado. Entretanto, o autor aponta haver um aumento considerável de medicação de psicofármacos no cenário atual, demonstrando não só o preocupante aumento de seu consumo, mas também a mudança na relação da sociedade com os sintomas, ou ainda, sofrimentos comuns do cenário cotidiano. Lima (19) apresenta que a “medicalização corresponde ao processo pelo qual fenômenos sociais ou subjetivos passam a ser descritos em linguagem médica e encarados como quadros patológicos, tornando-se assim alvos de abordagens terapêuticas”.

As práticas medicamentosas estão intimamente ligadas às práticas de poder, viabilizando a hegemonia de um cuidado à base de medicamentos psicofarmacológicos (19). A relação entre estas práticas medicamentosas e o processo diagnóstico permite a construção e manutenção das bioidentidades, “esse conceito se refere à mudança na forma de constituição subjetiva na qual os referenciais corporais e biológicos ocupam o plano principal” (19). Lima (19) pontua como origem dessa constituição subjetiva movimentos contemporâneos como “o sentimento de desenraizamento e desfiliação do sujeito”, ligado a um “esvaziamento das redes institucionais de doação de identidade, que tradicionalmente incluíam as religiões, as ideologias, o pertencimento a uma nacionalidade, a linhagem familiar ou a carreira profissional”. Para o autor o movimento que se estabelece é uma busca por segurança na constituição subjetiva, através dos referenciais biológicos, pois na mesma medida em que se ganha uma liberdade, há uma perda da segurança daquilo que ancora sua identidade.

O sistema relacional proposto é de um “biomercado”, que produz sujeitos biológicos classificados como doentios ou saudáveis, a partir das descrições e catalogações apresentadas por uma psiquiatria biomédica (19). Duas questões são importantes nesse cenário: 1) a existência de um jogo de poder, entre forças políticas; econômicas e especialistas em transtorno mental. Jogo que legitima o saber da biomedicina, como discurso de verdade, repercutindo nas atuações dos próprios profissionais; 2) apesar dos psicofármacos poderem, muitas vezes, contribuir para o cuidado dos pacientes, seu uso também pode estar relacionado às concepções atuais do binômio saúde-doença, construídas por essas mesmas práticas de poderes.

1.4. DSM: Um discurso disciplinar das práticas profissionais em Saúde Mental

Como apresentamos, não são atuais as práticas classificatórias no campo da Saúde Mental. Desde o nascimento da psiquiatria, atrelado às atividades da clínica-médica, essa disciplina utilizou a prática classificatória e a ferramenta do diagnóstico para sustentar seu poder. Ou seja, discurso e o ato classificatório foram e ainda são meios de exercício dessas práticas. Por esse motivo, compreendemos ser de suma importância apontar um recorte histórico e a existência de listas universais, determinadas como manuais diagnósticos no campo da saúde e da Saúde Mental, que referenciam esses discursos.

O século XVII foi o cenário das primeiras classificações de doenças, caracterizado pelas novas preocupações do Estado, a saúde geral das populações começou a ser alvo de atenção. Diante da construção de um contexto mercantilista com novas relações econômicas e políticas, um controle estatístico e de contabilidade da população foi necessário. Esse movimento deu forma para as primeiras listas classificatórias de doenças.

A França e a Inglaterra são exemplos de países que buscaram estratégias de controle populacional no contexto da saúde, contabilizando dados de natalidade e mortalidade (3). A Inglaterra foi tomada por muitas mortes e doenças, nesse período, o que movimentou estudos observacionais e categóricos, que visavam o reconhecimento, agrupamento e prevenção dos sintomas que provocavam a morte dos enfermos. A partir desse contexto, emergiram estudos objetivando categorizar e classificar de maneira universal as doenças e os sintomas (20). Essas primeiras listas

de classificações tinham o intuito de compreender as doenças e, então, auxiliar de novas maneiras o tratamento.

A primeira lista de classificação foi elaborada por alguns cientistas e estudiosos ingleses, que buscaram produzir novas maneiras de cuidado em saúde e diminuir o número de mortes, através de classificações por semelhança de sintomas manifestados nos enfermos. Em 1662, a lista do cientista John Graunt foi determinada como a primeira classificação de mortalidades: “Natural and Political Observation Made Upon the Bills of Mortality”¹².

Esse material deu início as produções de classificação universal das doenças. Atualmente muito conhecido e nomeado como Classificação Internacional de Doenças, o CID passou a ser elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Sua edição mais atual é a 11ª e suas revisões se caracterizam pela ampliação das categorias classificatórias. E, ainda, especificamente em nossa temática, ressalta-se que a 5ª edição do CID consta com a inclusão dos Transtornos Mentais (7,20–22).

Contudo, em 1952, foi apresentado um outro manual classificatório específico para doenças mentais, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Na época, a Associação Americana de Psiquiatria (APA), responsável por sua elaboração, publicou esse material classificatório alegando discordância com alguns conteúdos apresentados pela OMS no CID. Atualmente o DSM apresenta 5 revisões, sendo a última, DSM-V, publicado em 2013 (20,21).

Apontado a existência desses dois materiais e também ferramentas do campo da Saúde Mental, ressaltamos que, neste trabalho, escolhemos abordar o DSM, devido à sua especificidade no que se refere ao campo da Saúde Mental e por reconhecemos sua importância na atuação de profissionais.

Reforçamos essa escolha apontando dados de um estudo realizado no cenário brasileiro. Este demonstrou o uso do DSM no dia-a-dia profissional da psiquiatria. Os pesquisadores alegam que, em 2006, 28,1%¹³ dos psiquiatras preferiam usar os eixos referentes ao sistema de classificação do DSM-IV, vigente na época, do que realizar uma busca em outros eixos de patogêneses ou eixos

¹² A tabela referente a esta lista está apresentada nos anexos do presente trabalho.

¹³ Este estudo foi desenvolvido com 15,2% dos psiquiatras associados à ABP (Associação Brasileira de Psicanálise).

classificatórios do CID-10 (23). Além disso, o estudo demonstrou que o DSM é um material referido como a “bíblia” da psiquiatria, o qual possui significativa importância nas práticas dos profissionais em Saúde Mental, desde garantir confiança para a comunicação entre os clínicos, até responder aos questionamentos destes profissionais sobre as patologias (23). Além disso, atualmente, a versão vigente deste manual é universal e desenvolvida independentemente dos contextos culturais e sociais de cada sociedade. Essa universalidade permite ao DSM uma hegemonia na orientação às atuações dos profissionais da área da Saúde Mental. (7,20,21).

Reconhecemos a significativa influência desse Manual na atuação profissional. Por esse motivo, iremos discorrer abaixo as relações entre os discursos da psiquiatria, da biomedicina e da ferramenta do DSM. Enfatizamos que essas relações se organizam a partir das próprias práticas de poder da Psiquiatria e dos processos disciplinares. Como já apontamos, a Psiquiatria se aproximou dos discursos médicos, da anatomopatologia, validando e legitimando seu discurso com termos nosográficos e classificações psicopatológicas. O psiquiatra e psicanalista Pereira (24) explicita essa questão:

“A aposta patofisiológica a ser consolidada [...] através dessa nova abordagem estritamente naturalista dos transtornos mentais, não desqualifica a ideia de que a psiquiatria opera fundamentalmente baseada no diagnóstico de entidades mórbidas distintas, ainda que comportando transições entre elas. Sua crítica repousa na insuficiência dos critérios clínicos e baseados em convenções diagnósticas para determinação da especificidade biológica das “doenças” próprias ao campo psiquiátrico. Em última instância, espera-se dos progressos científicos da psiquiatria, que esta disciplina venha a realizar o repatriamento das “mental disorders” ao registro mais claramente biomédico das “mental diseases”. Em outros termos, esse ponto de vista considera que a abordagem fundamental para se credenciar a psiquiatria como especialidade médica de pleno direito seria a nosologia e não a psicopatologia” (24).

O psicanalista Christian Dunker (25) apontou uma preponderância de questões anatomopatológicas no DSM em detrimento da psicopatologia, em relação aos transtornos mentais. O autor afirma que os diagnósticos dos transtornos mentais presentes no DSM não têm uma base teórica, como apresentado pela APA.

Evidenciamos que ao justificar a compreensão anatomopatológica como uma base teórica neutra, a APA não só possibilita como cria um uso universal de sua ferramenta para as classificações das psicopatologias (25). Essa prática torna os discursos presentes nesse Manual de fundamental importância no campo das práticas

de saber e poder dos profissionais e de todos que se relacionam com o binômio saúde-doença mental.

Dunker (25) demonstra que, a partir do DSM III, as descrições do Manual se caracterizaram a partir de distintas bases epistemológicas, biológicas, genéticas e neurológicas, sendo que esta última apresenta-se na última edição publicada, o DSM-V. A lógica positivista de localização do sintoma no cérebro, muito se aproxima dos primeiros discursos que a psiquiatria tentou realizar para aproximar-se da medicina, buscando lesões anatômicas no corpo dos loucos. Essa perspectiva denuncia a fragilidade da psiquiatria que tenta se aproximar da medicina para se validar como um saber disciplinar e, na realidade, acaba por reproduzir um discurso que a reduz a anatomia.

Outra autora, Mas (26), também discorre sobre as edições do DSM. Para Mas, a distinção entre as edições do Manual responde aos próprios paradigmas de cada período em que ele foi publicado. Este seu apontamento nos evidencia a incidência dos jogos de poder na construção dos discursos do DSM. Por exemplo, há uma relação entre as forças de poder da indústria farmacêutica, a produção dos psicofármacos e as edições do DSM (27):

“O primeiro antipsicótico que se introduz no mercado, a clorpromazina, é de 1952. Nesse mesmo ano, surge o DSM-I. É uma coincidência, mas há relação entre a importância crescente dos tratamentos psicofarmacológicos e o sistema classificatório dos sucessivos DSMs” (27).

Dunker (25), também, indica que os jogos atuais de poder influenciam as atuações profissionais e provocam diagnósticos. Segundo ele, as forças que operam nas relações de poder são: a indústria farmacêutica; os centros de formação e pesquisa universitária e as agências de financiamento; o padrão globalizado das formas de sofrimento; assim como as demandas sociais de desempenho, tanto nas empresas como nas escolas.

Esses autores nos apontam uma importante questão sobre a prática diagnóstica: a composição dos discursos presentes no DSM responde às demandas e às relações de poderes de diversas ordens. Aliado a isto, as demandas e as construções das práticas dos profissionais também emergem a partir dos discursos normativos incidentes em cada cenário social presente. Dentro desses cenários, o uso que os profissionais fazem do DSM torna-se uma questão importante. Como nos

aponta Dunker (25), dependendo do uso feito do DSM, essa ferramenta pode atuar como: "... uma operação de redução dramática, que visa emular os quadros psicopatológicos com o conceito de doença, como que a reduzir a psiquiatria à neurologia", por exemplo.

Além dessas questões, é importante destacarmos uma colocação do presidente da comissão organizadora do DSM-IV, Allen Frances, sobre o uso profissional do DSM. Em uma entrevista ao Jornal "El País" (28), ele expôs que o DSM deveria ser utilizado como um auxílio descritivo para a compreensão dos Transtornos Mentais e não como ferramenta explicativa. Pois, seu uso, como uma base descritiva, poderia contribuir muito para a atuação do psiquiatra (28).

Ressaltamos a esta questão do uso do DSM, que ao reproduzir uma prática que compreende o DSM como ferramenta explicativa, corremos o risco de um silenciamento do sujeito em seu tratamento. Ou seja, desconsidera-se a singularidade do sujeito, suas particularidades, outras características e assume uma generalização na compreensão da patologia. Dunker (25) aponta:

"o critério que melhor resume a separação dos grupos clínicos proposta pela racionalidade diagnóstica envolvida no DSM é a tentativa de separar o sintoma das suas inflexões em termo de sofrimento, ou seja, o sintoma [...] de sua interpretação pelo próprio sujeito" (25).

A racionalidade diagnóstica reducionista, explicativa e com a prevalência do diagnóstico absoluto, opõe-se à uma prática profissional que se propõe a trabalhar junto com cada um. O investimento na singularidade do sujeito e na de cada processo terapêutico configura uma luta diária contra os mecanismos de poder e também contra a naturalização dos diagnósticos e os processos de medicalização e patologização da vida.

2. Os discursos e as práticas no campo do autismo

2.1. O campo do Autismo: Estudos e Pesquisas

Como apresentado no capítulo anterior, as questões daquilo que poderíamos chamar de saúde-doença mental têm ocupado certa centralidade nas relações sociais nos últimos tempos. A temática da Saúde Mental tem ganhado cada vez mais centralidade no cotidiano das pessoas. Não é incomum escutarmos o uso de termos conceituais da medicina, em manchetes de revista, jornais, postagens em páginas de internet, das mais diferentes maneiras. Também, não é incomum nos depararmos com diálogos rotineiros que envolvam diagnósticos de transtornos mentais, em distintos espaços coletivos.

Especificamente no campo da infância, notamos que discursos sobre crianças com algum tipo de transtorno vêm se tornando uma prática cada dia mais comum. Há pouco mais de uma década, o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)¹⁴ era um diagnóstico muito utilizado por leigos em diálogos cotidianos para referirem-se às crianças e a alguns de seus comportamentos (29). A utilização dessa terminologia, em vários casos, ocorre em situações em que uma criança está se movimentando “muito”, “não fica parada”, ou facilmente se distrai.

De maneira muito similar a essa prática diagnóstica, relativa ao TDAH, há alguns anos, outro diagnóstico se tornou mais frequente, o Autismo. O uso indiscriminado do termo vem sendo utilizado para crianças com comportamentos tidos como: pouco interesse nas relações sociais, pouco comunicativo e pouco repertório de atividades. Esse processo de atribuição de comportamentos cotidianos como patologias aproxima as percepções sociais de concepções médicas. Essa relação naturalizada dos termos médicos cria práticas com caráter de medicalização. Ou seja, utiliza-se termos médicos para referir-se à comportamentos, situações, ações do universo humano. Ao atribuir aos comportamentos humanos um caráter orientado pelo binômio saúde-doença, a partir de uma centralização do discurso diagnóstico, estabelecemos uma prática patologizante.

Além dessa relação descrita acima, dos processos de naturalização das terminologias médicas, destacamos uma outra questão, sobre o autismo: o aumento

¹⁴ Apresentado no DSM-V (21), o TDAH é um Transtorno pertencente ao grupo dos Transtornos do Neurodesenvolvimento.

do número de casos de crianças sendo diagnosticadas com esse transtorno cresce cada dia mais. Alguns dados apontam esse aumento e evidenciam um fenômeno, nomeado por alguns autores como a epidemia de autismo. Um estudo realizado, em 2018, pelo Centro de Controle em Doenças (CDC) dos Estados Unidos da América (EUA) divulgou uma prevalência de 1 caso de Transtorno do Espectro Autista (T.E.A.) em cada 59 crianças, um aumento de 15% em relação a 2012, quando o mesmo estudo apontou a prevalência de 1 a cada 68 (30).

Pensando dentro do cenário brasileiro, ainda que em uma proporção menor em relação aos casos apresentados mundialmente, o número de diagnósticos é relevante, como aponta o estudo realizado por Pinto et al. (31). Mundialmente a taxa apresentada refere-se a 70 casos para cada 10.000 habitantes e no Brasil, 27,2 casos para cada 10.000 habitantes (31).

Atravessados por esse contexto, levantamos algumas perguntas sobre os cenários sociais: “Aumentaram o número de crianças com autismo? Ou nem todas crianças diagnósticas realmente possuem o Transtorno? Antes, não tinham crianças autistas? Ou, atualmente, os pais/responsáveis estão tendo mais acesso às informações sobre o autismo, por isso o aumento de crianças diagnosticadas? O processo de naturalização de termos médicos pode ter uma relação com o aumento de crianças diagnosticadas? As demandas sociais de normatização da infância, influenciam nesses números?”.

Destacamos outra questão: Nesse cenário de uma epidemia do autismo¹⁵, há também um outro crescente, referente ao desenvolvimento de novos e diversos estudos, pesquisas, tratamentos, hipóteses causais, compreensões e descrições sobre o quadro. No entanto, nosso propósito não é discutir as causas do autismo, nem suas características, muito menos como diagnosticar o quadro. Visamos ressaltar aqui, a complexidade do cenário do autismo. E, conseqüentemente, a complexidade do trabalho terapêutico realizado com crianças com diagnosticadas com o quadro.

Nesse propósito, apresentaremos inicialmente um recorte dos dois estudos pioneiros sobre o autismo no campo da infância. Visando apresentar características,

¹⁵ O termo autismo é nossa opção terminológica. Usaremos a terminologia T.E.A. (Transtorno do Espectro Autista) somente para os autores que optam por essa nomenclatura.

aspectos e questões relativas ao este quadro psicopatológico, para melhor nos debruçarmos sobre a complexidade do campo do autismo.

Desenvolvidos no mesmo período, os estudos de Leo Kanner e Hans Asperger deram início a pesquisas que estudavam crianças com algumas características peculiares. Em 1943, Leo Kanner desenvolveu os primeiros trabalhos sobre autismo, a partir de suas pesquisas sobre psicoses infantis na Johns Hopkins University nos EUA. Nos estudos clínicos com 11 crianças (8 meninos e 3 meninas), o pediatra e psiquiatra avaliou que estas crianças apresentavam algumas características: perturbações das relações afetivas com o meio; solidão autística extrema; inabilidade no uso da linguagem para comunicação; aspecto físico aparentemente normal; comportamentos ritualísticos; início precoce e incidência predominante no sexo masculino (32). A presença destas características muito peculiares e comuns entre essas crianças levou Kanner a estabelecer uma nova entidade nosográfica, nomeada de *Distúrbio Autístico do Contato Afetivo*, o autismo infantil precoce (33).

Em seus trabalhos, Kanner (33) apresentou a gravidade desse quadro nosológico e destacou que assim como na esquizofrenia infantil, o autismo também apresentava um comprometimento do sujeito nos relacionamentos interpessoais, além de estereotípias. Entretanto, ressaltou que ambos se diferenciavam em outros aspectos: a esquizofrenia referia-se à presença de pensamentos fantasiosos e um rompimento da relação com a realidade externa, após os 3 anos; e as crianças estudadas por Kanner possuíam comprometimento das relações interpessoais desde o início da vida e não apresentavam pensamentos fantasiosos (33,34).

“(...) estas crianças vieram ao mundo com uma incapacidade inata de estabelecer o contato afetivo habitual com pessoas, biologicamente previsto (...). Se esta hipótese está correta, um estudo posterior (...) talvez permita fornecer critérios concretos relativos às noções ainda difusas dos componentes constitucionais de reatividade emocional (...) aqui temos exemplos puros de distúrbios autísticos inatos de contato afetivo” (33).

Na publicação dos casos estudados, Kanner (33) demonstrou as similaridades presentes entre estas crianças e discorreu sobre as particularidades de cada caso. Esta descrição é de suma importância, pois com ela o autor demonstra a necessidade de considerar cada caso de maneira singular. Em seus trabalhos Kanner ressalta dois pontos: I) a existência de distinções entre as manifestações dos diversos

sintomas, assim como a presença e ausência dependendo de cada caso, evidenciando a amplitude de características, ou sintomas, presentes nos casos; II) a apresentação individual e singularizada de cada caso clínico, demonstrando a importância da descrição única e particular que deve ser considerada para o conhecimento e intervenção em cada caso.

O estudo do psiquiatra Hans Asperger foi desenvolvido em 1944 na Faculdade de Medicina da Universidade de Viena. O autor apresentou sua pesquisa em sua tese de livre docência, nomeando a nova psicopatologia de *Psicopatia Autística Infantil*. Mesmo desenvolvida em outro contexto social, esse quadro muito se aproximou das descrições de Kanner quanto aos comprometimentos nas relações interpessoais. Porém, as crianças que Asperger se referiu em seu estudo, diferenciavam das crianças estudadas por Kanner, no aspecto de um bom nível de inteligência e linguagem (34).

Esses trabalhos apresentados por Kanner e Asperger repercutem até hoje e possuem, como salientaram Tamanaha et al. (32), “impacto na literatura mundial”. Atualmente, os estudos sobre autismo estão presentes em muitos campos. Algumas pesquisas, como nos apresentam as revisões bibliográficas de Guedes (35); Bernardo et al. (36); Gonçalves e Castro (37) e Tamanaha et al. (32), apontam haver uma diversidade de trabalhos e uma complexidade do cenário de atuação e concepção do autismo, diante de concepções tão distintas.

Compreendemos que a apresentação dos diversos cenários de pesquisa, estudos e teorias sobre o autismo, pode levar a ausência de um consenso universal em relação ao diagnóstico e às formas de condução dos processos terapêuticos. O que destaca o complexo cenário de discursos, saberes e jogos de forças de poder incidentes nas práticas profissionais. Essa ausência de um consenso, por um lado, permite a construção de novos estudos, pesquisas e aprofundamento em trabalhos. No entanto, também possibilita alguns discursos e práticas de poderes incidirem de maneira significativa e naturalizada nas práticas profissionais, por exemplo. No próximo tópico abordaremos um dos discursos presentes, e de significativa incidência, nas práticas dos profissionais.

2.2. Os distintos discursos do DSM sobre o autismo

O termo autismo está presente desde o primeiro Manual, apresentado em 1952. Na primeira e na segunda edição, ele não era considerado um quadro psicopatológico, como atualmente, e sim um sintoma da “Reação Esquizofrênica, tipo infantil”. O DSM-I o apresenta da seguinte maneira:

“000-x28 Reação esquizofrênica, do tipo infantil

Aqui serão classificadas as reações esquizofrênicas que ocorrem antes da puberdade. O cenário clínico pode se diferenciar das reações esquizofrênicas de outras faixas etárias, porque a imaturidade e a plasticidade do paciente no momento de início da reação. **Reações psicóticas em criança, que manifestam primeiramente autismo, serão classificadas aqui.** Podem ser adicionadas ao diagnóstico manifestações sintomatológicas especiais” (Tradução Mas (26) e grifos nossos)¹⁶.

No DSM-II, publicado em 1968, o sintoma de autismo já aparece caracterizado da seguinte maneira:

“295.8* Esquizofrenia, do tipo infantil

Esta categoria é para casos nos quais sintomas esquizofrênicos aparecem antes da puberdade. **Essa condição pode se manifestar por comportamentos autista, atípico e retraído; falha no desenvolvimento de uma identidade separada da mãe; e descontinuidade [unevenness], imaturidade evidente e inadequação no desenvolvimento.** Esses defeitos de desenvolvimento podem resultar em retardo mental, que também deve ser diagnosticado.” (Tradução Mas (26) e grifos nossos)¹⁷.

É importante destacar que a diferença entre o uso do termo autismo no DSM-I e no DSM-II está na presença da descrição sobre o comportamento autista na segunda edição, enquanto na primeira ele somente é mencionado. Essa diferença não é expressiva como a mudança ocorrida entre a segunda e a terceira edição. No DSM-III, publicado em 1989, a terminologia aparece na nomenclatura da psicopatologia e não na descrição do quadro. *Distúrbio Autista*, a única categoria pertencente à classificação de Distúrbios Globais de Desenvolvimento, ou seja, o DSM-III é a

¹⁶ Documento original: Schizophrenic reaction, childhood type: Here will be classified those schizophrenic reactions occurring before puberty. The clinical picture may differ from schizophrenic reactions occurring in other age periods because of the immaturity and plasticity of the patient at the time of onset of the reaction. Psychotic reactions in children, manifesting primarily autism, will be classified here. Special symptomatology may be added to the diagnosis as manifestations (26).

¹⁷ Documento original: Schizophrenia childhood type*: This category is for cases in which schizophrenic symptoms appear before puberty. The condition may be manifested by autistic, atypical, and withdrawn behavior; failure to develop identity separate from the mother's; and general unevenness, gross immaturity and inadequacy in development. These developmental defects may result in mental retardation, which should also be diagnosed (26).

primeira edição em que o autismo é referido como um quadro psicopatológico, com características voltadas a questões interacionais e de linguagem.

“299.00 Distúrbio Autista.

As características essenciais constituem uma forma de distúrbio Global de Desenvolvimento grave com idade inicial na primeira infância ou na infância. As outras características do distúrbio são descritas abaixo: A) Incapacidade qualitativa na interação social recíproca; B) Incapacidade qualitativa na comunicação verbal e não-verbal e na atividade imaginativa; C) Repertório de atividades e interesses acentuadamente restritos; D) Início na primeira Infância ou infância” (38).

Laurent (39) aponta que o “DSM-III despertou grande interesse, tanto entre os profissionais como no público, ao definir critérios específicos de cada transtorno”. Esses critérios apresentados tanto no quadro de autismo, como em outros, no DSM-III, atendiam à demanda dos profissionais, que esperavam um caráter explicativo do DSM, e da sociedade, que naturalizam os processos diagnósticos (39).

A mudança entre a terceira e quarta edição está na ampliação da categoria *Transtornos Globais do Desenvolvimento* (TGD), no qual a Síndrome de Asperger passou a integrar. Esse grupo (TGD) se caracteriza “por prejuízos severos e invasivos nas áreas de interação social e repertório de interesses e atividades” (32).

“299.00 Transtorno Autista

As características essenciais do Transtorno Autista consistem na presença de um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do indivíduo. O transtorno autista é chamado, ocasionalmente, de autismo infantil precoce, autismo da infância ou autismo de Kanner” (40).

Quanto às mudanças da quarta para a quinta edição, o autismo saiu da categoria do TGD e passou a compor a categoria dos *Transtornos do Neurodesenvolvimento*, junto às deficiências intelectuais, transtornos de comunicação, de déficit de atenção, específico da aprendizagem e transtornos motores. Essa mudança caracteriza uma diferença na base teórica conceitual do autismo, a neurologia.

A nova e atual categoria recebe o nome de Transtorno do Espectro Autista (T.E.A.) e incorpora em seu quadro antigos transtornos: “autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico,

transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger” (26). Segundo a APA (21):

“299.00 Transtorno do Espectro Autista:

A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia [...]

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia [...]

C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida) [...]

D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.

E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento” (21).

Cabe destacar uma nota apresentada no DSM-V acerca da necessidade de se especificar o diagnóstico de T.E.A., de acordo com a seguinte categorização:

“Indivíduos com um diagnóstico do DSM-IV bem estabelecido de transtorno autista, transtorno de Asperger ou transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação devem receber o diagnóstico de transtorno do espectro autista. Indivíduos com déficits acentuados na comunicação social, cujos sintomas, porém, não atendam, de outra forma, critérios de transtorno do espectro autista, devem ser avaliados em relação a transtorno da comunicação social (pragmática). Especificar se: Com ou sem comprometimento intelectual concomitante Com ou sem comprometimento da linguagem concomitante Associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental” (21).

No DSM-V, também, são apresentados outros eixos importantes relativos ao T.E.A., tais como: características diagnósticas; características associadas que apoiam o diagnóstico; prevalência; o desenvolvimento e curso (quando e como se desenvolvem os sintomas); fatores de risco e prognósticos ambientais; genéticos e fisiológicos; questões diagnósticas relativas à cultura, ao gênero; e consequências funcionais do transtorno (21).

A partir da apresentação acima, podemos notar que as descrições do autismo, nas diferentes edições do DSM, apresentaram-se de distintas maneiras,

desde um sintoma do quadro da esquizofrenia infantil até a constituição de um quadro nosológico. Relacionado a esta questão enfatizamos a influência de bases teóricas distintas para a descrição de um mesmo conceito, o autismo. Esse discurso, conseqüentemente, provocou e provoca distintas influências nas práticas profissionais que compreendiam e compreendem o DSM como uma ferramenta explicativa, ou até mesmo descritiva.

Sabemos que a incidência do DSM nas compreensões dos profissionais e os usos do Manual dialogam com as demandas sociais de práticas de poder, como a indústria farmacêutica, a neurociência, entre outras práticas que estão presentes em cada momento do contexto social. O que destacamos são as conseqüências presentes, como as que vemos atualmente, nas quais essas relações, muitas vezes, acabam construindo processos terapêuticos disciplinares e normativos, ou ainda, uma patologização do autismo, como veremos adiante.

2.3. A APA, os discursos do DSM e as práticas no campo do autismo

Alguns autores levantam importantes questões sobre o DSM, o uso profissional deste material e sua elaboração. O psicólogo e psicanalista francês, Éric Laurent em seu livro “A Batalha do Autismo” (39) apresenta a fragilidade dos discursos expostos no DSM, justificando não somente a mudança das definições dos transtornos nas revisões do Manual, como já demonstrado no tópico anterior, mas também a incidência dos jogos de poderes em sua elaboração. Para ele, as práticas de poderes presentes no cenário da psiquiatria e da Saúde Mental, já operavam, desde antes do surgimento da psiquiatria como disciplina (39), mediante a hegemonia da biomedicina.

Consideramos que o cenário atual, no qual emergem práticas relativas aos discursos do DSM, pouco se difere dessas práticas de poder supracitadas. O psicanalista Christian Dunker (25) aponta que os discursos do DSM atuam como um controle normativo do sofrimento psíquico, naturalizando o patológico e interrompendo suas vias de relação com o campo social. Logo, as práticas dos profissionais, por vezes, podem possibilitar um processo de naturalização da patologia, alicerçado pelo uso do diagnóstico como absoluto. Ademais, o percurso do DSM não se difere dos meios científicos e políticos que o configuram, para Aguiar (41), não devemos

considerar “que as mudanças ocorridas em uma disciplina independam do contexto no qual estão inseridas”.

Acrescentamos à estas questões, algumas críticas relativas ao autismo, realizadas pelo psiquiatra americano ex-diretor do comitê de elaboração do DSM-IV, Allen Frances. Para ele, o comitê não foi capaz de discutir e pautar o impacto e as consequências que as descrições de tal publicação causariam em alguns transtornos, como o autismo. Entre esses impactos, Frances destaca a indústria farmacêutica como variável extremamente considerável, devido à demanda e às práticas de mercado que esta impulsiona. Para Frances, o DSM-IV foi um colaborador da medicalização (42).

Em uma entrevista para o jornal espanhol “El País” (28), Frances destaca que a publicação da quarta edição do DSM resultou em muitos danos, como o aumento dos números de diagnósticos no campo da psiquiatria infantil. Frances complementou que a elaboração do DSM-IV “acabou sendo um dique frágil demais para frear o impulso agressivo e diabolicamente ardiloso das empresas farmacêuticas no sentido de introduzir novas entidades patológicas.”.

Mesmo diante dos jogos de poderes e da hegemonia da biomedicina, Laurent (39) nos apresenta que a APA não ‘fecha os olhos para todo cenário’ do aumento de diagnósticos e da influência dos discursos do DSM na atuação dos profissionais. Essa Associação também discutiu e questionou as descrições que foram apresentadas em seus Manuais e as repercussões que poderiam ocorrer, nas práticas profissionais, no processo diagnóstico e no número de crianças diagnosticadas com tal transtorno. Frances (28) destaca ainda que o “poder dos laboratórios de fazer médicos, pais e pacientes acreditarem que o transtorno psiquiátrico é algo muito comum e de fácil solução”.

Laurent (39) apresenta alguns pontos levantados em um congresso realizado em 2012, na Filadélfia, antes da publicação do DSM-V. Esse congresso ocupou-se em debater sobre a clínica, ou seja, as práticas profissionais, assim como discutir a repercussão e consequências da publicação do DSM-V. Quanto a primeira questão, foi discutido uma preocupação e busca pela construção de uma clínica caracterizada por *Integrated care* (cuidados integrados). Ou seja, uma clínica que não trabalhe somente com a patologia, e sim com o sujeito de maneira integral. Porém, como apresentado por Laurent (39), mesmo com esta preocupação mais humanitária

de integralidade, o congresso manteve suas discussões voltando-se às questões dos critérios categóricos e não ao uso que os profissionais realizam das descrições diagnósticas.

No campo das discussões sobre o autismo, algumas questões foram levantadas, como controlar a epidemia de Autismo a partir das definições apresentadas pelo DSM-V; como melhor descrevê-lo para orientar os tratamentos de pessoas com T.E.A. (39). Laurent (39) coloca que, quanto as preocupações da APA sobre a representação quantitativa dos crescentes números de T.E.A., a solução dada ao conflito foi a redução de caracterizações e descrições, assim como a redução de combinações necessária entre as características descritas para fechar o quadro, antes, no DSM-IV eram necessárias 2.688 combinações, no DSM-V ficaram somente seis.

Entretanto, ressaltamos que mesmo com a preocupação e medidas tomadas pela APA para um controle da epidemia de autismo, seus discursos e práticas não parecem minimizar as compreensões e implicações do T.E.A. no plano social. Sabemos que o número de diagnósticos de T.E.A. cresceu após a publicação do DSM-V. Dados como os divulgados pelo CDC dos EUA, apresentados no início deste capítulo evidenciam esse aumento.

2.4. Práticas de cuidado: despatologização e as propostas da Saúde Pública.

Neste tópico, buscaremos apresentar outras práticas e discursos do campo da Saúde Mental e do autismo. Oposto as concepções centralizadas na patologia, outras perspectivas se configuram e apostam em ações voltadas ao cuidado do sujeito. Privilegiando aspectos como as particularidades, o contexto e a descentralização do saber médico e da biomedicina, tratamentos com características de integralidade são propostos. Essas perspectivas trabalham e estudam as atuações e concepções de profissionais e pesquisadores da saúde, da educação e de outros campos, propondo outras linhas de atuação. Neste trabalho, daremos destaque a dois importantes movimentos a) Despatologiza – Movimento pela Despatologização da Vida¹⁸; b) Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade¹⁹.

¹⁸ <https://www.despatologiza.com.br/>.

¹⁹ https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf.

O primeiro, Despatologiza, se propõe a “refletir sobre processos de patologização e medicalização da vida, bem como propor e realizar enfrentamentos a eles” (29). O Movimento desenvolve suas atividades em diversas regiões do Brasil e é composto por profissionais de distintas formações, “que se articulam pelas mesmas concepções de sujeito, de mundo e de ciência, e tomam, por base, referenciais epistemológicos e políticos semelhantes” (29).

O Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade “tem por finalidade articular entidades, grupos e pessoas para o enfrentamento e a superação do fenômeno da medicalização” (43) destaca-se em seu trabalho uma crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento.

Para o Fórum (44) “problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas”. Esse processo permite que questões da ordem do coletivo sejam estabelecidas como individuais, o que responsabiliza os problemas aos indivíduos. Dentro dessa discussão o Fórum compreende “por medicalização o processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos”.

O Despatologiza assume como patologização, ou medicalização, pensamentos e atuações profissionais que trabalham em conformidade com o modelo médico positivista (29). Além disso, este movimento não só compreende essas práticas profissionais como reducionistas à patologia, mas também entende que elas são possíveis, pois “as sociedades ocidentais vivem processos de patologização associados à busca por padronização e homogeneização dos diferentes modos de viver” (29).

Para discorrer brevemente sobre as perspectivas presentes nesses movimentos, apontaremos algumas questões que eles apresentam em dois documentos: “IV Encontro Despatologiza” (Material produzido pelo Despatologiza) e “Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde” (Material produzido pelo Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade).

No material referente ao “VI Encontro Despatologiza” (29), realizado em 2016, Pedro Tourinho destaca uma importante tensão e um complexo impasse

presente na relação entre as práticas sociais reducionistas, normativas, e o processo de patologização. Para ele as práticas sociais, ao patologizarem a favor de uma normatização, não possibilitam uma vida “vivida de forma mais plural, [na qual] os gradientes de variação entre os sujeitos considerados tolerados, normais, saudáveis inclusive, possam ser mais amplos”.

Considerando especificamente o cenário de epidemia de autismo e tais práticas patologizantes, levantamos algumas perguntas: Será que todas essas as crianças diagnosticadas com T.E.A. são realmente autistas? Será que as perspectivas de caráter biomédico não influenciam significativamente em práticas normativas? Há influência do contexto político, social e econômico para o aumento da prevalência de diagnósticos de autismo? O que será que buscamos, enquanto sociedade, ao estabelecermos padrões de normalidade? E demandarmos que crianças os respondam?

Segundo o Movimento Despatologiza (29), as práticas de patologização no campo da infância organizam-se a partir da “invenção das doenças-do-não-aprender e das doenças-do-não-se-comportar”, as quais podem ser controladas e resolvidas pelos campos da saúde, na medida em que aumentam “a patologização criando demanda por seus serviços”.

Ainda no material elaborado a partir do “VI Encontro Despatologiza” (29), outra autora, Braghini, afirma que as relações profissionais carecem de uma escuta adequada à criança e propõe que algumas das práticas publicadas pelo Ministério da Saúde, nos cadernos e legislações sobre o SUS, permitem o exercício de uma clínica “baseada no vínculo, na singularidade e no papel ativo do sujeito a ser cuidado”. Além disso, essa clínica deve “desviar o foco de intervenção da doença e direcioná-lo para o sujeito, para o singular, em outras demandas e necessidades do mesmo. Significa cuidar da integralidade do sujeito”.

O Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade (43,44) se organizou, em caráter político, para um enfrentamento às questões relativas ao processo de medicalização dentro do cotidiano escolar, cenário que atravessa as práticas da saúde. Para isso, o movimento aponta buscar “ampliar a compreensão sobre a diversidade e historicidade dos processos de aprendizagem e de

desenvolvimento humano” e apontar as possibilidades de outras atuações que não as que centralizam o saber na biomedicina.

No documento elaborado por profissionais do Fórum (43) são apresentadas sugestões de práticas não medicalizantes para profissionais da saúde que estão em interlocução com a educação, por exemplo, sobre as queixas em relação a aprendizagem ou comportamento escolar, o Fórum aponta a importância de construir um olhar sobre a criança antes de conhecer as percepções de outros profissionais, ou ainda, familiares. Enfatizam a necessidade do profissional se voltar a escuta e ampliar seu olhar para além da queixa, buscando conhecer aspectos relativos aos contextos da criança ou do adolescente. Essa proposta do Fórum permite ao profissional uma outra construção e olhar sobre o “rótulo” estabelecido à criança. A ampliação as questões da vida do paciente aproximam o profissional de características da vida da criança, o distanciando de um processo de patologização ou medicalização.

Nessa perspectiva de uma prática profissional de cuidado mais humanizado e singular a atuação de um profissional do campo da psicologia se faz crucial. Como coloca Silva e Mulick (45), além do contexto terapêutico ser influenciador no desenvolvimento da criança, o psicólogo é um profissional capaz de compreender questões “acerca do funcionamento cognitivo e adaptativo da criança, o que é essencial para a formulação de um plano de intervenção individualizado”. Ou seja, o psicólogo é um profissional que pode exercer práticas de cuidado de maneira singular e integral.

Visando pensar nesse papel do profissional de saúde, e especificamente do psicólogo, ao longo do processo terapêutico de crianças com T.E.A., discutiremos alguns documentos oficiais: Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990²⁰ (46); Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011²¹ (18), e três cadernos apresentados pelo Ministério da Saúde: “Clínica Ampliada – Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular”, de 2007 (47); “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo” de 2014 (48) e “Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de

²⁰ Lei Nº 8.080: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

²¹ Portaria Nº 3.088: 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).

Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” de 2015 (49). Compreendemos que os documentos supracitados apresentam possibilidades de atuações profissionais no campo da Saúde Mental na perspectiva da despatologização. Abaixo destacaremos algumas dessas questões.

Entre os pontos levantados inicialmente damos relevância a algumas propostas gerais de práticas de cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS). Pontuamos alguns aspectos, publicados na Lei Nº 8.080/1990 (46) e na Portaria Nº 3.088/2011 (18), que o caracterizam: o respeito aos direitos humanos; a promoção da reabilitação e da reinserção das pessoas e o atendimento integral, a partir de uma percepção integrada do sujeito e de uma equipe integralizada. Este último item dispõe sobre os métodos e intervenções do profissional da saúde, sendo uma das diretrizes do SUS, a partir de uma ideia de cuidado com o sujeito e não com a patologia.

Nos documentos específicos sobre autismo (47–49), encontramos referências à esse público como pessoas com deficiência, as quais devem ter a “acessibilidade à saúde, assim como, à autonomia e ampliação ao acesso à saúde” (48). Para referir-se ao tratamento dessa população, os autores do Caderno “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo” (48), pontuam que o material apresentado:

“trata da atenção à pessoa (e aos seus familiares, como se verá adiante), **que não deve ser reduzida à sua condição diagnóstica**, pois devem ser contemplados seus aspectos psíquicos no que tange aos seus sentimentos, aos seus pensamentos e às suas formas de se relacionar com as pessoas e com o ambiente” (48).

Notamos que nesses cadernos a apresentação das pessoas com autismo é referida pela insígnia do Transtorno do Espectro Autista. A esta questão ressaltamos que por mais que os profissionais do SUS utilizem o CID como Manual de referência para apresentar os diagnósticos, é a insígnia nomeada pelo DSM que tem destaque nos cadernos do Ministério da Saúde. Destacamos tal questão, pois é importante compreendermos a concepção sobre o autismo apresentada nesses documentos, a qual nos parece se aproximar das descrições do DSM, devido o próprio uso do termo T.E.A. nas cartilhas.

As propostas apresentadas nos cadernos específicos para as pessoas com T.E.A., assinalam uma perspectiva integralizada e humanizadora, referenciada através da Clínica Ampliada. Uma Clínica que compreende “os usuários enquanto

sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico”. Nessa perspectiva, o tratamento proposto investe na longitudinalidade, demandando mais adesão e participação do usuário ao longo do processo de cuidado. E, conseqüentemente, permitindo uma coprodução do tratamento e da clínica. A Clínica Ampliada faz parte na Política Nacional de Humanização, sendo um eixo norteador da atuação profissional e se caracteriza, segundo o Ministério da Saúde (47), como: “um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular”, através de ações como:

“assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de intersectorialidade; reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores [...]; e assumir um compromisso ético profundo” (47).

Consideramos que a Clínica Ampliada aproxima-se das propostas de despatologização, na medida em que consiste em uma aposta que visa “equilibrar o combate à doença com a produção de vida” (47), a partir de ferramentas como: escuta; vínculo; afeto e ofertas de possibilidades para o processo terapêutico, específicas para cada sujeito. Esta última ferramenta sustenta a ideia do “direito à diferença”, ou seja, a singularidade do paciente será considerada. Portanto, para a Clínica Ampliada, “o diagnóstico de uma doença sempre parte de um princípio universalizante” no entanto, considera-se que “para que se realize uma clínica adequada é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente” (47).

Entre as propostas dessa Clínica, destacamos algumas caracterizadas pela relação profissional e paciente: o investimento na autonomia e no protagonismo do paciente ao longo do processo de cuidado; a corresponsabilidade do profissional e do paciente, no tratamento e os vínculos solidários entre ambos. Para o exercício dessas propostas alinhadas às características dessa Clínica, dois dispositivos são propostos: Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular (PTS). O primeiro é uma proposta de humanização da clínica, junto a outro dispositivo do SUS, o Apoio Matricial, e o segundo é uma proposta de tratamento singularizado.

O destaque a esses dispositivos supracitados se dá devido ao direcionamento de ambos para a construção de intervenções integralizadas e singulares. O vínculo entre o profissional e o paciente é crucial para estabelecer

adesão e autonomia do paciente ou da família. O profissional de referência, ou o profissional com vínculo, acompanha, de maneira longitudinal, o cuidado com o paciente de forma singular. Esse é o elemento central da articulação do PTS e é uma herança da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Propõe a crença na capacidade do usuário de mudar sua história de vida, assim como sua relação com a doença.

Compreendemos que essas propostas supracitadas criam possibilidades do fazer e do ser profissional no campo da saúde. Se, em alguma medida. “A contribuição de Michel Foucault com seus estudos sobre a loucura e o poder psiquiátrico nos possibilita desnaturalizar o processo de patologização como algo inerente apenas ao século XX” (29), em uma outra medida as propostas levantadas pelo Movimento Despatologiza, o Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade e o Ministério da Saúde nos possibilitam um trabalho pela via da humanização e da despatologização, a partir da singularidade e da integralidade.

METODOLOGIA

3. Para além do diagnóstico: os indícios, as pistas, os sinais, as crianças...

“Três irmãos (narra uma fábula oriental difundida entre os quirquizes, tártaros, hebreus, turcos...) encontraram um homem que perdeu um camelo [...]. Sem hesitar, descrevem-no para ele: é branco, cego de um olho, tem dois odres nas costas, um cheio de vinho, o outro cheio de óleo. Portanto, viram-o? Não, não o viram. Então são acusados de roubo e submetidos a julgamento” (50).

A fábula oriental dos três irmãos apresenta-nos uma descrição narrativa de um animal feita pelas personagens, que nunca o haviam visto. A fábula propõe mostrar-nos a possibilidade narrativa e descritiva de alguém; de um fato; ou de algo a partir de uma série de indícios, ou melhor, a partir da leitura de uma série de indícios. O historiador Carlo Ginzburg, em seu texto *Sinais: raízes de um paradigma indiciário* (50) resgata a fábula acima e a partir dela anuncia os primórdios de um paradigma. No século XIX, este emergiu no campo científico e foi compreendido pelo autor como paradigma indiciário, veremos mais adiante.

O presente trabalho se propõe à aventura metodológica, partindo da proposta de Ginzburg (50) acerca do paradigma indiciário, o qual investe nas leituras dos indícios, dos detalhes ou, dos, chamados pelo autor de, pormenores, normalmente negligenciados em outras propostas metodológicas.

A escolha por esse paradigma se justifica devido a sua interlocução com a nossa proposta de discutir o processo terapêutico para além da clínica centrada no diagnóstico, nossa perspectiva é de caminhar no sentido de uma atuação despatologizante. Pois, acreditamos que esse paradigma pode contribuir com o olhar para os detalhes, para as particularidades, para os traços de singularidade. Sendo assim, as narrativas descritivas nos aproximam do nosso objeto de estudo e contribuem para nossa discussão. Ou seja, a composição dos resultados e das discussões a partir de narrativas descritivas e observações referentes aos casos clínicos nos possibilitam uma aproximação com as características e idiossincrasias de cada criança e processo terapêutico, dados analisados.

A partir deste paradigma, construímos uma sistematização do material coletado, o qual faz parte de uma amostra de conveniência de uma pesquisa maior,

intitulada: “Sinais de risco e sofrimento psíquico na primeira infância: identificação e estratégias de intervenção”, realizada no Centro de Estudos e Pesquisa em Reabilitação “Professor Doutor Gabriel O. S. Porto” da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (CEPRE/FCM/UNICAMP). A referida pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP, com o número do parecer 1.846.495, e com o Auxílio à Pesquisa Fapesp - Processo: 2016/21630-0.

Nos dois próximos tópicos vamos caracterizar especificamente o caminho metodológico escolhido, com a descrição do local do estudo, período de coleta dos dados, o percurso dos atendimentos e eixos de análise. Em um segundo momento, discutir alguns elementos teóricos acerca do paradigma indiciário.

3.1. Caracterização da Amostra de conveniência

A amostra foi constituída por duas crianças: Mateus de dois anos e quatro meses e Tiago²² de três anos e quatro meses. Ambos possuem o diagnóstico médico de Transtorno do Espectro Autista²³, segundo o DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Características como sexo, cor/raça, etnia, classe e grupo social foram indiferentes para o presente estudo. E o critério de inclusão obedeceu à condição dos participantes terem o diagnóstico médico de T.E.A. e serem atendidos em sessões terapêuticas pela pesquisadora no CEPRE.

A escolha por esses dois casos ocorreu diante três motivos: a pesquisadora atendeu somente esses dois pacientes no Programa de Treinamento em Serviço; os dois casos possuem o mesmo diagnóstico (T.E.A.) e, apesar do mesmo diagnóstico, os casos apresentam peculiaridades, histórias de vida, relações familiares, relações com o atendimento e percurso terapêutico completamente distintos.

Os dados cedidos da pesquisa de amostra maior foram coletados no período de agosto de 2017 a novembro de 2018. Totalizando um período de 15 meses

²² Todos os nomes de participantes que aparecem no presente trabalho são fictícios.

²³ Ao longo do trabalho diferentes nomenclaturas foram utilizadas: T.E.A. e autismo. Esclarecemos que a nomenclatura T.E.A. foi utilizada somente quando nos referíamos ao diagnóstico médico apresentado pela APA ou a terminologia utilizada por algum autor.

de coleta e de atendimentos²⁴. O presente trabalho se caracteriza como um estudo longitudinal, uma pesquisa de intervenção, com pesquisador participante.

Neste período de coleta, foram realizados atendimentos semanais e individuais com Mateus e Tiago. As sessões terapêuticas foram gravadas em áudio e vídeo (Filmadora Canon, modelo Vixia HR F800) e transcritas. As vídeo-filmagens dos primeiros oito meses de atendimento foram realizadas pela presente pesquisadora e também terapeuta responsável pelos casos. Após este período, um bolsista FAPESP de iniciação científica, graduando em psicologia, passou a integrar os atendimentos e se responsabilizar pela filmagem. Além deste material, a pesquisadora realizou registros das sessões e dos encontros com os pais e outros profissionais que atendem os participantes da pesquisa, o que compõe também os dados analisados.

No CEPRE são desenvolvidas atividades de atendimento às pessoas com deficiência visual e auditiva desde 1973. Ao longo dos anos, ocorreu a ampliação das atividades também para o ensino e pesquisa, passando a contar com uma equipe multiprofissional, o que permitiu intensificar a oferta de cursos de formação na área da deficiência visual e surdez, em nível de extensão e especialização. O Centro atua também na formação de alunos de graduação em fonoaudiologia e na formação de alunos de pós-graduação e especialização. Com isso, ampliou-se a gama de atuação integrada dos processos de desenvolvimento humano e suas alterações, no que se refere às deficiências, à comunicação humana, à linguagem e à reabilitação.

Dentre as atividades da graduação de Fonoaudiologia, o Ambulatório GAPAL (Grupo de Avaliação e Prevenção de Alterações de Linguagem – CEPRE/FCM/UNICAMP) consta como um estágio obrigatório inserido na grade curricular. Neste espaço foram realizados os atendimentos iniciais das crianças de nossa amostra. Estes dados não foram analisados em nossa pesquisa.

Dentre as atividades de atendimento à população, a FCM/UNICAMP desenvolveu a possibilidade da realização de Programas de Treinamento em Serviço para Profissionais da Saúde, de caráter teórico-prático. Esses Programas complementam os conhecimentos de profissionais em áreas da saúde.

²⁴ Após a saída da pesquisadora do Programa de Treinamento em Serviço, as crianças participantes começaram a ser atendidas por outro profissional.

Em agosto de 2017, deu início o Programa “Intervenção Precoce em crianças de 0 a 3 anos”. Neste, a pesquisadora desenvolveu atendimentos de crianças com impasses na constituição psíquica e na aquisição de linguagem. Após discussão da equipe interdisciplinar de supervisores do ambulatório GAPAL, as crianças da presente amostra foram encaminhadas para esse referido Programa de Treinamento em Serviço, sendo atendidas pela terapeuta/pesquisadora.

Os atendimentos foram realizados no CEPRE, que dispunha de uma ampla recepção; largos corredores com salas de atendimentos; especificamente uma sala de atendimento reservada para o horário das sessões das crianças; uma brinquedoteca (com materiais infantis, brinquedos, material de papelaria, livros, entre outros objetos); uma área externa aos fundos do prédio e um parquinho com escorregador, balanços, gangorras e uma casinha de madeira. Os espaços acima descritos compunham o setting terapêutico e configuravam, junto com a terapeuta, as crianças e os brinquedos, os cenários de atendimento. A sala de atendimento onde ocorrem os primeiros seis meses de sessões compunha-se de paredes com tecidos de veludo, um espelho, uma pia, um ventilador de teto, uma janela, uma mesa e três cadeiras, uma janela de persiana, lâmpadas no teto e uma porta com visor para o corredor. Após esses seis meses, os atendimentos começaram a ser realizados em uma sala com 6 cadeiras-universitárias, um jogo de quatro cadeiras com uma mesinha infantil, uma lousa, uma mesa e três cadeiras, duas janelas com persianas, ventilador de teto, ar-condicionado, paredes com revestimento de tecido de veludo, lâmpadas no teto e uma porta com visor para o corredor.

Diante da apresentação a respeito da duração, objetivos, procedimentos da pesquisa e esclarecimentos necessários convidamos os responsáveis a participar do estudo e, após concordância, foram assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (modelo de documento apresentado no Apêndice 01).

3.2. Elementos do Paradigma Indiciário

Carlo Ginzburg (50), um historiador italiano, desenvolveu uma relação entre os elementos de três trabalhos no período do século XIX, e apresentou que, em sua composição paradigmática, eles propunham ao campo do saber científico um novo paradigma. Para o autor, na década de 1870-80 começou a emergir no campo das

Ciências Humanas o paradigma indiciário, “baseado justamente na semiologia” (50). Segundo o autor, os trabalhos de Sigmund Freud, Sherlock Holmes e Giovanni Morelli propõem a compreensão de uma semiologia com caráter indiciário, ou seja, a compreensão dos sentidos a partir dos indícios apresentados. Porém, antes mesmo de estar presente no contexto das Ciências Humanas, este paradigma já se fazia presente em outras elaborações de sentidos como veremos mais adiante.

Ginzburg (50), coloca que o aparecimento deste paradigma como modelo epistemológico não recebeu, inicialmente, a devida atenção no contexto das Ciências Humanas, mesmo estando presente no famoso romance policial do detetive Sherlock Holmes, de autoria do Conan Doyle, nas propostas paradigmáticas do pai da psicanálise, Freud, ou ainda nas críticas de artes de Giovanni Morelli. Quanto a este último, o autor destaca que Morelli afirmava ser necessário para encontrarmos o autor/pintor das obras de artes, nos voltarmos aos indícios, signos pictóricos, presentes nos traços de cada autor, não aqueles que caracterizam cada escola, mas, sim, os menos evidentes nas obras. Este crítico focava em problemas preliminares nas obras, da ordem filológica e não da estética.

“[...] é preciso não se basear, como normalmente se faz, em características mais vistosas, portanto mais facilmente imitáveis, dos quadros [...]. Pelo contrário, é necessário examinar os pormenores mais negligenciáveis, e menos influenciados pelas características da escola que o pintor pertencia: os lóbulos das orelhas, as unhas [...]” (50).

Para Ginzburg (50), o famoso detetive Sherlock Holmes dedicou-se às investigações que se caracterizavam pela leitura dos indícios imperceptíveis à maioria das pessoas. O autor apresenta uma equivalência da leitura do crítico de artes, Morelli, às ações investigativas de Sherlock Holmes e ao método psicanalítico inaugurado por Freud, na medida em que todos se dedicavam a ler os indícios, minúcias, os pormenores, para a construção do caso criminal e a identificação do autor da obra. Segundo o autor, “nos três casos, pistas talvez infinitesimais permitem captar uma realidade mais profunda, de outra forma inatingível. Pistas: mais precisamente, sintomas (no caso de Freud), indícios (no caso de Sherlock Holmes), signos pictóricos (no caso de Morelli)” (50).

Compreendemos que estes apontamentos paradigmáticos de uma leitura dos indícios, detalhes e minúcias se aproximam de nossa proposta de uma leitura das

singularidades dos participantes de nossa pesquisa, diferentemente de propostas classificatórias e patologizantes no campo da Saúde Mental. Tfouni e Pereira (51) afirmam que Ginzburg formalizou o “que faz o pesquisador de indícios”. Nesta linha, a pesquisa busca “valorizar a dispersão, o acaso, e a contingência, sem detrimento de uma curiosidade previamente dirigida, deliberada” (51). Segundo estes autores, a experiência de pesquisar com a semiótica do paradigma indiciário é se lançar a uma divisão “do que se busca e o encontro do que não se procura, mas simplesmente encontra” (51).

Ginzburg (50) também discorreu sobre a relação entre este paradigma e algumas características do campo da Medicina. Um destes apontamentos é a similaridade presente na formação médica dos três homens citados acima, afinal: “Freud era um médico; Morelli formou-se em medicina; Conan Doyle havia sido médico antes de dedicar-se à literatura.” (50). O autor complementa que, nestes três trabalhos, podemos entrever a semiótica médica, “disciplina que permite diagnosticar as doenças inacessíveis à observação direta na base de sintomas superficiais, às vezes irrelevantes aos olhos leigo” (50). Estas reflexões nos interessam porque o campo da Saúde Mental é fortemente marcado pelo discurso hegemônico da medicina.

Outra característica que possuía relação entre o campo da medicina e o paradigma indiciário era a proposta hipocrática de caráter descritivo sobre o objeto de estudo, considerando as particularidades presentes em cada sujeito, em relação aos sintomas e às doenças. Nesta perspectiva, quanto mais descrevemos os detalhes, melhor vamos nos aproximar do objeto de estudo. A doença é compreendida como inatingível e somente através das descrições podemos nos aproximar dela, mas não a alcançar (50).

Esta proposta diferenciava-se das concepções de Galileu no século XVII. Galileu compreendia as análises de caráter descritivo e qualitativo como ineficazes, uma vez que estas não poderiam ser replicáveis. Ginzburg (50) admitia que a “ciência galileana [...] poderia adotar o lema escolástico *individuum est ineffabile*, do que é individual não se pode falar”. Esta metodologia indicava que as disciplinas indiciárias, nas quais a medicina se incluía, não “entra absolutamente aos critérios de cientificidade deduzíveis do paradigma galileano.”. Este paradigma compreende que as disciplinas indiciárias se caracterizavam como “qualitativas, que têm por objeto

casos, situações e documentos individuais, enquanto individuais, e justamente por isso alcançam resultados que têm uma margem ineliminável de casualidade” (50).

Refutando as ideias de Galileu, Ginzburg (50) compreende o conhecimento médico como indireto e indiciário, sendo que o objeto de estudo, a doença, é inatingível. E neste sentido, apontamos que nossa proposta de pensar os processos de despatologização no campo da Saúde Mental distancia-se das perspectivas galileias e aproxima-se do caráter descritivo presente no paradigma indiciário, à medida em que busca se aproximar das particularidades.

É importante destacar que as propostas do paradigma indiciário já se apresentavam muito antes do século XIX. Os textos do período da Mesopotâmia são um exemplo, pois se caracterizava a semiótica médica na sua dupla face, diagnóstica e prognóstica, a partir do paradigma indiciário.

Estas decifrações possuíam caráter narrativo, a partir das leituras dos indícios e apresentavam “uma atitude orientada para a análise de casos individuais, reconstruíveis somente através de pistas, sintomas, indícios”. Desta forma, diferiam-se do paradigma galileano que “tendia a subordinar o estudo dos fenômenos anormais à pesquisa sobre a norma, a adivinhação ao conhecimento generalizante da natureza” (50).

Esta proposta narrativa dos indícios nos mostra que a medicina também pode se construir a partir deles. Ginzburg (50) apresenta que Hipócrates considerava que os objetos de estudo da medicina eram inatingíveis. Devido a isso, o autor reforça que a maneira mais fidedigna de nos aproximarmos desses objetos seria descrevendo-os, ou seja, descrever não somente as doenças, mas as particularidades e detalhes presentes. Esta forma de análise nos interessa sobremaneira, pois permite-nos ser mais fidedignos ao processo particular de saúde-doença de cada um, aproximando-nos das propostas de despatologização em Saúde Mental, para além do diagnóstico médico. A partir desta perspectiva a presente pesquisa se distancia de discursos normativos.

Acrescentamos ainda que, assim como Tfouni e Pereira (51), compreendemos a importância das colocações construídas por Ginzburg para a composição do trabalho de um pesquisador. Estes autores colocam que uma pesquisa com embasamento no paradigma indiciário considera a “inclusão do fragmento, do

detalhe e da experiência do pesquisador como fundamentos da pesquisa” (51). E ainda, compreendem que o paradigma indiciário considera e valoriza o acaso, mas sem desvalorizar as hipóteses previamente constituídas. Diferente de outras modalidades de pesquisa, no paradigma indiciário não se busca encontrar somente aquilo que foi estabelecido como foco inicial de pesquisa, construindo “narrativas através de uma postura interpretativa venatória” (51).

Nossa proposta de análise narrativa busca caracterizar-se por esse saber venatório, colocado por Ginzburg (50) como a “capacidade de, a partir de dados aparentemente negligenciáveis, remontar a uma realidade complexa não experimentável diretamente”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. Percurso de dois processos terapêuticos

As crianças, os olhares, as palavras, os toques, os carrinhos, os batuques musicais, os espaços de atendimento e os processos terapêuticos, os corpos, a fala, a escuta, os encontros e as repetições. Pouco a pouco, observando esses detalhes, compomos uma série de indícios, pistas e sinais, que permitiram-nos realizar algumas leituras possíveis do processo terapêutico psicológico de crianças com diagnóstico médico de T.E.A. (Tiago e de Mateus²⁵), em uma perspectiva despatologizante.

Neste capítulo, cada caso será apresentado e analisado separadamente, a partir de inquietações que emergiram durante as observações dos pormenores dos processos terapêuticos. A descrição e análise das cenas escolhidas não obedece a uma temporalidade estritamente linear dos atendimentos, pois os elementos destacados são continuamente ressignificados. Durante este percurso de observação e composição do conjunto da análise dos achados dessa pesquisa, foi possível refletir a respeito dos processos de patologização e normatização, como veremos a seguir.

Os resultados e discussões são apresentados a partir das percepções sobre cada criança. A escolha por essa proposta de percurso do texto dialoga com a nossa concepção da prática clínica. Compreendemos que essa prática se compõe no percurso das forças que emergem no contexto clínico, entre elas, as relações da criança e a presença e observação do profissional. Essas forças se compõem juntamente e são imprescindíveis numa perspectiva que trabalha para além do tratamento centrado no diagnóstico, apostando nas singularidades da criança e na inseparabilidade do ato profissional que dialoga conhecer e fazer.

Considerando a importância de olhar e compreender a criança a partir de suas particularidades, e não somente das características diagnósticas, construiu-se uma prática de enfoque nas observações dos detalhes, dos pormenores, características desvalorizadas em outras clínicas, que podem nos contar muito sobre a criança e sobre possibilidades do processo terapêutico.

Como já colocado no capítulo anterior, sobre a metodologia dessa pesquisa, os atendimentos do Programa de Treinamento em Serviço foram realizados

²⁵ Participantes já mencionados anteriormente no item 3.2 do capítulo anterior.

pela pesquisadora e, por isso, os relatos, referentes a essas sessões, serão apresentados na primeira pessoa.

4.1. Tiago

Primeira Cena

“Em uma tarde de agosto de 2017, conheço Tiago. Ele chega para sua primeira sessão acompanhado de sua família, o pai, a mãe e o irmão mais novo. Abro a porta para o corredor das salas de atendimento e Tiago dispara a correr em uma marcha rápida, que o distancia de nós. A mãe, o pai com o irmão no colo e eu caminhamos passos atrás dele. Os pais o chamam. Ele segue em frente. Os pais insistem. Tiago não responde. A cena que se estabelece se compunha com Tiago ‘lá’ e nós ‘aqui’. Seu corpo distante esquivava-se de nos encontrar. Foi assim que Tiago se apresentou para mim: na caminhada rápida, nas passadas largas, na alta velocidade presente e persistente, no corpo que se ausenta e se distancia em tempo e espaço.” (cena 01)

Segundo o DSM-V (21), nos quadros de crianças com o diagnóstico de T.E.A., “déficits motores estão frequentemente presentes, incluindo marcha atípica, falta de coordenação e outros sinais motores anormais”.

É notório que os movimentos de Tiago se assemelham a descrição supracitada. No entanto, compreendemos que, por um lado, podemos configurar seus movimentos a partir dos critérios diagnósticos do T.E.A., e, por outro, reconhecemos que as caminhadas de Tiago contam algo de si mesmo, expressando marchas rápidas e distantes. Nesse sentido, as percepções e reflexões sobre os movimentos do corpo, expressões e experiências singulares de Tiago ocupam um lugar importante para nossa clínica de perspectiva despatologizante. E, por isso, esses aspectos serão melhor explorados adiante.

Entrevista inicial

Tiago iniciou seus atendimentos aos 3 anos e 4 meses. No primeiro atendimento, mesmo dia da cena descrita anteriormente, ele veio com sua mãe (36 anos); pai (33 anos) e irmão (10 meses), como apresentado na cena a seguir:

“Conversei com os pais de Tiago, enquanto ele perambulava pelos espaços da pequena sala de atendimento. Sua mãe, sentada perto de mim, contava-me um pouco sobre a história do filho e da família. Seu pai e seu irmão, sentados mais distantes, brincavam com algumas peças de lego que estavam na sala. Ao longo da sessão, Tiago não conversou comigo. Algumas vezes eu o chamava, mas meus chamados não eram atendidos. Notei que, entre uma caminhada e outra pela sala, ele pegava um brinquedo de uma caixa ao chão, olhava e manuseava. [...] Tiago não atendia as solicitações verbais realizadas pelos pais ou por mim. Em um determinado momento, ele se aproximou da mãe, pois a viu abrindo sua lancheira. Não conversou com ela.

Ela ofereceu um suco para Tiago. Ele pegou a bebida, começou a tomar e retomou sua caminhada.” (cena 02).

Nessa sessão, buscamos realizar uma entrevista inicial, com os pais, para conhecer o caso. A conversa teve uma participação mais efetiva da mãe. O pai manifestou-se somente em momentos pontuais, quando a esposa o chamava e perguntava se ele queria acrescentar algo. Contaram brevemente sobre o percurso que Tiago havia feito nos serviços de saúde: ele foi encaminhado pela pediatra do Centro de Saúde (C.S.) para o Ambulatório de Psiquiatria infantil do Hospital das Clínicas da UNICAMP (H.C.) e para o CEPRE, onde realizou exames auditivos, os quais não demonstraram nenhuma alteração.

Os pais contaram que Tiago, há um ano e quatro meses, frequenta a escola, os atendimentos fonoaudiológicos semanais no CEPRE, no ambulatório GAPAL, além das consultas psiquiátricas no H.C. Segundo eles, a pediatra e a professora suspeitavam que Tiago tinha o diagnóstico de autismo. E a pediatra realizou o encaminhamento de Tiago para a psiquiatria do H.C.

No cotidiano, Tiago ficava meio período na escola e o restante do dia com a mãe e o irmão. Na ocasião, a mãe trabalhava como revendedora de cosméticos e o pai como garçom, à tarde e à noite, incluindo os finais de semana. A mãe de Tiago comentou que devido ao emprego do pai, Tiago pouco o via e ela era responsável por levar os filhos para suas atividades, como a escola e os atendimentos.

Além dessas questões, os pais relataram que Tiago havia começado a vocalizar algumas sílabas e palavras por volta de um ano de idade, como: “papá” e “mamã”. Mas, depois de uns 4 meses, Tiago ‘parou de falar’ (sic) e também de atender aos pais quando eles o chamavam pelo nome. Ao contar sobre essas características do filho, os pais se mostraram emocionados e verbalizaram estarem preocupados, não sabendo como ajudá-lo. Esperavam que os atendimentos fizessem essa função para Tiago.

A primeira sessão caracterizada como uma entrevista inicial, segundo o Ministério da Saúde (48), quando composta pela escuta e observação do profissional e pela presença da família é uma ferramenta importante para a clínica de crianças com autismo. Pois, permite ao profissional conhecer aspectos que auxiliam na construção do processo terapêutico. Como informações sobre a história de problemas

do desenvolvimento; dos primeiros sinais e sintomas; dos aspectos da linguagem verbal e não verbal da interação social, além de respostas e iniciativas sociais por parte da criança (48).

Nesse sentido, a entrevista inicial realizada com os pais de Tiago nos possibilitou conhecer questões do desenvolvimento e sintomas que preocupavam a família. Quanto a esses aspectos destacamos que os pais de Tiago nos contaram sobre a história de vida do filho, de forma bastante objetiva, a partir de uma narrativa que obedeceu à cronologia da história de vida de Tiago a respeito da gestação, primeiros meses, entrada na escola, etc. Ouvir as narrativas dos pais nos permite conhecer como eles se relacionam com a história de vida do filho e como significam as diversas questões presentes na vida da criança.

O Ministério da Saúde (48) ressalta que ao se relacionarem com as limitações do filho e, aos poucos, lidarem com as frustrações de seus próprios desejos, os pais constroem significativas experiências. Ou seja, os pais significam e compreendem aspectos do filho a partir de suas experiências. E o diagnóstico de T.E.A. cria condições para a construção de um novo ambiente familiar, que, por sua vez, necessita de cuidado. Esses aspectos consolidam a importância não somente da entrevista inicial, mas também do acompanhamento dessas famílias (36). O acompanhamento e a participação da família no processo terapêutico, visa ressignificações, narrativas e novas possibilidades de interação entre os pais e a criança. Levamos em consideração que as mudanças no contexto familiar refletem no próprio desenvolvimento do caso clínico. Por esses motivos retomaremos aspectos da família de Tiago mais adiante.

Prontuário do paciente e encaminhamento do caso

No prontuário do paciente, foi possível conhecer um pouco mais sobre a trajetória dos atendimentos psiquiátricos mensais e grupais, juntamente com outras crianças, de até 6 anos de idade e do atendimento fonoaudiológico no ambulatório GAPAL.

Alguns dados apresentados no prontuário referentes às consultas médicas, psiquiátricas, encaminhamentos e atendimentos são similares as informações apresentadas pelos pais na entrevista inicial, por esse motivo não os retomaremos.

Outros dados do prontuário, apontaram questões como os exames de potenciais auditivos realizados, no início de 2017, que não apresentaram alterações. E o encaminhamento, em julho do mesmo ano, para atendimentos psicoterapêuticos, pertencentes ao Programa de Treinamento em Serviço. Segundo os dados o ambulatório GAPAL avaliou que Tiago pouco demandava e pouco interagiu com as estagiárias.

Nos relatos sobre as sessões com as estagiárias, algumas observações estão presentes, como: “uma busca dos pais por uma resolução imediata para a ausência da fala de Tiago”; uma mãe descrita como “muito passiva e pouco participativa”; e um pai que não participava das primeiras entrevistas no GAPAL; somente no segundo ano de atendimento (relatam um pai presente e atento, que ficou brincando com o filho durante os atendimentos).

Essas percepções se aproximaram das que tivemos nos primeiros encontros. Observamos que a família foi breve e objetiva na entrevista inicial. No entanto, diferentemente do verificado nos atendimentos do GAPAL, a mãe de Tiago teve uma maior aproximação, ao longo do percurso terapêutico. O pai, permaneceu distante e quase de costas, durante a entrevista inicial e em outros momentos, buscando não conversar ou olhar para a terapeuta. Ao longo do tratamento do filho, em alguns momentos ele realizava uma pequena aproximação, trocando algumas breves palavras com a terapeuta. No entanto, como já colocamos, não nos debruçaremos em análises sobre os atendimentos fonoaudiológicos, essas questões foram, aqui, apresentadas somente para uma introdução do caso clínico.

Tiago pelo olhar de outros: a família e a escola

A família

A família de Tiago sempre o acompanhou nas sessões, levavam Tiago até o CEPRE e aguardavam seu atendimento na recepção. Após as sessões, os pais conversavam brevemente com a terapeuta, apontando algumas questões e ouvindo

a percepção dela sobre o filho. Após alguns meses, os atendimentos de Tiago mudaram de dia de semana e o pai não pôde mais acompanhá-lo. A partir desse momento, somente a mãe levava Tiago. Essa mudança trouxe uma aproximação da mãe com a terapeuta. Estando sozinha, a mãe começou a participar mais das conversas após os atendimentos. Alguns de seus relatos serão apresentados mais adiante.

Além disso, observamos que a assiduidade, a presença e envolvimento da família com o tratamento foi se intensificando com o passar do tempo e o vínculo terapeuta-família. Após as férias, destaca-se que os pais de Tiago desmarcavam as primeiras sessões e adiavam o retorno aos atendimentos. No entanto, mesmo se ausentando, as faltas de Tiago sempre foram justificadas anteriormente por um dos pais. Compreendemos que, mesmo nessas ausências, a família estava presente e envolvida, de maneira singular, com a terapia do filho.

Abaixo, destacaremos principalmente situações da primeira sessão, porém, apontamos que elas representam outras situações similares e ocorridas durante quase todo primeiro um ano de atendimento.

Na entrevista inicial, como já apontado, notamos pouca interação entre os membros da família. Nos chamou atenção que, em um determinado momento, Tiago pegou um lanchinho das mãos de sua mãe sem olhá-la ou se comunicar verbalmente. No entanto, ela também realizou o mesmo movimento. Nos primeiros meses, antes dos atendimentos, enquanto esperava na recepção, Tiago e sua mãe pareciam distantes, ele sentado manuseava um brinquedo e ela, também sentada, manuseava seu celular. Depois de alguns meses, Tiago e a mãe começaram a sentar próximos, enquanto ele comia um lanche, oferecido e preparado por ela. Essa cena, nos aponta uma gradual aproximação entre a mãe e Tiago. Tais movimentos podem ser compreendidos como um indício de uma nova configuração dessa relação.

Também na entrevista inicial, nos chamou atenção a relação entre Tiago e seu pai. Em um determinado momento, o pai chamou Tiago para brincar, com ele e o irmão. No entanto, o filho não atendeu ao pedido de seu pai e seguiu perambulando pela sala de atendimento. Esse tipo de situação era comum na família, notamos em seus movimentos que Tiago possuía um andar vago, não buscava por seu pai, sua mãe e tão pouco seu irmão; os pais pouco buscavam pelo filho, ou ainda,

conversavam entre si ou comigo. Também consideramos relevante a postura do pai de Tiago, ele manteve-se de costas para a conversa/entrevista, brincando com seu filho mais novo.

Esses movimentos apontam um distanciamento nas relações, por parte de Tiago e de seus pais. A postura mais distante, com pouco diálogo, as frases objetivas e breves e a atitude de ficar de costas nos parece uma particularidade presente na dinâmica dessa família. Destacamos essas características para poder apontar nossa compreensão de que essa singularidade e dinâmica familiar transcende o sinal do quadro de autismo. A particularidade da família, relativa à distância nas relações, sinaliza similaridades com os movimentos de Tiago nas sessões, e não pode ser reduzida a um sintoma do autismo. Por exemplo, deitar-se de costas para mim, ir para longe quando me aproximo e não me buscar para brincar são aspectos particulares dessa criança.

Acreditamos ser importante enfatizar características presentes nos traços familiares, a recusa de Tiago em interagir com o outro, pode relacionar-se a um traço particular da sua família e não necessariamente ao autismo. Logo, a contextualização do cenário familiar de Tiago, nos permitiu um outro olhar para o caso clínico, não somente embasado nas características do quadro de T.E.A., mas também nas características familiares e no contexto diário da vida de Tiago.

Não deixamos de destacar que segundo o DSM-V (21), déficit nas interações sociais são características do quadro de autismo:

“A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia [...] C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida) [...] D. **Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social.**” (21).

No entanto, diferente de um olhar patologizante que determinaria as evitações e o distanciamento de Tiago como uma característica própria do quadro de T.E.A., buscamos apontar a existência de uma marca familiar. E ainda, colocamos em questão: Essa característica de Tiago está ligada ao quadro de autismo ou a um traço familiar? Ou a ambos?

A compreensão desses aspectos como marcas familiares ou como sintomas compõem cotidianamente a maneira como os pais compreendem os traços de seus filhos, as relações familiares e o cotidiano da família e da criança. Por exemplo, Pinto et al. (31) apontam que o impacto que o diagnóstico causa nos membros familiares e no cotidiano deles é muito grande:

“O diagnóstico de uma doença crônica no âmbito familiar, especialmente em se tratando de crianças, constitui uma situação de impacto, podendo repercutir na mudança da rotina diária, na readaptação de papéis e ocasionando efeitos diversos no âmbito ocupacional, financeiro e das relações familiares” (31).

Além disso, os mesmos autores (31) apontam que os discursos da família incidem sob a criança e repercutem em sua constituição e desenvolvimento. Logo, a compreensão e percepção dos pais sobre a criança é um fator que influencia nas relações da criança.

Ao longo do processo terapêutico, notamos que os pais e Tiago mudaram suas relações. As posturas distantes não deixaram de estar presentes, mas novos elementos e significações se apresentaram. Destaca-se que foi pontuado à família a possibilidade dos sinais de evitação de Tiago se assemelharem a um traço familiar. Isso os ajudou a ressignificar a percepção sobre o filho e aproximá-los. Novos movimentos e enlaçamentos evidenciados nas relações de Tiago com a mãe, da mãe com a terapeuta e de Tiago com a terapeuta demonstram essa questão. Por exemplo: a mãe de Tiago nos relatou que ele estava sentindo saudades do pai. Por esse motivo, passava horas na janela, olhando a rua de sua casa. Essa significação da mãe de Tiago conta-nos de uma nova percepção em relação ao filho, mais contextualizada, diferente de uma identificação embasada em um sinal do autismo.

Retomamos outra situação da entrevista inicial. A mãe contou poucos detalhes sobre o filho, atentou-se aos diagnósticos médicos do período gestacional, aos exames fonoaudiológicos e ao percurso de encaminhamentos para as terapias. Sua narrativa, também, apontou sua percepção em relação à melhora nas questões linguísticas. E, várias vezes, ela relatou que gostaria que Tiago “saísse dali falando bastante!” (sic). As demandas e queixas dos pais mostraram uma preocupação e atenção deles ao dia-a-dia e ao desenvolvimento do filho, mas também nos apontaram uma percepção deficitária sobre o filho, sobretudo, em relação à linguagem e à interação.

Compreendemos que essas percepções foram construindo uma significação da criança a partir da própria patologia do autismo. Após alguns meses, a mãe começou a questionar alguns comportamentos de Tiago. Ela se referia a movimentos repetitivos, à ecolalia e a situações em que “ele estava nervoso e se machucava” (sic mãe). Nesses questionamentos, diferentemente do início do tratamento, a percepção da mãe apontava um contexto, apresentando hipóteses do que poderia ter motivado Tiago a tais atitudes.

Segundo Pinto et al. (31) o impacto dos diagnósticos de T.E.A. nas relações familiares ocorre desde a aceitação até a reestruturação da dinâmica familiar no cotidiano. E por esse motivo, os autores colocam, ser de extrema importância “que todos os esclarecimentos necessários sejam realizados e que todas as dúvidas e anseios dos familiares sejam minimizados”. No entanto, problematizamos essa afirmação, pois os referidos “esclarecimentos necessários” podem incidir na compreensão familiar acerca das atitudes da criança e justificá-las somente a partir do quadro explicativo proposto pelo DSM.

Diferentemente dessa proposta, compreendemos que ao apostarmos na escuta e no acompanhamento da família nos atendimentos realizados com Tiago pudemos ampliar a percepção familiar sobre a criança. Essa intervenção criou possibilidades de que os movimentos, a linguagem, a interação e outros elementos fossem ressignificados a partir de um contexto, e não uma lista generalizante.

Destaquemos algumas situações: a mãe passou a relatar mais particularidades de seu filho, como a falta que ele sentia do pai e da avó, pois chamava por eles ao longo do dia; ela vibrava com suas conquistas, como ele ter começado a dormir sozinho em sua cama. Relatos como esses não apareciam no início dos atendimentos e nos questionamos se isto ocorria porque eram encobertos pelos discursos normativos a respeito do autismo. Compreendemos que o trabalho de aproximação da mãe e de Tiago no cenário de atendimentos, assim como a escuta do discurso da mãe e a ressignificação do seu olhar em relação a Tiago, contribuíram para o cuidado com o contexto familiar, tal como propõe documentos do Ministério da Saúde (31,48).

Em algumas sessões, por exemplo, a mãe foi convidada a entrar e assistir a uma apresentação musical, uma brincadeira que já ocorria, entre Tiago e a

terapeuta, durante os atendimentos. Após as canções, Tiago corria para abraçar a mãe, que o parabenizava e o incentivava a cantar mais uma música. Quando Tiago a chamava para cantar junto, ela se recusava e buscava no celular um vídeo referente a música. As letras das canções eram compostas de frases curtas e quase sempre se referiam a cores, tais como: “verde-verde-verde”; “azul e verde”, “verde e azul” e foram propostas por Tiago.

Algumas colocações do pai de Tiago apontaram questões a respeito de sua relação e percepção sobre o filho. Na primeira sessão, ele queixou-se sobre a antiga professora de Tiago, que sempre estava pedindo para buscá-lo devido ao seu comportamento. Também apontou acreditar que Tiago estava enjoado de alguns desenhos e da voz de alguns personagens que ele assistia já há algum tempo na televisão, e, por esse motivo, colocava suas mãos nos ouvidos. Essas, entre outras colocações do pai, nos apontam seu envolvimento e preocupação com seu filho.

O relato sobre os desenhos na televisão apresenta um olhar paterno que compreende os interesses e preferências do filho, o pai dá uma significação particular para a ação de Tiago. Diferente de um olhar patologizador, o qual não se preocupa com o contexto de determinados sinais e sintomas. Segundo a descrição presente no DSM-V (21), essa ação deveria ser compreendida como um movimento estereotipado do quadro de T.E.A. Já para o pai de Tiago, é uma recusa da criança em relação a algo que ele não queria mais. Essa significação do pai abre possibilidades de compreensão acerca das atitudes criança para além da patologia.

Como já apontado anteriormente, o pai de Tiago mostra a importância da participação do contexto na percepção. Diferentemente dos sintomas generalistas apontados nos Manuais do DSM, que não se importam com o contexto apresentado, o pai de Tiago nos ensina o oposto.

É relevante assinalar que a descrição generalista do DSM pode distanciar os pais da própria criança, impedindo-os de exercer a parentalidade. De acordo com as premissas do DSM (21), não interessa quando, nem em quais lugares a criança apresenta ecolalia e/ou estereotipia, por exemplo, importa somente se esses sinais estão presentes ou ausentes. Já o pai de Tiago, nos ensina muito, pois considera a singularidade, os interesses e preferências do filho, mostrando que há sempre um

contexto que possibilita a emergência de ações e reações. Essa compreensão paterna problematiza toda e qualquer tentativa de normatização da criança ou da infância.

O contato intenso com a família, durante o processo terapêutico de Tiago, possibilitou uma ampliação acerca da compreensão das suas peculiaridades ao longo das sessões. As narrativas, significações e percepções parentais devem, diante dessa perspectiva, se tornarem elementos essenciais. Como nos apresenta Carlo Ginzburg (50), tomar o contexto, os detalhes, pormenores, como auxílio na compreensão e na percepção do caso é uma ação crucial para que se desenvolva uma leitura das particularidades de qualquer objeto de estudo.

Nesse sentido, é importante salientar que as famílias de crianças com autismo lidam com uma condição permanente, a qual pode vir a se tornar um agente estressor nas relações familiares, desde uma necessidade de reorganização e de ajustamento familiar até uma aceitação, rejeição, esperança e angústia dos membros familiares. Logo, também por esse motivo, o cuidado deve centrar-se não somente na criança, mas também nos pais/familiares. O documento do Ministério de Saúde (48) apresenta que o cuidado com a família deve ter foco na resiliência familiar, objetivando que a família possa “se desenvolver mesmo na presença de um contexto estressante, como no caso dos problemas de saúde e/ou desenvolvimento dos filhos”.

Trocas entre saúde e educação: encontro com a escola de Tiago

A partir da demanda da escola, foi realizada uma reunião com a professora da turma e a professora de educação especial. Este encontro ocorreu no segundo semestre de atendimento psicológico de Tiago no CEPRE.

No encontro, as professoras de Tiago relataram que ele acompanhava a rotina escolar e a programação de atividades diárias da turma. Elas também colocaram suas preocupações em relação à linguagem, principalmente nas situações em que ele fazia suas necessidades fisiológicas, como urina e fezes, na roupa. A professora de educação especial colocou que iniciaria um trabalho de comunicação alternativa com Tiago, que visava facilitar a comunicação e compreensão, através de cartas com figuras e palavras, com o objetivo de evolução do desenvolvimento e da

aprendizagem. O relato das professoras foi acompanhado da demanda de informações acerca do melhor manejo nessas situações.

As demandas das professoras apontam uma característica recorrente no que concerne à relação entre os campos da saúde e da educação. Em muitas situações, profissionais da educação recorrem ao conhecimento científico desenvolvido no campo da saúde para compreender, conhecer, caracterizar e até mesmo classificar comportamentos, traços e o desenvolvimento das crianças. Esse movimento pode ser um indício de uma patologização. O documento apresentado pelo Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade (43) ressalta que nos cenários cotidianos escolares,

“raras vezes são discutidos fatores como o contexto de instauração das dificuldades ou a história de aprendizagem da pessoa; em lugar disso, crianças, adolescentes, pais e escolas depositam nos serviços de saúde a esperança de resolução da situação” (43).

No que se refere à patologização no campo da educação, Garrido apresenta na cartilha do Movimento Despatologiza (29) que a omissão desse campo é um fator patologizante, quando ele “não propõe respostas eficazes às dificuldades, nem elabora ferramentas para o alcance de bons resultados no processo de ensino-aprendizagem”. Responsabilizam o aluno por um fracasso na aprendizagem, devido ao seu quadro patológico, desresponsabilizando o contexto educativo e medicalizando diversas situações cotidianas.

Aliado a esse movimento que desresponsabiliza o sistema educacional, outra questão se faz presente: a “crença em respostas alheias ao campo da educação para a solução do problema por meio de encaminhamentos e consultas a neurologistas, psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos e outros profissionais” (29).

As demandas das professoras de Tiago nos aproximam dessa perspectiva patologizante apontada por Garrido (29). Considerar que um profissional da saúde poderia responder e auxiliar o fazer e o manejo do educador pode sinalizar uma demanda “simplista e médica para questões complexas e multideterminadas do desenvolvimento humano”. No mesmo documento do Movimento Despatologiza (29), Christofolletti coloca que “particularmente no campo da educação (a patologização) tem ocorrido por meio da homogeneização nas formas de se compreender a aprendizagem e da estigmatização de comportamentos da criança”. Ou seja, haveria

um ideal de aprendizagem e de comportamento, ao qual seria responsável em determinar que algumas crianças correspondem uma posição deficitária, pois não o respondem.

Garrido (29) aponta ainda que caminhos despatologizantes no contexto escolar implicam em uma “construção do protagonismo da escola e seus profissionais em torno do processo ensino-aprendizagem, no que se refere a seu planejamento, avaliação e trabalho.”

No entanto, como já apresentado na introdução desse trabalho, os discursos presentes nos Manuais dos DSM capturaram essas relações de poder da ciência médica, através de descrições diagnósticas que explicariam todos os comportamentos da criança. O Movimento Despatologiza (29) explicita essa questão, destacando que muitas características apontadas nos quadros diagnósticos do DSM referidos à infância se estabelecem a partir de ideais de “doenças-do-não-aprender” e “doenças-do-não-se-comportar”. Descrições que não somente dialogam diretamente com o campo da educação, mas que, também, possibilitam ao campo da saúde discorrer e deter certo poder sobre os discursos da educação.

À esta questão da relação da educação com a saúde, Silva (52) acrescenta a importância que a figura do especialista da área da saúde para o campo educacional e relaciona o impacto desta relação com uso do próprio DSM:

“Ao priorizar a detecção de desvios e desajustes, os especialistas que agora são chamados a participar de todo o sistema educacional têm seu saber (e poder) técnico ampliado. Com a atual utilização de manuais, como o DSM-V (APA), percebe-se a enorme variação e ampliação dos critérios de diagnósticos” (52).

Diante as demandas das professoras de Tiago e as colocações teóricas apresentadas, compreendemos que os discursos de ambos os campos, saúde e educação, se misturam e reproduzem, em diversas situações, saberes disciplinares e normativos a favor de uma pretensa busca pela homogeneização do desenvolvimento e da infância. No entanto, reconhecemos a existência de brechas, em circunstâncias práticas e teóricas, para o desenvolvimento de outras perspectivas, que desacordam com a normatização. Podemos considerar ser uma abertura, para uma outra perspectiva: o diálogo, como uma possibilidade de relação entre a saúde e a educação, em que o primeiro campo não ocupe o lugar de um saber que detém o

conhecimento verdadeiro e o segundo não demande e reconheça somente na saúde as possibilidades de compreender a criança.

Enfim, os encontros com Tiago

Corpo veloz

Inicialmente, os encontros com Tiago, nas sessões, eram marcados pelo seu corpo veloz. Um corpo que insistia em se manter distante ao outro. Essa temporalidade do seu corpo, tão idiossincrática, o diferenciava dos outros. Sua relação com o espaço também se mostrava particular. Tiago ocupava o corredor de entrada do CEPRE de uma forma inusitada: corria e atravessava-o inteiramente. Produzia um outro espaço-tempo.

A maneira de Tiago se expressar com velocidade nas passadas de seu caminhar podem demonstrar um movimento de 'não parada', contando que 'ele não podia parar', pois seu caminhar não podia se acontecer juntamente ao do outro. Essas observações nos provocaram importantes questionamentos: Tiago demonstra não querer ocupar os mesmos espaços que outros estão ocupando? Seu corpo busca escapar dos encontros com o outro? Ou a relação de Tiago com o outro, com o tempo e com o espaço se constitui de maneira diferente do habitual?

As atitudes consideradas atípicas de Tiago, ao colocar seu corpo muito mais à frente em uma caminhada, vaguear pela sala de atendimento e não responder quando chamado, podem contar sobre seu desinteresse em se aproximar do outro, em uma perspectiva patologizante. Ou seja, tomar uma única referência sobre a maneira de experienciar o tempo, o espaço e a relação com o outro como a norma. Diante dessa perspectiva, as experiências de Tiago são compreendidas como deficitárias e equívocas.

Uma proposta patologizante toma como norte de sua atuação intervenções que disciplinam o corpo, que visam uma lógica normatizadora, a fim de que crianças respondam de uma maneira predeterminada de ser, comportar-se e agir. O que ocorre nessas perspectivas é a reprodução de discursos e intervenções terapêuticas, que obedecem aos referenciais construídos a partir do saber da ciência biomédica.

As marcas iniciais de Tiago, compreendidas como distanciamento do outro se aproximam do quadro de autismo. No entanto, em nossa concepção, os movimentos de Tiago contam também sobre uma outra experiência possível de interação, não necessariamente deficitária. Não compreendemos como um déficit, uma falta de interação com o outro, marcada por um distanciamento, ou ainda uma recusa. Entendemos como uma outra possibilidade. Na discussão da presente pesquisa, não estamos colocando em questão o diagnóstico de autismo, mas sim, objetivamos problematizar a compreensão reducionista que, muitas vezes, fundamenta as concepções sobre autismo.

Pois, se de um lado, temos o discurso do DSM-V (21), o qual descreve que um déficit na interação implica em um sintoma do quadro de T.E.A. De outro, as ponderações de Ginzburg (50) nos lembram da importância de valorizarmos os detalhes e sinais que compõem o contexto no qual as ações acontecem, a fim de nos aproximarmos com mais fidedignidade do objeto de estudo.

No processo terapêutico com Tiago, não visamos cessar ou diminuir os movimentos tidos como atípicos do paciente, e sim, compreender os contextos em que estes acontecem, ajudando a ele e a sua família a ressignificarem esses traços e se relacionarem com estes de outras maneiras, com menos sofrimentos. Uma intervenção despatologizante implica em um olhar, uma escuta e uma atuação detalhada e contextualizada, não generalizante.

Ao longo do trabalho terapêutico, observamos que as atitudes de Tiago tiveram uma mudança significativa. Manifestações frequentes, no início, como jogar-se no chão, batendo as mãos, os pés e a cabeça, chorar quando contrariado, urinar em situações de muita excitação ou de suposto abandono, entre outras ações, não se faziam mais presentes depois de alguns primeiros meses.

Essas mudanças são relevantes, pois reconhecemos que tais atitudes de Tiago expressavam seu sofrimento, o qual, ao longo do processo, ganhou outros contornos, como observa-se na cena a seguir:

“Oi Tiago, tudo bem?”. E ele me responde: “Oi tia Marina! Sim!!!!”. Ele se levanta, demonstrando querer me acompanhar para a sala de atendimento. Eu intervenho: “Ti, você me espera aqui um pouquinho? Vou deixar minha bolsa e já te chamo para brincar”. “Sim!”. Tiago me espera. Retorno e o convido para entrar. Caminhamos, eu e ele, no corredor da recepção. Pergunto: “Você foi pra escola hoje?!”. “Sim!!”. “E foi

legal?”. “Sim!”. “E hoje, vamos brincar do quê?”. “Simm!!!!”, e ele segue para a brinquedoteca. A porta estava trancada. Ele para em frente e me olha. Eu o convido para buscar a chave comigo. Depois abrimos a porta e ele se alegra: “Ebaaaaaa!”. Entramos e começamos a escolher os brinquedos. “Aquele”. Tiago aponta o posto de gasolina. “O posto?”. “Sim!”. “Tá bom. E o que mais?”. “Esse!”, ele aponta alguns carrinhos. Pouco a pouco, conversamos e vamos escolhendo juntos. “Ti, olha esse.” (mostro um brinquedo musical). “Não!”. Ele não se interessa. Digo que guardaríamos em uma caixa aqueles que escolheu e levaríamos para a sala de atendimento. Guardamos e seguimos. Construimos juntos todo cenário e contexto daquela sessão, sem nenhuma proposta preconcebida.” (cena 03).

Como observamos na cena acima, diferentemente dos primeiros meses, em que Tiago precisava estabelecer uma distância, em uma temporalidade veloz, aos poucos ele pôde entrar nas sessões e montar junto o cenário de atendimento, em um tempo compartilhado. A cena demonstra essas mudanças na relação de Tiago com o outro. Poder aproximar seu corpo, conversar, esperar e estar com o outro foram movimentos que Tiago começou a apresentar, de forma consistente, em todas as sessões.

Essa perspectiva de trabalho aponta que não há uma maneira normatizada e estandardizada de se comportar e agir. Dessa forma, o autismo não estaria marcado por um déficit em relação a uma suposta norma, mas sim uma forma particular de se relacionar com o tempo, o espaço e o outro. Ao evidenciarmos as mudanças de algumas atitudes de Tiago, tidas como sintomas do T.E.A., não visamos uma evolução do quadro, mas sim apontar que seu sofrimento e a dificuldade em se relacionar com o outro, puderam ser ressignificados e encontraram novas formas de se manifestar. Reforçamos essa questão, pois, assim como Vieira (8), compreendemos ser necessário desnaturalizar a figura social do louco, da loucura, do déficit e da marginalidade, podendo trabalhar com o sofrimento e com as particularidades do sujeito.

Evidencia-se, entre outros aspectos, que não foram apenas as atitudes de Tiago que mudaram ao longo desse processo, mas, sobremaneira, a nossa postura, nosso modo de olhar, pensar e agir com ele. Sobretudo, o que mudou, foi nosso olhar para as possibilidades de interação. Aos poucos, por exemplo, deixamos de preparar o espaço de atendimento a partir de nossas próprias demandas, e sim, passamos a escutar os interesses de Tiago e privilegiar suas criações.

Corpo brincante

“Tiago entrou na sala de atendimento. Com seu caminhar rápido, logo chegou à caixa de brinquedos que estava no fundo da sala. Ainda em pé, retirou um a um os objetos da caixa. “O que que é?”, ele perguntou. Eu repeti e complementei: “O que que é? Vamos ver!”. Ele me respondeu: “Bola”. Rapidamente retirou uma bola vermelha da caixa, soltou-a e em seguida retirou uma outra bola. Ele retomou suas perguntas: “O que que é esse?”. Retirou um tambor. “O que que é esse?”. Retirou uma caixa de peças de encaixe. Intervi: “Então vamos ver o que são esses?”. Neste momento, Tiago parou seu movimento veloz de retirar os brinquedos da caixa. Retomou seu encontro com o tambor. Batucou-o. Interessou-se e desinteressou-se também rapidamente, deixando-o logo em seguida. Continuou seu percurso e esbarrou seu olhar na câmera de filmagem. Olhando-a, exclamou: “Oh!”. Caminhou em sua direção. Pegou-a. Explorou-a e então a deixou no chão. Foi procurar outro brinquedo...” (cena 04).

“Tiago ocupava-se em empurrar um carrinho, deixá-lo e depois empurrar outro que dispunha ao seu lado. Por alguns segundos, ele manteve este movimento. Depois soltou os carrinhos. Virou-se de costas para eles e colocou suas mãos na caixa de Lego. Pegou uma peça. Pegou outra. Eu dizia seu nome, chamando-o. Ele mantinha-se de costas para mim. Não se virava. Não me respondia verbalmente. Ele não atendia às minhas solicitações. De costas, tirou algumas peças do Lego que estavam encaixadas. Encaixou-as novamente. Pegou um carrinho com as mãos, levantou-o e aterrissou na caixa de Lego. Eu exclamei: “Uau!”. Ele me olhou. Pegou um segundo carrinho e repetiu seu movimento. Repeti minha exclamação. Ele me olhou. Perguntei-lhe: “Seu carro voa?”; “Os dois carros voam?”. Ele levantou um dos carrinhos e levou-o à caixa de Lego, repetindo o mesmo movimento de aterrissagem. Anunciou e me participou da brincadeira: “Vamos!”. Eu aceitei seu convite: “Vamos!”. Ele aterrissou o segundo carrinho. Eu anunciei: “Chegamos!”. Ele repetiu: “Chegamos”. Ele caminhou até mim. E eu então entendi que havíamos escolhido, juntos, nossa brincadeira: voar com carros, peças de Lego e aviões.” (cena 05).

As cenas descritas acima evidenciam movimentos, ações e formas de Tiago se manifestar, se interessar, se desinteressar e se relacionar com alguns brinquedos e com o outro. Os movimentos de manusear, olhar, perguntar e depois pegar outro brinquedo demonstram uma velocidade nos movimentos, como já evidenciamos anteriormente. Além de apresentar uma outra possibilidade de relação com o outro, Tiago também nos conta sobre uma outra forma de experienciar, manusear e brincar com os objetos. Nas cenas, notamos que suas mãos e olhares mal haviam percorrido um brinquedo e já estavam se encontrando com outro, sem esperar que eu respondesse a suas perguntas. Os movimentos de Tiago compunham uma marca, uma maneira dele se relacionar, um traço de sua singularidade. Considerando que Tiago me demandava, me fazia perguntas e não me permitia respondê-las, nos questionamos: Será que esse movimento significa uma evitação do outro, como nos apontam as descrições psicopatológicas a respeito do autismo?

Nessa perspectiva, apostamos que haveria sim, nas atitudes de Tiago, uma intenção de se relacionar. Diante disso, algumas estratégias de intervenção começaram a mudar, por exemplo, a sala de atendimento começou a ser preparada de outra maneira. Os brinquedos, antes dispostos em uma caixa, passaram a ser intencionalmente apresentados a Tiago, um a um. Ao reconhecer o interesse de Tiago por um avião, produzimos novas criações e tentativas de interação. Essa escuta da demanda da criança fica evidenciada na cena 06, descrita acima. Nessa cena, há um encontro de Tiago comigo, que ocorreu a partir de seus movimentos com o brinquedo. A disponibilidade em observar, respeitar e estar presente possibilitou um encontro, através de um traço de singularidade de Tiago.

“Nas situações em que só se enxergava certezas, podem-se ver possibilidades. Nas situações em que se enxergava apenas igualdades, podem-se encontrar, [...], grandes diferenças. Nas situações em que se imaginava haver pouco o que fazer, pode-se encontrar muito trabalho” (47).

A citação acima nos lembra a possibilidade de construir um processo terapêutico não redutível ao diagnóstico absoluto ou à patologia (25). A atuação deve acontecer a partir da integralidade do caso e não centrada a totalidade do diagnóstico. Como apresentado pelo Ministério da Saúde (48), valorizar a singularidade do paciente é crucial para o desenvolvimento de um trabalho que não se oriente somente nas descrições dos sintomas do T.E.A. Esse tipo de postura permite que o paciente também construa o processo terapêutico. Para isso, o investimento na escuta e no vínculo entre paciente e terapeuta é essencial (47–49). O vínculo com Tiago se estabeleceu, prioritariamente, a partir de um desejo de brincar junto.

Evitar o reducionismo de um diagnóstico não significa desconsiderá-lo. Conhecer as descrições do quadro de T.E.A., como um auxiliar da prática terapêutica, permitiu – na condução do caso de Tiago – a construção de algumas intervenções. Dentre elas, a oferta de uma sala de atendimento mais circunscrita por objetos e pela narrativa da terapeuta, com o objetivo de estabelecer uma demanda inicial e uma série de convites para Tiago interagir.

Assim como, conhecer o interesse de Tiago pelo avião de brinquedo foi um fator importante para as intervenções. Muitas sessões foram embasadas em brincadeiras a partir da escolha de Tiago pelo avião, como já foi apontado anteriormente. Brincadeiras que imitavam voos, aterrissagens e decolagens, além de

montagens de aviões com as peças do Lego, ou ainda a utilização de outros aviões e helicópteros demandavam e convidavam Tiago a estar com o outro.

Além disso, depois de algumas semanas de sessões, o cenário de brinquedos nas caixas mudou para uma sala com brinquedos dispostos pelo ambiente, visando compor contextos, os quais permitissem circunscrever as interações de Tiago. O cenário montado e narrado contava com um 'aeroporto', carrinhos, placas de trânsito e postos de gasolina. Esses objetos tinham a função de compor o contexto de uma cidade e permitirem uma brincadeira com histórias, a partir de narrativas. A relação paciente-terapeuta se modificou. Não se objetivava mais intervir aguardando os movimentos de Tiago. Dessa forma, o processo de interação não deixou de ser conduzido pela terapeuta e sim composto por ambos. Essa postura possibilitou uma coprodução das sessões, das brincadeiras, da interação e do processo terapêutico. Não havia uma meta estabelecida para comportamentos ou uma maneira correta de se relacionar. Havia a possibilidade de autonomia na construção do processo terapêutico, característica crucial para uma atuação integralizada, como nos coloca o M.S. (47).

As brincadeiras de Tiago e seus movimentos, diversas vezes, se repetiam. Em um brinquedo de posto de gasolina, ele subia, descia e, enfileirava repetidas vezes os carrinhos. Nessas situações, a estratégia era complementar essas repetições a partir de narrativas. Por exemplo: contava-se sobre um carrinho que saía para viajar e visitar a avó e, por isso, precisava abastecer. Pouco a pouco, Tiago incorporou movimentos diferentes com os brinquedos, a partir das sugestões da terapeuta. Não falava e não respondia às perguntas que lhe eram dirigidas, mas compunha outros movimentos com os objetos.

Depois de meses brincando com carrinhos e aviões, Tiago começou a demonstrar interesse por outros objetos, como móveis de casinha, comidinhas e fantoches. Isso provocou a construção de um outro cenário na sala de atendimento: uma casa. Nesse contexto, Tiago começou a expressar algumas frases e compor diálogos, tais como: "Bom dia"; "Olá"; "Tudo bem?", contextualizados as narrativas que apresentávamos para compor o cenário da brincadeira.

Além de conversar com Tiago, seu interesse por determinados objetos era salientado, a partir de narrativas acerca dos movimentos de seu corpo e expressões

faciais. Essas narrativas eram uma coprodução, elaboradas em conjunto. A partir da perspectiva de Ginzburg (50), destaca-se que, ao observar indícios, marcas e pistas apresentadas por Tiago, foi possível compor uma leitura de seus movimentos e evidenciar, durante as cenas, seus traços singulares.

Corpos com fantoches

“[...] naquela sessão eu havia levado dois fantoches para a sala de atendimento, em um momento, tirei-os da caixa e os vesti em minhas mãos. Um lobo em uma das mãos e um cachorro em outra, compunham um diálogo: “Oi!”. “Oi!”. “Tudo bem?”. “Tudo bem seu lobo, e você?” [...]. Tiago me olhou, depois olhou os bonecos e soltou os brinquedos que estavam em suas mãos. As panelinhas e frutinhas que ele estava manuseando, fazia um bom tempo, naquela sessão foram deixadas. A impossibilidade da minha entrada na sua brincadeira não era mais questão. Nesse momento, a conversa, entre um lobo e um cachorro, ia e vinha. O silêncio era meu e de Tiago. As personagens falantes eram assistidas. Tiago ficou imóvel por um tempo, observando o diálogo. Depois ele me interrompeu e me pediu um dos fantoches, o vesti e disse para o lobo: “Oi, tudo bem?”” (cena 06).

“Durante uma brincadeira vesti o fantoche do Lobo: “Ai eu estou com fome”. Olhei para Tiago, ele sorriu para mim e olhou para o lobo, como se esperasse o próximo passo da personagem. Tiago começou a rir. O lobo disse: “Acho que eu vi um cachorrinho por aí, acho que estou com fome de orelha de cachorro”. Tiago riu e correu com seu fantoche pela sala, fugindo do lobo. Distante de nós, Tiago parou seu corpo, me olhou, olhou para o lobo e ficou em pé, junto ao seu cachorro, gargalhando e se divertindo. Eu avancei o meu corpo e coloquei a boca do lobo na orelha do cachorro. Tiago riu mais, virou seu corpo para mim e colocou o cachorro mais perto do outro fantoche. O lobo brincou de comer um pedaço da orelha do cachorro. Tiago continuava a rir e a demandar a brincadeira, não só com seus movimentos, mas verbalmente: “Oi seu lobo, eu tô aqui!” (cena 07).

A narrativa dessa brincadeira com fantoches aconteceu em várias sessões e ilustram alguns momentos de encontro e coproduções terapêuticas. Um dia, o lobo comeu um pedacinho do dedo do pé de Tiago, no outro a mão e também os braços. Em outro dia, Tiago deitou seu corpo no chão, junto ao cachorro. Lá, eles esperaram e chamaram pelo lobo. Sessão após sessão, lobo e cachorro se aproximaram.

A brincadeira com fantoches foi a primeira aproximação no espaço terapêutico, a partir de um diálogo lúdico e marca uma mudança importante no processo terapêutico dessa criança. A distância em relação ao outro cedeu lugar a uma brincadeira com oferta, demanda e interações afetivas possíveis.

Em outra sessão, Tiago vestiu ambos fantoches e produziu alguns diálogos. Depois, tirou o fantoche de lobo e entregou-o para mim, me convidando para entrar na brincadeira. Esse movimento de Tiago indica um investimento e busca pelo contato, comunicação e interação. Os fantoches parecem ter tido a função de mediar o encontro com o outro.

As falas, os toques, a escuta, os gestos, as intenções e os contextos narrativos das personagens possibilitaram espaços para que essa criança, de forma singular, pudesse se aproximar, se entreter, se divertir e demandar trocas com o outro. As pistas que Tiago apresentou, como olhar para a nós, depois para o fantoche e largar os outros brinquedos, indiciam sinais de sua singularidade, de seu interesse e de possibilidades de brechas de aproximação na relação e no encontro com o outro.

Segundo Ginzburg (50), a leitura de detalhes, sinais imperceptíveis/pormenores, presentes em uma cena, possibilita a construção de um percurso singular, que leva o observador ao encontro com as particularidades, nesse caso, de Tiago. E o que mais nos aproxima de uma leitura legítima do caso clínico, ou seja, o que mais nos aproxima de conhecer Tiago.

Nos questionamos se, em alguns momentos, nossas intervenções que visavam a interação de Tiago se aproximaram de demandas normatizadoras, no sentido de uma interação ideal, sem os déficits apontados no DSM-V (21). No entanto, como aponta Foucault (4), as construções dessas demandas normatizadoras aproximam-se de ideias de adestramento dos corpos e do processo de disciplinarização. Ou seja, a uma compreensão binária de normal e patológico, certo e errado, e à necessidade de um determinado comportamento, o qual corresponda às demandas socialmente estabelecidas. A partir dessa perspectiva, a criança ideal não deveria realizar movimentos repetitivos, ecolalias e estereotípias. Ou seja, as características compreendidas como indisciplinadas devem ser cessadas através de processos terapêuticos normatizadores. Mas, na condução do processo terapêutico de Tiago, notamos que, longe desse adestramento, o objetivo era colocar os corpos em cena, possibilitando outros modos de ser e estar no mundo.

“Sessão após sessão, lobo e cachorro se aproximavam, começaram a criar outras brincadeiras, com novos contextos e temas para suas histórias, novos espaços e elementos” (cena 08).

Após algumas sessões brincando com os fantoches, as interações ganharam um novo caráter, com mais proximidade, toques, olhares e risadas.

Em um atendimento específico, levamos os fantoches para a brinquedoteca e para o corredor de atendimento. Na brincadeira, estávamos buscando um lugar para os fantoches dormirem e Tiago caminhou para a área externa do CEPRE, levando seu fantoche para um cantinho perto do parquinho. Segui seus passos e construímos ali, naquele novo espaço, a continuação de nossa brincadeira.

A partir disso, foi possível ocupar, explorar e brincar em novos espaços. Essa proposta visava observar como Tiago brincaria e se relacionaria fora da sala de atendimento. Porém, sair do ‘setting terapêutico’ foi uma intervenção que permitiu muito mais do que essa observação. Nesse outro espaço, foi possível uma configuração de novas aberturas para a interação com o outro e novas brincadeiras. Aliado a uma perspectiva despatologizante, construímos sessões em que não reproduzimos modos rotineiros, cotidianos e repetitivos e sim, novos modos.

“Chegamos ao parque. Movimentando o fantoche do lobo, eu disse: “Aí, acho que o Sr. Lobo está com sono. Podíamos procurar uma casinha para ele dormir”. Tiago me olhou. Parou. Fixou seu olhar para um lado, demonstrando estar pensando. Esticou seu corpo e caminhou. Andou por alguns espaços da área externa do CEPRE, até que parou e disse: “Aqui”. Estávamos diante um tanque de roupas, posicionado em um cantinho entre três paredes. Ele me olhou, como se esperasse que eu contasse o próximo passo, pois um lugar para dormir já tínhamos. Eu então disse, “Vamos colocá-los para dormir”. Deitamos no chão, lobo, cachorro, eu e Tiago. Ficamos um tempo ali, de olhos fechados. Eu então comecei a movimentar meu corpo e anunciar o início do dia: “Uau! Que dia lindo! Bom dia Sr. Lobo, bom dia cachorro, bom dia Tiago.” Ele me repetia e dizia bom dia para cada um. Depois, Tiago se levantou, saiu andando e também correndo pelo parquinho. Eu fui atrás.” (cena 09).

Composta junto aos outros modos de ser de Tiago, as intervenções terapêuticas eram pautadas na construção de narrativas que incluíam Tiago, os brinquedos e os lugares. A disponibilidade em sair do espaço usual da sala de atendimento evidenciou uma prática clínica mais aberta para a escuta do sujeito, afinal não é necessária uma única estrutura de espaço e brincadeiras. Embora, no início das sessões com Tiago, tenha sido importante a montagem de espaços mais circunscritos, no decorrer do processo terapêutico essa estratégia terapêutica não se fez mais tão necessária.

Corpos indóceis somente no parque?

Para a análise desenvolvida no presente trabalho, as gravações das sessões com Tiago foram retomadas. Devido a essa proposta de análise, foi possível notar que nossas expectativas terapêuticas, de respostas e interações com caráter típico por parte de Tiago, permitiram que, em alguns momentos, sinais apresentados por ele passassem despercebidos. De maneira peculiar, Tiago olhava, trazia brinquedos, repetia alguns sons da terapeuta e a imitava, anunciando possibilidades sutis de interação.

Reconhecemos que demandar uma criança se expressar de maneiras consideradas correta ou ideais, pode ser uma intervenção patologizante. Pois, nessa perspectiva, desconsidera-se diversas possibilidades de estar no mundo. Por esse motivo, o exercício de questionamento sobre a prática clínica deve ser acompanhado de uma análise sobre os discursos que a compõem. Ou seja, o manejo clínico, as observações, intervenções e a construção do processo terapêutico se embasam em qual perspectiva?

Como discute Foucault (3), existem práticas e poderes que dialogam e compõem discursos operadores de relações sociais. Estes, muitas vezes, se caracterizam como disciplinares e dominam as práticas profissionais orientadas pela ideia de uma disciplinarização dos corpos-dóceis. Diferentemente dos corpos disciplinados pelas práticas sociais, o corpo de Tiago nos evidencia uma resistência à disciplinarização e à normatização. Não responde a essa demanda e, por isso, expressa outros modos possíveis de ser e estar no mundo. Tiago evidencia um corpo-indócil, que se expressa a partir de outros modos, que não os chamados corpos típicos.

A partir disso, apresentamos uma cena que explicita essa questão:

“Neste dia nosso atendimento aconteceu na área externa do ambulatório. Imerso nos brinquedos do parquinho do ambulatório, como escorregador, balanços, gangorras e escadas, o corpo de Tiago se deslocava. Observando estes movimentos, eu pensava: o corpo de Tiago, no parquinho, se apresentava diferente da sala de atendimento. Ali ele brincava mais com seu corpo. Ele subia o escorregador. E descia. Subia novamente. Descia novamente. Eu observava a possibilidade de brincar com ele, a partir dos movimentos de seu corpo. Depois de um tempo, eu me coloquei na cena. Parada no final do escorregador, demandei que ele escorregasse. Ele terminou seu movimento de subir ao topo do brinquedo. Sentou-se, me olhou, como quem pedia que eu demandasse novamente. Com o movimento dos braços, chamando-o,

verbalizei: “Venha!”. Ele escorregou e nossos corpos se encontraram. Continuei a brincadeira: “De novo!”. Ele subiu. Eu anunciei uma nova frase (já presente em outras brincadeiras): “Preparar! Apontar! Já!”. Como nas outras brincadeiras, sentado, ele me esperou anunciar o já. E junto disse: “Já!”. Ele escorregou e nossos corpos se encontraram novamente. Abracei-o. Ele pediu para repetirmos. Ele subiu pelo escorregador....” (cena 10).

Com o tempo, observamos que o corpo de Tiago passou a se apresentar com novos movimentos, ocupando outros lugares, como a área externa do CEPRE, os encontros com meus braços, minhas palavras e com as brincadeiras. A partir dessas mudanças, é possível apresentar algumas questões: O que pode o corpo? O que os corpos destas crianças diagnosticadas com T.E.A. nos ajudam a pensar a respeito de estratégias terapêuticas, em uma perspectiva despatologizante? Quais são os efeitos das práticas de poder incidentes no campo da Saúde Mental, assim como do processo de disciplinarização, no desenvolvimento dessas crianças?

A cena do parquinho, assim como, a dos encontros a partir de fantoches, Legos e aviões nos contam sobre uma relação possível a partir de um olhar terapêutico sobre um corpo não assujeitado e disciplinarizado. Levar Tiago ao parque pôde ser uma ferramenta importante na construção do processo terapêutico desse caso clínico. Pois, naquele espaço, em que efetivamente algumas brincadeiras emergiram, nós também pudemos nos distanciar de uma intervenção específica e com uma finalidade, permitindo outras descobertas, encontros e possibilidades no trabalho com Tiago.

Acrescentamos ainda que, para Barros e Passos (53), há uma inseparabilidade entre conhecer e fazer. Os autores colocam que a “intervenção sempre se realiza por um mergulho na experiência que agencia sujeito e objeto, teoria e prática, num mesmo plano de produção e coemergência”. Nesse sentido, estar presente na prática clínica é uma das características principais para a construção de um trabalho que investe em práticas não patologizantes. Compreendemos que este eixo nos remete à uma importante colocação: os encontros com os corpos, com as temporalidades e as particularidades são coproduções. O processo terapêutico é uma coprodução, emergido pela força dos encontros entre a criança e o profissional.

Déficit e normatização: o outro como um instrumento?

Em algumas ocasiões, Tiago buscava meus braços e mãos e me levava até algo que desejava, como o bebedouro ou brinquedos que estavam no alto de um armário. Ao analisar essas situações, era comum destacarmos que Tiago estava fazendo um uso instrumental do outro. Ou seja, relacionava-se, como se o outro fosse uma extensão de seu corpo, que lhe auxiliaria a alcançar um objeto. Esse tipo de análise indicava que não havia interesse de Tiago em se relacionar afetivamente com o outro. Essa leitura estabelecia que o outro era somente um instrumento necessário para ações objetivas.

No entanto, hoje, ao retomar e ressignificar essas análises iniciais, é possível considerarmos que essa compreensão dos movimentos de Tiago é tributária de um discurso normativo, em referência a um ideal de interação tido como saudável, normal (14).

A partir da ressignificação desses movimentos iniciais de Tiago, foi possível levantar algumas questões: Tiago realmente não queria interagir com o outro? Ou seus movimentos não se apresentam como os usuais? Não havia afetividade nesses movimentos? Todas as interações humanas afetam a todos da mesma forma? Afinal, é possível normatizar os afetos?

Se tomarmos que há um ideal, uma norma, uma referência a ser seguida no tratamento de uma criança com autismo, esse processo patológico nos apontará que sua finalidade de normatização nunca será alcançada. A criança autista sempre estará em déficit a algo, a alguém, a um modo de ser. A busca pela ocupação do lugar de criança 'normal' para essas crianças, e também quaisquer outras, causará angustias e frustrações nas crianças e nos familiares, pois nunca se deixará a posição de déficit.

Repetir, repetir até encontrar uma brecha para que algo fique diferente

Nos primeiros meses de atendimento, Tiago apresentou um importante sintoma: manuseava repetidas vezes um mesmo avião, para frente e para trás, enquanto observava as luzes laranjas piscando em uma das portas do brinquedo. Sempre escolhia o mesmo brinquedo e fazia os mesmos movimentos. Quando alternava sua brincadeira, escolhia alguns carrinhos e um posto de gasolina, onde era

possível descer e subir pelo escorregador do brinquedo e enfileirar os carros, um a um. Esses repetitivos movimentos de Tiago podem evidenciar, de acordo com o quadro de T.E.A., uma falta de interação com a terapeuta, buscando somente manusear, de maneira pobre, os objetos disponibilizados na sala. Destaca-se que Tiago demonstrava um uso aparentemente estereotipado dos objetos, alinhando-os. Esse padrão de movimento denota, segundo a descrição do DSM-V (21), uma restrição e repetição de comportamentos. Segundo os critérios do DSM-V (21), padrões de repetitividade fazem parte do quadro de T.E.A.:

“Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia: 1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotípias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas)” (21).

Um avião que ia para frente e para trás foi um movimento presente em diversos atendimentos de Tiago. Assim como, os carrinhos que iam e vinham, sem histórias, sem palavras, sendo alinhados um ao lado do outro, com movimentos repetidos. Sessão após sessão, esse era o roteiro. Poucos foram os momentos em que parecia haver a possibilidade de participar das brincadeiras e movimentos de Tiago. Muitas foram as tentativas, pela via da palavra ou com outros brinquedos. Quase sempre, ele recusava, virava-se de costas ou verbalizava um “Não”.

A repetição foi um movimento importante nas sessões de Tiago, observava-se que era possível compor com ele, seja repetindo junto, ou deixando-o repetir. A fim de encontrar brechas e participar da brincadeira, as intervenções terapêuticas investiam nessas repetições, compreendendo-as como possíveis aberturas e momentos de encontro, como na cena abaixo:

“Nessa sessão, estávamos em uma sala com carteiras escolares, uma lousa, giz, apagador, aviões, carrinhos e bonecos dispostos. Eu e Tiago estávamos brincando no chão com os aviões e carrinhos, quando ele se levantou, pegou um avião, colocou-o em uma das carteiras, voltou para o chão, pegou o outro avião e colocou-o em outra carteira. Repetiu esse movimento de pegar aviões, carrinhos e bonecos oito vezes. Enquanto esse movimento acontecia, eu comecei a descrever seus passos de colocar os brinquedos para sentar. Propus, junto a essa narrativa, que aquele cenário estava parecendo uma escolinha. Tiago sentou na última carteira vazia e me olhou, apontando para a lousa. Percebendo que ele me convidava para brincar e que havia aceitado minha brincadeira de escola, me voltei para a lousa e comecei a desenhar um menino. Desenhava boca, olho, nariz, braços e todo o corpo, enquanto eu e Tiago falávamos cada membro que aparecia ou faltava no meu desenho. Depois de um

tempo brincando, ele me buscou, pegou em minhas mãos e me levou para sentar na carteira que ele antes ocupava. Depois disso, foi para a lousa e fez um desenho de sol, parecido com aquele que eu havia feito, me olhou e esperou que eu contasse o que era aquele desenho ...” (cena 11).

Ao não considerar os movimentos de repetição como meras estereotípias do autismo, abriu-se uma possibilidade de participação em uma brincadeira e, conseqüentemente, uma interação. Esse outro olhar se compôs a partir de uma perspectiva despatologizante, desvinculando-se de descrições sintomáticas dos comportamentos de Tiago.

Nossas intervenções não deixaram de considerar o quadro de T.E.A. mas, também, permitiram que Tiago, pudesse produzir novas histórias e relações em suas brincadeiras, a partir de suas idiossincrasias, mediante uma interação possível entre Tiago e a terapeuta. Em outros espaços e abertos para as demandas da criança, criamos um contexto escolar, um cenário de cotidiano para a casinha do Lobo e do cachorro, brincadeiras de banda e de carrinhos

A reflexão sobre nossa disponibilidade em sair dos modos e dos espaços usuais de atendimento psicoterapêutico, evidenciam dois apontamentos importantes sobre a prática da clínica: I) a existência de constantes repetições dos profissionais, evidenciadas pela repetição da atuação somente na sala de atendimento (setting terapêutico), pela repetição dos objetos e das brincadeiras; II) as potentes possibilidades de romper com a própria repetição dos atendimentos terapêuticos, a partir das brechas para interações que as repetições das crianças propõem.

4.2. Mateus

Primeira Cena

“No colo da mãe ele esbarrava, não media seu corpo ou o dela. O colo não sinalizava lugar de aconchego. Escalava-a, passava seu corpo por trás da cabeça da mãe. Ela se incomodava. Ele parecia não perceber, mantinha o movimento. A cena que se desenhava frente aos meus olhos foi a primeira imagem do dia que conheci Mateus.” (cena 12).

A cena relatada acima descreve um momento do primeiro atendimento de Mateus. Nela, notamos que ele apresentou alguns movimentos particulares: estranhava o colo da mãe, não endereça o olhar e parecia não delimitar o corpo próprio e o do outro. Sua forma de se expressar, se colocar e interagir se apresentou muito distinta às de crianças típicas. A mãe, por sua vez, demonstrou um desconforto e um incômodo com os movimentos do filho. Essa postura da mãe, que será melhor explorada adiante, apresentou-se em outros momentos ao longo do processo terapêutico, evidenciando uma demanda endereçada ao filho, de que ele realizasse outros gestos, movimentos, interações e linguagem.

Escolhemos esse recorte para iniciar esta discussão, pois essa cena ilustra duas importantes questões. A primeira refere-se a nossa percepção da relação de Mateus com o outro. E a segunda refere-se às percepções, aos discursos e aos movimentos da mãe.

Compreendemos que ambas questões apontadas dialogam diretamente com as ideias foucaultianas sobre práticas de poder, assim como, sobre a incidência que os discursos disciplinares têm nas práticas sociais. No caso desse trabalho, essa incidência está presente nos processos terapêuticos, expressas nas relações entre os membros da família, os profissionais e o paciente.

No campo do autismo, esses discursos disciplinares incidem através das práticas de adestramento referentes aos supostos déficits das crianças com esse diagnóstico. Nessa linha, Bernardo et al. (36) apresentam que, independentemente da linha escolhida para o cuidado com crianças com autismo, “o tratamento deve começar o mais cedo possível; as terapias devem ser adaptadas às necessidades específicas de cada criança e a **eficácia do tratamento deve ser medida com os avanços da criança.**” (grifos nossos). Os autores complementam apontando a importância do conhecimento profissional sobre o autismo para a eficácia do

tratamento. Ou seja, consideram que essas crianças devam receber cuidados a partir do diagnóstico. Complementam a essas questões que “uma boa intervenção consegue reduzir comportamentos inadequados e minimizar os prejuízos nas áreas do desenvolvimento.” (36).

Em perspectivas como essa, uma proposta de caráter disciplinar é o que estabelece a conduta do caso. Se o sucesso do processo terapêutico corresponde a diminuir ou cessar os sintomas do quadro, então compreende-se que há algo errôneo e deficitário nessas crianças. O próprio Manual, DSM, traz em sua versão original o termo *disorder* no documento, para referir-se às psicopatologias. No entanto, como nos aponta Silva (52), “ao se escolher o termo *transtorno* (tradução para a língua portuguesa do original inglês *disorder*), fica implícita, no DSM-V, a compreensão de que há algo em desacordo com uma “ordem” e, portanto, há um ideal a ser perseguido.”

Essa perspectiva, orientada pelo binômio normal-patológico e pelo caráter descritivo a partir do deficitário atravessou as relações entre familiares e profissionais no caso clínico do Mateus, como veremos adiante.

Entrevista Inicial

Mateus iniciou os atendimentos no CEPRE em janeiro de 2017, com uma estagiária de fonoaudiologia, no ambulatório GAPAL. Em supervisão, a estagiária relatou o desinteresse de Mateus por ela e pela mãe, que o acompanhava na sessão. Ao final do semestre, ele foi encaminhado para os atendimentos psicoterapêuticos do Programa “Intervenção Precoce em crianças de 0 a 3 anos”. O ambulatório avaliou que Mateus apresentava sintomas presentes no quadro de autismo e que os atendimentos do Programa poderiam atender melhor essa demanda.

No semestre seguinte, Mateus, aos 2 anos e 4 meses, começou seus atendimentos psicoterapêuticos. No primeiro encontro, ele veio acompanhado de sua mãe (37 anos) e realizamos uma entrevista inicial.

Logo no início da sessão, pedi para que ela me contasse um pouco da história do filho. Com ele no colo e demandando que ele se virasse de frente para mim e me olhasse, ela discorreu uma longa narrativa sobre o dia-a-dia de Mateus e o dela.

Desde que Mateus nasceu, ele mora na mesma casa, junto com os avós maternos e sua mãe. É filho único. Seu pai (35 anos) é angolano, morava, na ocasião, no mesmo bairro de Mateus, é namorado de sua mãe e se encontra com o filho mais o menos duas ou três vezes na semana. Ela trabalha no setor de perícia criminal da polícia civil, realiza plantões semanais e, nesse período, deixa o filho com os avós maternos. O pai é professor de geografia e motorista de aplicativo.

Durante nossa conversa, a mãe questionou sobre a falta de interesse do filho nas pessoas, de maneira geral, ou em objetos, como os brinquedos presentes na sala. Me parecia, que seus movimentos queriam validar suas colocações:

“Nesse primeiro atendimento, Mateus ficou o tempo todo no colo de sua mãe. Esbarrando e se esparramando no corpo dela. Diversas vezes ela insistiu para que ele virasse seu corpo de frente ao meu. Mas, por quase toda sessão, ele se manteve de costas para mim. Em um momento, ela o pegou pelos braços e conseguiu virá-lo. Já de frente para mim, Mateus fechou seus olhos. Ele parecia me contar que não interagiria. Ou pelo menos, não interagiria da maneira que a mãe solicitava.” (cena 13).

A mãe também comentou que o filho teria um atraso no desenvolvimento da linguagem, pois ele havia começado a falar algumas palavras e logo parou. Também apontou que Mateus tinha um interesse em objetos como canetas e folhas de árvores e não se interessava por brinquedos. Contou que ele nunca atendeu quando ela ou outro familiar o chamavam pelo nome.

Esses questionamentos da mãe nos chamaram a atenção, pois ao descrever o contexto diário, familiar e as relações de Mateus, ela apontou uma perspectiva deficitária para as questões do filho. Nos parece que a mãe de Mateus não sabia nos dizer sobre particularidades do filho, somente relatar aquilo que se aproximava de aspectos do quadro de autismo. Ela descrevia as características do filho e apontava ter lido que tais aspectos se relacionavam a esse diagnóstico e demandava minha confirmação.

Buscaglia (54) aponta que o encontro da maternidade com as limitações dos filhos é caracterizado como uma “experiência complexa, causando, sofrimento, confusão, frustrações e medo”. O autor acrescenta que, na maioria dos casos, é sobre os pais e as mães que recaem as responsabilidades em relação ao filho e ao tratamento. No caso de Mateus, sua mãe foi a pessoa que se comprometeu a se responsabilizar pelas escolhas e pelo acompanhamento do tratamento.

Já na primeira entrevista, a mãe colocou que ela e o pai não sabiam o que fazer com uma criança, muito menos uma criança autista. Por esse motivo, precisavam e buscavam ajuda de “pessoas que estudaram” (sic mãe). Entendemos que esta colocação da mãe diz a respeito de como compreende o seu saber sobre seu filho e o saber do campo da saúde. A mãe de Mateus demonstrou conhecer e contar sobre seu filho, sobretudo, a partir de descrições e concepções do quadro de autismo. Pouco pôde se servir de características do contexto familiar, da história de vida de Mateus para nos contar sobre ele.

Esse movimento da mãe de Mateus nos apresenta uma importante questão sobre a figura do especialista, do profissional da área da saúde que detém o saber sobre a criança. Pois, se em alguma medida, como apontamos, a educação busca respostas na saúde, de maneira muito próxima, a família também busca cessar sua demanda por explicações sobre a criança a partir do saber desse campo. Silva (52) aponta que o discurso do saber da figura do especialista promete uma aplicabilidade das informações que ele oferta. “Informações que dificilmente se convertem em conhecimento, pois têm um caráter (propositalmente) utilitário, instrumental e, por isso, demasiadamente superficial” (52). Portanto, essa figura “teria a resposta inequívoca à pergunta *como fazer*” (52).

Prontuário do paciente e encaminhamento do caso

A partir do prontuário do paciente, tomamos contato com algumas questões do caso, como queixa inicial, encaminhamento e levantamentos realizados nas entrevistas realizadas no CEPRE.

Na entrevista com a assistente social, a mãe colocou que buscou espontaneamente por atendimentos fonoaudiológicos, pois Mateus falava três palavras, não gostava de interagir com outras pessoas e fazia vários movimentos repetitivos. Já na entrevista com a estagiária, dois meses depois, a mãe, diferentemente, relatou que o encaminhamento foi realizado por uma pediatra e apontou que ele falava três palavras: mãe, água e *Toddynho*.

No prontuário, consta que Mateus tinha dificuldade para falar, rangia os dentes, era agitado e, às vezes, não atendia quando era chamado. Segundo a mãe,

a interação tinha melhorado, naquela mesma semana, depois de iniciar as atividades na creche. Segundo ela, o avô materno dizia que o tio do Mateus tinha algumas características semelhantes ao neto, mas que “cresceu e é normal”. Mateus realizou exames auditivos quando nasceu e os resultados não apontaram alterações. Ele mamou até os 9 meses. Segundo a mãe, ele sempre assistiu muita televisão com o avô materno. Chorava com facilidade, principalmente em ambientes novos ou com pessoas desconhecidas. Sua mãe foi acompanhada no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Hospital das Clínicas da UNICAMP (CAISM), durante o período gestacional. Ela possui artrite reumatoide, mas isso não causou problemas no parto, porém foi necessário ela interromper a medicação durante a gestação.

A rotina de Mateus: terapias e a escola

Quando iniciou os atendimentos, Mateus ia para a escola (um pequeno berçário), onde passava meio período do dia. Após três meses de atendimento, a mãe relatou que “a escola convidou Mateus a se retirar” (sic mãe). A diretora, que também era professora de Mateus, colocou que não era possível para a escola atender às demandas da criança. Este episódio provocou muita angústia na mãe e a levou a buscar novos espaços, terapias e profissionais para acompanharem Mateus em seu desenvolvimento. Devido a esta outra demanda, de terapias e consultas, ele não frequentou a escola entre setembro de 2017 e fevereiro de 2018.

Neste período, Mateus começou a ser acompanhado por um neurologista, que solicitou exames neurológicos e genéticos, os quais não apresentaram nenhuma alteração. Após essa investigação inicial, o neurologista diagnosticou Mateus com Transtorno do Espectro Autista, Déficit Cognitivo e Hipotonia. Uma nutricionista também começou a acompanhar Mateus, devido à queixa da mãe em relação à alimentação seletiva: bolacha de maisena; suco artificial ao longo do dia; pão de queijo; leite; arroz; feijão; frango e carne picados.

Neste mesmo período, Mateus iniciou terapia fonoaudiológica e ocupacional, equoterapia e consultas pedagógicas. Isso significou uma nova rotina familiar, em que todos os dias havia algum (ou alguns) atendimento(s). Durante o processo terapêutico, Mateus continuou com os atendimentos mencionados e iniciou

sessões com um educador físico e atendimentos psicoterapêuticos na abordagem cognitivo-comportamental, com sistema *Applied Behavior Analysis* (ABA).

Destaca-se que toda a busca pelos diversos tratamentos foi uma iniciativa materna. Compreendemos que essa demanda da mãe poderia estar atrelada às propostas disciplinares de estimulação, intervenção e tratamentos. Buscamos problematizar com ela sobre o excesso de atendimentos, além de, que notávamos Mateus chegando cansado em algumas sessões. Ao ser questionada, a mãe dizia que o filho ficava constantemente cansado e até dormia em algumas terapias. Porém, ela argumentava que, segundo alguns estudos, intervenções terapêuticas na faixa etária em que Mateus se encontrava, tinham um melhor prognóstico, nos quadros de autismo. E, devido a isso, ela não diminuiria as atividades que ele realizava.

Segundo Pinto et al. (31), os familiares de crianças com diagnósticos crônicos, como o autismo, apontam se sentirem sem uma direção após o contato com o diagnóstico, ou ainda a possibilidade de diagnóstico, como era o caso da mãe de Mateus. Somado a esta questão, essa mãe, em particular, frequentemente demonstrava que não sabia como cuidar de seu filho. A frase que apontamos acima, “não sabemos o que fazer com uma criança” (sic mãe) evidencia essa demanda materna. A compreensão acerca dos efeitos e do impacto familiar do diagnóstico, indica a importância de escutar as particularidades de cada, seguindo as orientações apontadas pelo Ministério da Saúde (47). Elas nos auxiliaram na condução do caso clínico, assim como no acompanhamento da mãe de Mateus, como veremos mais adiante.

Efeitos do discurso médico na atuação de diferentes profissionais

Nesse tópico, buscaremos apontar como as percepções e leituras realizadas pelos demais profissionais que acompanharam Mateus influenciaram na condução de seu tratamento. Compreendemos que essas práticas profissionais, em algumas ocasiões, foram atravessadas por perspectivas normatizadoras e disciplinares, configurando um olhar fragmentado e generalizado sobre Mateus. Em outros momentos, parecia haver espaço para uma perspectiva de integralidade, como veremos adiante.

Ressaltamos que, segundo documentos do Ministério da Saúde (47–49) e alguns estudos (31,36), características da equipe profissional que acompanha um caso clínico são um fator decisivo para a condução do tratamento. A composição de uma equipe multidisciplinar, assim como a longitudinalidade, são apontadas por Bernardo et al. (36), como cruciais, devido à “condição crônica [do autismo] caracterizado pela presença de importantes prejuízos em áreas do desenvolvimento”, e, portanto, há a necessidade de cuidados em diferentes âmbitos, além de um tratamento por um longo período.

O Ministério da Saúde (47) apresenta que, além do acompanhamento longitudinal e de uma equipe multidisciplinar, há a necessidade da compreensão de aspectos particulares do caso e do vínculo profissional-paciente. Para que isso ocorra, as ações profissionais devem ser orientadas pela integralidade. Ou seja, nos casos de crianças com autismo, essa condição não deve ser compreendida como a única característica da criança.

No tratamento realizado com Mateus, os profissionais que o acompanhavam tinham um caráter multidisciplinar, caracterizado pela longitudinalidade no tratamento, além do estabelecimento de vínculos profissionais-paciente e profissionais-mãe. Entretanto, as práticas profissionais não se orientaram pela integralidade das atuações. Cada profissional desenvolveu um determinado trabalho terapêutico com Mateus, sem compartilhar as percepções, intervenções e práticas de cuidado. Essa fragmentação das diferentes atuações profissionais implicou em uma fragmentação do processo terapêutico.

Segundo o Ministério da Saúde (55), práticas que reconhecem a singularidade da criança, na perspectiva da integralidade, podem se caracterizar como uma atuação despatologizante, na medida que propiciam para a família e para o paciente uma compreensão da criança para além da patologia e do discurso centrado somente no conhecimento biomédico.

No acompanhamento de Mateus, notamos a demanda materna para a construção dessa integralidade do tratamento. A mãe dizia que gostaria de uma equipe de profissionais que pudesse construir o processo terapêutico de seu filho em conjunto. Como veremos abaixo, essa demanda não compôs a condução do tratamento, mas possibilitou uma reunião entre alguns profissionais: professora;

psicóloga da equoterapia; fonoaudióloga; terapeuta ocupacional; neurologista; administradores da equoterapia e a psicóloga²⁶. Essa ocasião pode ilustrar um pouco a condução dos profissionais no tratamento de Mateus.

Esse encontro ocorreu no consultório do neurologista. Inicialmente, ele explicou que havia realizado o pedido da reunião para que os profissionais se conhecessem e pudessem, então, conduzir o caso em conjunto. Destacamos que essa colocação do médico difere daquilo que a mãe dizia, sobre o pedido da reunião ser dela e não do médico. Independentemente disso, ao ser colocada como uma demanda médica, notamos que a condução da reunião foi definida a partir dessa questão.

Além disso, ao explicar a necessidade de um acompanhamento mais integralizado da equipe, o neurologista acrescentou que ele somente participaria daquela única reunião e, depois, a condução deveria ocorrer entre os demais profissionais. Esse posicionamento evidenciou a concepção de um lugar diferente ao profissional médico em relação ao restante da equipe, um lugar hegemônico que a medicina ocupa entre as disciplinas e as práticas de saber. Caracterizada como detentora da verdade, os discursos da medicina biomédica dominam e atribuem determinações disciplinares, como as realizadas por esse neurologista.

O neurologista apresentou sua avaliação diagnóstica e determinou a condução clínica do trabalho. Os diagnósticos médicos foram: T.E.A.; hipotonia e Déficit Cognitivo. E a conduta do caso foi apresentada da seguinte forma: “eu preciso de pelo menos uma psicóloga e uma fonoaudióloga acompanhando o caso” (sic).

Os membros da equipe somente escutaram esse diagnóstico e a conduta. Não houve constatações, nem questionamentos. Não é possível determinar se isso ocorreu por concordarem com a opinião do neurologista ou se somente estavam reproduzindo a lógica de um discurso hegemônico da medicina. No entanto, essas atitudes parecem evidenciar ainda mais as relações das práticas de saber e poder presentes nos cenários de atendimentos e conduções dos casos clínicos.

A naturalização do poder médico está presente no nosso cenário cotidiano. No caso das práticas terapêuticas com Mateus, isso fica perceptível quando essas

²⁶ Autora dessa dissertação.

colocações do neurologista não são questionadas por nenhum outro profissional. Essa conduta do tratamento, nos levou a alguns questionamentos: Essa rede profissional foi atravessada por práticas de poderes que tomam a hegemonia do discurso médico como base? A prática desses profissionais tinha um caráter normatizador?

Acreditamos que a problematização e a construção de uma atuação que não seja disciplinar deve considerar que, como apresenta Foucault (3), a medicina é uma disciplina, a qual se ocupa de estabelecer uma ordem social, ou seja, apresenta discursos normativos que estabelecem práticas disciplinares. Por exemplo: se uma criança realiza movimentos repetitivos, não fala aos 2 anos e/ou aponta sinais de dificuldades de interação, ela necessariamente está fora da norma. Essa criança, considerada deficitária em relação a um padrão, foge a uma regra/lei constituída a partir de demandas sociais, como é o caso de Mateus.

Além disso, essas práticas incidem nos diagnósticos e propostas terapêuticas como recursos para um bom adestramento do sujeito (4). Nesse tipo de prática, evidencia-se a força e a verdade do poder médico. A reunião com os profissionais que atendiam Mateus indica um traço da hegemonia do discurso médico normativo nas relações entre os profissionais, nas percepções dos profissionais sobre a criança e sua família, e, portanto, na condução clínica do caso.

Durante a referida reunião, coloquei – como psicóloga que atendia a criança – algumas questões aos demais profissionais: “Será que Mateus não estaria realizando terapias demais ao longo da semana? Será que esses compromissos não estariam lhe provocando cansaço? Esgotamento? Ou ainda, outras demandas que não estaríamos escutando?” Apontei ainda que a mãe relatava um cansaço dela e de Mateus e que se ocupava em realizar toda a agenda de atendimentos, pois acreditava que aquele era o melhor momento para estimular o filho. A equipe discutiu esses apontamentos, porém a conclusão final foi estabelecida pelo médico: “Se vocês querem diminuir as terapias dele, diminuam. Mas eu preciso de pelo menos uma fonoaudióloga e uma psicóloga no caso.” (sic).

Compreendemos que ao ser caracterizada por uma busca pela normatividade e disciplinarização dos sujeitos, as atuações dos profissionais do campo da saúde incidem em uma configuração de adestramento dos corpos e acabaram respondendo a uma demanda social e familiar. Logo, a configuração de

uma proposta de tratamento com diversas terapias, demandada pela mãe e não contestada pelos profissionais, configurou uma busca incessante e cansativa da família em direção de uma pretensa normatividade de Mateus.

Esses processos de normatização instituem o que é normal, patológico, correto, errôneo, aceitável e inaceitável e, conseqüentemente, colocam familiares e equipe em movimentos que buscam alcançar a cura, ou melhor, a disciplinarização da criança. Portanto, as práticas discursivas dos profissionais reproduzem esses modos corretos de ser, se comportar e se desenvolver buscando implementar atuações terapêuticas que visem a normalidade.

Vale ressaltar que, mesmo após essas problematizações com a equipe, nenhuma alteração na rotina de Mateus foi estabelecida. A proposta de trocas entre os profissionais, novas composições da conduta do caso, ou ainda, novas significações sobre Mateus e sua família também não ocorreram. O que aponta que não houve espaço para a integralidade e escuta das demandas da família, se não daquelas que atendiam aos discursos normativos.

Nos atendimentos com a mãe, compreendemos que seu movimento de busca por inúmeras terapias, o seu cansaço e de Mateus, além da sua demanda para uma “cura” do autismo, continuaram. Segundo Bernardo et al. (36) “os pais anseiam que o filho seja “curado””, eles “buscam por soluções, tentativas de amenizar as sequelas”, pois compreendem o autismo como uma patologia. É importante enfatizar aqui a escuta das questões familiares. Os mesmos autores, complementam a questão acerca das angústias familiares, apontando que a equipe de profissionais é fonte de “auxílio e informação diante das adversidades sentidas pelos pais” (36).

Mesmo diante desse cenário, algumas construções com a psicóloga da equoterapia de Mateus foram possíveis. Antes mesmo da reunião mencionada, encontros com essa profissional ocorreram. Nesses encontros, pudemos construir uma integralização dos processos terapêuticos. Trocas sobre nossos trabalhos, percepções sobre a família e sobre Mateus permitiram novas possibilidades de condução terapêutica. A discussão sobre a importância de um trabalho sensorial, com a utilização de objetos e texturas distintas, foi imprescindível na condução do caso.

É importante ressaltar esse trabalho em conjunto com a psicóloga responsável pela equoterapia, pois uma generalização da condução das práticas

estabelecidas com um caso clínico seria um equívoco. O diagnóstico e o poder do discurso hegemônico da Medicina, representado pelo neurologista que atendia Mateus, influenciaram muito as práticas terapêuticas, mas o trabalho em conjunto relatado evidencia as possibilidades da integralidade e a coprodução de processos terapêuticos, mesmo que eles ocorram em distintos espaços.

Essa discussão aponta que há uma diversidade de possibilidades em relação à condução terapêutica. Práticas patologizantes e despatologizantes podem estar presentes nas atuações de uma mesma equipe, ou ainda, de um mesmo profissional.

O discurso médico hegemônico e a patologização da família

Como já foi demonstrado, o caso de Mateus evidencia uma importante discussão sobre os processos de patologização. Por um lado, há profissionais que atuam a partir de compreensões normativas, reproduzindo modelos, classificações e tratamentos a partir da concepção de um lugar estereotipado. Por outro lado, ocorrem processos de patologização por parte da família, no modo como os familiares se relacionam com o diagnóstico de autismo e com o tratamento.

Foucault (4) apresenta o conceito de exame como um recurso do processo de adestramento dos sujeitos. Na presente pesquisa, essa ferramenta pode ser compreendida como o diagnóstico médico, que estabelece verdades possibilitando aos pais compreenderem e serem orientados sobre modelos de relação com os filhos e o mundo, relações padronizadas e normativas. Apresentaremos algumas percepções maternas sobre Mateus, na cena abaixo, ocorrida durante o terceiro mês de atendimento, antes da reunião dos profissionais. Trata-se de um atendimento somente com a mãe.

“A mãe entrou calada na sala de atendimento. Sentou-se na cadeira em frente a uma mesa. Me sentei em outra cadeira, do outro lado da mesa: “Tudo bem? Como você está?”. Ela não respondeu, somente me olhou. Soube, com aquele olhar, que seria um atendimento difícil e longo. Conte para ela que a convidei para conversarmos um pouco sobre seu filho, pois gostaria de saber como ele e ela estavam. Sem me responder, ela tirou uma grande pasta de documentos de sua bolsa e colocou-a bruscamente sobre a mesa. Esse seu movimento parecia-me denunciar o ‘peso’ que ela estava sentindo em relação às novas descobertas sobre Mateus. Abriu a pasta e começou a me mostrar e contar sobre as anotações do neurologista, do geneticista,

da escola e da nutricionista. Os papéis e relatórios eram muitos e me pareceu que sua angústia era muito grande também. Ela folheava e me contava sobre os documentos, não um a um, mas sim, a partir de uma composição que demonstrava o excesso de conteúdos existentes e não apreendidos, sentidos ou compreendidos por ela. Durante sua narrativa, ela começou a chorar. Aos poucos, fomos tirando o foco dos documentos e começamos a conversar sobre seu choro. Ela me contou que o neurologista acreditava que seu filho tinha o diagnóstico de autismo. Entre muito choro e relatos, uma de suas frases me chamou atenção: “Tenho medo. Não sei o que fazer com uma criança autista.” (cena 14).

Nesse atendimento, ela contou que havia começado a procurar na internet sobre o autismo e seus sintomas. Além disso, relatou ter procurado alguns profissionais para avaliação e um posicionamento sobre o diagnóstico. Ela dizia que se sentia angustiada com o fato de não saber porque seu filho não falava, nem a demandava, nem ao pai ou avós, diferente de outras crianças. Segundo Pinto et al. (31), é importante para a família relacionar, entender e nomear as atitudes da criança, a incerteza sobre o diagnóstico traz muita angústia e sofrimento aos pais, pois eles ficam expostos não somente a um processo de luto, mas, também, ao desconhecido.

As mães são as primeiras a perceber e compreender que há algo de diferente no processo de desenvolvimento da criança, estas suspeitas iniciais levam a sentimentos diversos: “ansiedade, desilusão, preocupação e culpa” (36). Esse recorte do atendimento da mãe de Mateus, aponta-nos diversas questões sobre sua percepção a respeito do filho, do diagnóstico e do tratamento. Entre elas, o movimento de observar, perceber os sinais de Mateus e, então, realizar buscas na internet e com profissionais.

Compreendemos que este movimento de busca em relação ao diagnóstico, assim como o processo de significação de algumas atitudes do filho, é importante para os pais, pois permitem uma nomeação daquilo que antes era desconhecido, incompreensível.

No entanto, a mãe de Mateus demonstrou não somente buscar compreender e atribuir significados às ações diferentes do filho, mas também explicá-las em absoluto a partir do seu enquadramento no diagnóstico de autismo. Esse movimento da mãe foi presente durante todo processo terapêutico. Frases como: “É difícil, porque ele é autista e então não sei ajudá-lo a aprender a usar o banheiro”; “Como ele é sensível ao toque, não consigo escovar os dentes dele”; “Você pode conversar com ele? Por que eu não sei fazer isso.” nos mostram justificativas

apresentadas pela mãe, a respeito de suas dificuldades para lidar com o filho e também sua demanda de orientação profissional.

Uma outra colocação da mãe, que demonstra essa demanda: “a terapia cognitivo comportamental está instruindo a mim e aos meus pais para apreendemos a lidar com ele e os comportamentos dele” (sic mãe). Em diversos momentos, essa mãe colocou que as sessões com o ABA podiam ajudar na organização de sua casa, demonstrando como os familiares deveriam lidar, se relacionar e compreender Mateus. Entendemos que essa proposta terapêutica atende perfeitamente às demandas dessa mãe, porém, dificulta que ela se implique na construção de uma relação possível com o filho. Em nossa perspectiva, é importante compreender as demandas, ou ainda necessidades, dessa mãe e problematiza-las.

Ainda a respeito dessa temática, destaca-se a seguinte frase materna: *“Tenho medo. Não sei o que fazer com uma criança autista”*. Apesar do destaque ao termo “criança autista”, é importante sublinhar que antes do diagnóstico, no início dos atendimentos, ela já apontava que “não sabia o que fazer com uma criança” (sic). E por este motivo, inclusive, delegava aos seus pais, muitas vezes, os cuidados de Mateus, desde o nascimento.

Essas percepções maternas permitem considerar que sua busca incessante por diagnóstico, tratamento e orientação obscurecem uma dificuldade anterior ao seu encontro com as particularidades de seu filho, as quais dizem respeito à maternidade e suas vicissitudes.

A partir dos relatos da mãe de Mateus, destaca-se que ela pouco conversa ou interage com o filho. No dia-a-dia, ela não conta para ele onde estão indo, só o leva de uma atividade para outra. Parece não considerar as demandas e o cansaço dele. Em determinada ocasião, ela relatou que só em nossos atendimentos ele era escutado. Para nós, essa rotina, atende somente a necessidade materna de que Mateus “seja estimulado” (sic mãe). Essa aposta materna é sustentada pelos discursos de especialistas.

Segundo Bernardo et al. (36), o cuidado com crianças com autismo:

“se trata da atenção à pessoa, que não deve ser reduzida à sua condição diagnóstica, pois devem ser contemplados seus aspectos psíquicos no que tange aos seus sentimentos, aos seus pensamentos

e às suas formas de se relacionar com as pessoas e com o seu ambiente.” (36).

Sabemos que uma rotina intensa de atendimentos, como a de Mateus, pode provocar esgotamento, sobrecarga materna e frustração, na medida em que a mãe busca, em todos os momentos do dia-a-dia, suprir o suposto déficit de seu filho, em comparação às crianças típicas. Diante disso, apontamos a importância do trabalho com a família, buscando sempre problematizar e auxiliar nas construções que eles estabelecem ao respeito do processo terapêutico.

Bernardo et al. (36) apontam que o cuidado profissional dos casos com as crianças com autismo deve intervir nas necessidades da criança e nas necessidades da família, o que implica em uma atuação que privilegie a escuta e a problematização das demandas.

No caso da mãe de Mateus, buscamos apresenta-lhe o excesso de atividades e o cansaço que aquele movimento provocava em seu filho e nela. Em algumas ocasiões, quando ele teve febre (e precisou faltar das atividades), ou ainda, quando o pai se mudou de cidade e eles passavam alguns dias da semana com o pai, ela apontou a importância do filho “descansar” (sic mãe). Porém, com muito mais frequência, a organização do dia-a-dia dessa família se estabelecia a partir dos horários das terapias da criança.

A mãe de Mateus, sob efeito dos discursos dos profissionais e das pesquisas que realizava, organizou sua percepção a respeito do filho a partir de um lugar deficitário. Ela indicava constantemente o que o filho não podia fazer, buscando que ele realizasse sempre algo a mais. Demandava que ele não fizesse alguns movimentos, nomeados por ela como estereotípias, ou ainda, que ele se sentasse de frente, durante as sessões em conjunto.

Ela sempre demonstrava estar angustiada e com diversos medos, por exemplo, em relação ao futuro de Mateus. Autores como Bernardes et al. (10) e Pinto et al. (31) apontam que aspectos como esses são sentimentos comuns no cotidiano materno, a sobrecarga da mãe é um aspecto presente devido a questões históricas e culturais. Aliado a estas questões, reconhecemos um outro aspecto que se torna fundamental para a relação dessa mãe com seu filho, a própria relação contemporânea de uma busca pela segurança daquilo que ancora a identidade da criança em referenciais biológicos (19).

Em relação ao pai de Mateus, a mãe apresentava frequentemente as seguintes queixas: “o pai dele é distante”; “não quis saber de tratamento e do autismo”; “tudo sou eu que faço”.

O pai foi somente em duas sessões, ao longo do processo terapêutico. Na primeira sessão, ele entrou com o filho, sentou-se em uma cadeira da sala e ficou demandando que Mateus interagisse, ou ainda que ele brincasse com alguns objetos da sala. Essas atitudes do pai pareciam muito distantes das possibilidades do filho.

O distanciamento em relação ao filho, em nossa perspectiva, também é uma característica da mãe, porém de outra maneira. A mãe de Mateus considera mais as pesquisas, estudos, discursos médicos e de especialistas do que as demandas da criança. Ela não relata que brinca com ele. Em uma ocasião, quando contou que a interação de Mateus na escola parecia muito melhor, disse: “Eu só que preciso aprender a brincar com ele” (sic mãe). Essa fala parece apontar que haveria um modo correto para brincar com o filho e que ela precisaria aprender. Para nós, a mãe de Mateus coloca ambos, Mateus e mãe, em um lugar deficitário. Quanto as relações familiares frente ao autismo, o Ministério da Saúde (48) destaca:

“O cuidado à pessoa com TEA exige da família extensos e permanentes períodos de dedicação, provocando, em muitos casos, a diminuição das atividades de trabalho, lazer e até de negligência aos cuidados à saúde dos membros da família. Isto significa que estamos diante da necessidade de ofertar, também aos pais e cuidadores, espaços de escuta e acolhimento, de orientação e até de cuidados terapêuticos específicos” (48).

Compreender as particularidades dos pais de Mateus foi importante para o processo terapêutico. Destaca-se que o cuidado com a família teve foco na resiliência e no acompanhamento do contexto estressante, para que pudessem se reorganizar e se estabelecer com boas relações.

Algumas intervenções foram possíveis no caso de Mateus e serão relatadas a seguir.

Em uma ocasião, Mateus passou por um procedimento cirúrgico para retirar sexto quirodáctilo²⁷ das duas mãos e sua mãe pediu que esse tema fosse trabalhado nas sessões. A mãe justificou seu pedido, colocando que ela não sabia como

²⁷ Termo médico que significa dedo da mão.

conversar com o filho sobre o procedimento cirúrgico e que esperava que nós a ajudássemos.

No entanto, nessa mesma ocasião, um movimento diferente dessa mãe ocorreu. Ela relatou que Mateus teve febre na noite anterior ao procedimento. Segundo ela, foi a maneira que seu filho encontrou para dizer que não gostaria de realizar a cirurgia. Essa escuta da mãe foi muito importante, pois novas significações referentes ao filho começaram a ser atribuídas.

Em outras ocasiões, ela contou sobre as brincadeiras de Mateus com seu avô, sobre as idas ao parque e os passeios na praia, com o pai. Ela disse que Mateus gostava das aulas de surf e de nadar no mar. Esses relatos nos apontam sua percepção acerca das particularidades do filho.

Ressaltamos: quando a família pode atribuir novos significados à criança, essa narrativa cria outros laços entre pais e filhos. Os familiares que escutam a criança se opõem aos processos disciplinares, que a desconsideram e criam verdades sobre seus modos de ser. Como aponta Foucault (4), esses discursos disciplinares ditam verdades e estabelecem um “regime de verdades”, uma construção de relações que incidem sobre os corpos, a partir do poder disciplinar, compreendendo-os como meros objetos do discurso.

De acordo com o Ministério da Saúde, uma intervenção terapêutica consiste em uma “busca da singularidade (da diferença) como elemento central de articulação”. À essa questão, destaca-se “que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças.” (47) O diagnóstico pode ser considerado um dos recursos utilizados para um bom adestramento, pois pode enquadrar, classificar e determinar as intervenções.

O ato de diagnosticar fixa a criança a partir de características genéricas, descontextualizadas e taxativas. Perde-se o lugar da singularidade, quando a criança é enquadrada em uma classe.

Consideramos que o trabalho com a família deve considerar o diagnóstico e possibilitar a percepção de outras inúmeras características da criança, da sua história de vida e contexto familiar. O Ministério da Saúde (47) apresenta que no trabalho profissional deve haver “uma certa crença de que a pessoa tem grande poder

de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença”. Ou seja, as intervenções devem visar uma outra perspectiva da família e da criança, sobre o diagnóstico e sobre o paciente apesar da atual e hegemônica perspectiva normativa de discursos e atuações profissionais de caráter patologizante.

O que podem sessões de psicoterapia diante de discursos patologizantes?

Nos dois anos de atendimento, Mateus pouco faltou às sessões e, na maioria das vezes, ia acompanhado de sua mãe. Em duas sessões, os avós o trouxeram e, em outras duas, o pai. Nos primeiros 6 meses de atendimento, a mãe de Mateus entrava com ele na sessão. Depois de uma sessão no início de 2018, em que o avô o trouxe e não quis entrar com ele, começamos, aos poucos, a construir sua entrada sozinho.

A maioria das sessões ocorria na sala de atendimento, outras aconteceram na recepção, na área externa do CEPRE e no jardim de pedras do corredor de atendimentos. Na sala, alguns brinquedos eram dispostos antes do atendimento iniciar: instrumentos musicais; personagens do desenho infantil “Galinha Pintadinha”; tapetes de EVA; bonecos de pano; uma bola grande de borracha; duas calças jeans com enchimento de tecido, dando um aspecto de pernas de adultos e objetos musicais.

Entre as características de Mateus, presentes no primeiro um ano de seu atendimento, algumas chamaram mais a atenção do que outras. Um caminhar vago e um corpo que esbarrava em objetos, móveis, paredes, portas e janelas da sala de atendimento. A ausência da fala, ou ainda, de quaisquer vocalizações. O modo como escalava o corpo de sua mãe ao longo das sessões que ela participou. Suas pisadas, a esmo, em cima dos brinquedos dispostos no chão da sala.

Nesse cenário, destacamos que a ausência de trocas de olhares, de gestos, ou demonstrações de reconhecimento de que havia outras pessoas na sessão foram detalhes centrais na condução do caso clínico. E a observação desses detalhes permitiu desenvolver o processo terapêutico. A ausência da fala, de demandas explícitas e de contato não foram compreendidos como aspectos do autismo que dificultavam a interação com Mateus, mas sim como convites para a busca por

brechas e aberturas para uma interação por outras vias, diferentes daquelas mais comuns.

Como aponta Ginzburg (50), realizar uma leitura sobre a série de indícios pouco explícitos permite conhecer as particularidades e os aspectos de uma situação, uma cena, uma relação, ou ainda, uma criança. Este movimento acerca dos movimentos de Mateus permitiu nos aproximarmos. Nas sessões, era narrado, para Mateus, seus gestos de olhar, caminhar, esbarrar e interagir com brinquedos. Na cena abaixo, trazemos um recorte dessas situações:

“Mateus bateu suas mãos na parede da sala de atendimento. Eu imediatamente lhe disse: “E vamos ver essa parede de novo? É... a gente descobriu que esta parede faz som, né Mateus? Dá pra cantar nessa parede. Dá pra cantar muita música. Da outra vez a gente cantou ‘A dona aranha’, ‘a baratinha...”. Enquanto busco lembrá-lo de nossa última sessão, vou aproximando meu corpo ao dele. Chego ao seu lado. Ele sai dali. Começa a andar pela sala e abre um sorriso. Passo um carrinho no chão da sala. O brinquedo faz um barulho. Mateus se aproxima. Eu digo: “tem carrinho aqui né?!”. Ele sorri. Vira seu corpo de costas. Caminha para o lado oposto a mim [...]. Minutos depois, Mateus levanta-se de um canto da sala, vai até o carrinho e o chuta. Narro seu movimento: “chutou o carrinho”. O carrinho caminha pela sala. Mateus caminha atrás. Chuta novamente. Narro novamente: “Chutou...!” O carrinho novamente caminha, ele o chuta e eu narro. Ele se abaixa e pega o brinquedo, empurra-o para frente e para trás. Solta o carrinho. Encosta seu corpo na parede da sala e retoma o movimento de bater suas mãos. Eu não comento seu movimento. Ele persiste em realizar. Para. Anda pela sala. Vai até sua mãe. [...] Ele caminha e para ao lado do carrinho. Pergunto: “E o carrinho?”. Ele começa a dar uma volta em torno de si mesmo. Dá uma segunda volta. Uma terceira volta. Retoma sua caminhada pela sala. Seus movimentos, pouco claros aos meus olhos, demonstravam buscar os brinquedos, interagir com os sons (do carrinho e da parede) e participar, a seu modo, do atendimento. Seu corpo que, frequentemente anunciava um caminhar vago, me surpreendia com demandas por objetos específicos, como uma caneta, uma mancha na parede, o ventilador no teto da sala. Outras vezes, esse mesmo caminhar, parecia uma ausência de demanda, de encontro com o outro.” (cena 15).

O corpo de Mateus parecia afetar-se com as narrativas. As trocas possíveis que ocorriam nas sessões foram ganhando novas significações. Por exemplo, como veremos adiante, o movimento de esbarrar nas paredes da sala de atendimento foi sendo significado como batiques musicais. Sessão após sessão, Mateus mantinha seu movimento de esbarrar nas paredes e também começou a ritmar suas “trombadas”. Ele também começou a pisar sobre alguns instrumentos musicais, pegá-los e interagir com o outro a partir deles.

Essas sessões não objetivavam demandar de Mateus determinadas tarefas e metas. O trabalho foi pautado pela escuta, vínculo e abertura para possibilidades de

interação, a partir de uma autonomia de Mateus na construção do seu processo terapêutico.

Essas características da atuação terapêutica, ressaltadas como cruciais pelo Ministério da Saúde (47–49), propiciaram outras formas de intervir, cuidar, acompanhar e tratar os casos de autismo. Formas não estandardizadas, as quais não compreendem a evolução do caso como sinônimo de supressão de sintomas, mas sim um modo de intervenção que permita aparecerem outros modos de se comunicar, brincar, contar, demonstrar e construir.

Abaixo apresentamos alguns trechos das sessões com Mateus. Eles ilustram nosso trabalho e encontros, a partir dos seus modos de colocar o corpo nas interações:

“Semanalmente, Mateus ‘esbarrava’ seu corpo na parede da sala de atendimento. Desde a primeira sessão, comecei a atribuir alguns possíveis significados a esses movimentos. Um toque na parede tornava-se um batuque musical. Um toque na parte baixa da parede e outro em uma parte mais alta, tornava-se a canção da “Dona Aranha”. Embalada ao som da minha própria voz, eu movimentava minhas mãos em uma dança que buscava se aproximar das mãos de Mateus na parede. Várias incessantes tentativas e investimentos para uma possível aproximação compunham semanalmente as sessões. Pouco a pouco, Mateus se aproximou de mim realizando movimentos mais específicos, como toques na parede que compunham um ritmo junto com minha canção. Com um olhar que buscava as paredes, com um corpo que parava e prestava atenção na música, ele mostrava-se presente. Durante uma sessão, entre alguns movimentos de Mateus, seu pé ‘trombou’ em um brinquedo musical com formato de uma estrela. Notando a cena, transformei aquele movimento em um convite de Mateus para cantarmos uma música. Uma série de ‘tombadas’ e convites à estrela se repetiram. E de sessão em sessão, Mateus começou a me demandar para apertar os botões da estrela. Quando apertados, eles iniciavam melodias que compunham os sons de fundo de nosso atendimento. Os dedos de Mateus, que buscavam os meus, iniciavam esse cenário musical e me contavam sobre sua interação. Foi pouco a pouco que pude reconhecer que aquele gesto também anunciava um convite. Entendia que Mateus me chamava para ouvir o som da estrela e dar continuidade às músicas iniciadas através dos esbarrões nas paredes. Foi pouco a pouco que entendi que aquela, entre tantas outras tentativas minhas, era a brincadeira possível de realizarmos juntos.” (cena 16).

A música e o corpo foram dois aspectos importantes do tratamento de Mateus. Distantes de um olhar disciplinar, de compreensão do corpo como objeto, permitimos que Mateus caminhasse sobre os brinquedos, esbarrasse seu corpo nos móveis, escalasse sua mãe. E a partir dessas movimentações fomos compondo uma aproximação não só através da narrativa, como já apresentado, mas permeada pelo lúdico e pelos sons. Esse trabalho permitiu que um menino que movimentava seu

corpo pela sala de atendimento, esbarrando nas paredes, na porta, em móveis e brinquedos pelo chão, pudesse, a partir de alguns esbarrões e narrativas intencionais da terapeuta, esboçar novos movimentos e construir, com ela, uma brincadeira musical e uma interação.

Reconhecemos que um menino não-verbal pode contar através de seu olhar, toque, ritmo suas recusas e aceitações aos convites para brincar. A cena abaixo ilustra o primeiro momento que Mateus trocou olhares na sessão:

“Aproximei meu corpo ao dele. Coloquei o brinquedo da estrela musical entre nossos corpos. Convidei-o para cantar. Ele virava seu rosto para o lado, não permitia que nossos olhares se cruzassem. Seus olhos contavam-me que ele não queria me olhar. Mais do que não responder ao meu convite, parecia-me que seus olhos e o rosto virado diziam-me que não aceitaria meu chamado. Retomei minha demanda, apertando a estrela e deixando a melodia iniciar. Coloquei minha voz na cena e cantei, baixo e suave, na tentativa de manter o convite: “A dona aranha subiu pela parede...”. Mateus virou seu rosto de frente para mim. Fixou seus olhos nos meus. Me emocionei. Ele me olhou! E continuou a me olhar. Mostrou-me que estava ali de um outro modo. Com a voz trêmula, segui: “... veio a chuva forte e a derrubou.”. (cena 17).

Compreender a escolha de Mateus pelo brinquedo musical com formato de estrela possibilitou uma interação, a partir de sua demanda e sua particularidade. Ao reconhecer e acolher essas escolhas da criança, ofertamos um tratamento mais humanizado e singular. Apostando no cuidado, a partir de uma clínica que reconhece o direito à diferença, viabilizamos a autonomia do paciente e permitimos uma coprodução do processo terapêutico.

Esse processo de reconhecimento da diferença e da aposta nessa particularidade da criança como uma ferramenta de trabalho permitiu pensarmos algumas considerações sobre o conceito de corpos-dóceis, apresentado por Foucault (4).

O corpo de Mateus denuncia os próprios processos de disciplinarização. Seus movimentos por vezes repetitivos, por vezes vagos causam estranhamento devido à evidente diferença em relação aos movimentos normatizados. O trecho acima anuncia que o corpo de Mateus rompia com a demanda do outro. A caminhada pela sala anunciava um corpo que, às vezes, parecia não notar o outro.

Essas crianças nos convidam a pensar questões em torno do que atribuímos como corpos indóceis, e como estes podem nos apresentar outras formas de contar sobre suas histórias. Chamamos estes corpos de indóceis, pois

compreendemos que, diferentemente dos corpos disciplinados pelas práticas sociais, essas crianças evidenciam uma renúncia à disciplinarização, ao adestramento e ao assujeitamento. Essa denúncia, realizada pelos corpos dessas crianças, também, nos mostrou sobre nossas maneiras normatizadas de interagir e se encontrar com outros.

Em um atendimento, Mateus apresenta:

“Durante uma sessão, como em todas as outras, Mateus pegou minhas mãos e me levou até a porta da sala, como se quisesse finalizar o atendimento e sair). Nesse dia, diferente dos outros, ao ouvir que não sairíamos, Matheus não chorou. Começou a andar pela sala, por pouco mais de 10 minutos, esbarrava seus braços e sua barriga nos móveis da sala e pisava sobre os brinquedos dispostos no chão. Parecia não diferenciar os brinquedos do chão, tampouco notar a presença dos móveis presentes no cenário. Entre uma esbarrada e outra, uma narrativa minha, espontânea, mas também intencional: o bater na parede, tornava-se um batuque musical; o esbarrar em uma bola tornava-se um jogo de futebol; o balanço das mãos em frente ao rosto tornava-se uma dança de rap. Dez minutos de narrativas, esbarrões e uma nova feição passou a tomar conta do rosto de Mateus. Ele sorriu, gargalhou e me olhou. E então, começou a correr e dançar pela sala. Eu, tocada por seus movimentos, busquei me encontrar com seus ritmos: corri e dancei também. Nestes movimentos, rimos, sorrimos, trocamos olhares, trocamos gestos, pudemos brincar juntos e nos encontrarmos na composição de uma brincadeira que partiu dos movimentos do corpo de Mateus e de minhas narrativas.” (cena 18).

A cena acima demonstra uma posição contrária de Mateus à objetificação e assujeitamento ao diagnóstico, ou a qualquer tentativa disciplinar. Evidencia que há, sim, aspectos relacionados às descrições do quadro de autismo, porém que o autismo não é a única característica de Mateus. Ele, e qualquer outra pessoa com esse (ou qualquer outro) diagnóstico é muito mais do que o conjunto de sinais que compõe determinada nosologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A loucura, a figura social do louco, a criança “atípica”, a criança “anormal”, o “transtorno mental”, ou ainda, o “mental disorder” são conceitos estabelecidos e organizados a partir de diversas práticas de saberes e poderes. As práticas, no campo da Saúde Mental, permitem a hegemonia de perspectivas normativas. A concepção de uma marginalidade, uma doença ou uma transgressão são percepções que ganharam formas nos discursos de saberes diante da concepção biomédica, da centralidade patológica e do discurso anatômico.

Os discursos disciplinares e normativos presentes nas práticas em saúde incidem no campo da Saúde Mental, por exemplo, nas relações entre as práticas psiquiátricas e a utilização das classificações diagnósticas como descrições explicativas do sujeito em absoluto. Atuações profissionais controladoras, determinantes, classificatórias e explicativas fazem-se presentes no dia-a-dia do cuidado e do processo terapêutico.

Essa perspectiva pode responder às demandas sociais de enquadramento binário do normal-anormal, saudável-doente, certo-errado. Tais práticas orientam os profissionais da saúde, a partir da centralidade na patologia, organizada pelo discurso do diagnóstico, que classifica e explica totalmente o paciente. Considerando que esses discursos ocupam hegemonicamente as práticas profissionais compreendemos haver uma naturalização dessa concepção.

Devido a isto, destacamos a necessidade de uma prática que seja diariamente crítica em relação ao diagnóstico. Esta perspectiva pode ser considerada um ato de despatologização, pois reintegra não somente a crítica aos movimentos disciplinares, mas também compreende a necessidade de reconhecer na criança diversos aspectos, não só aqueles supostamente considerados patológicos, criando aberturas para as outras características da criança.

Especificamente, no caso de crianças com o diagnóstico de T.E.A., a recusa à interação comumente é determinada como um sinal patológico do transtorno e, raramente, como um atributo familiar ou cultural. Por isso, a aposta em um olhar integralizado, para além do diagnóstico, da patologia e do uso irrestrito de manuais como o DSM, é crucial. Esse tipo de atuação deve privilegiar práticas que investem no cuidado e acompanhamento a partir da observação das particularidades do sujeito

e de sua família. Uma leitura que só é possível se houver brechas para uma escuta da criança. Portanto, só ocorrerá se o profissional estiver aberto para conhecer e reconhecer a existência de outros aspectos que compõem o caso clínico.

Nesse outro percurso, das particularidades, a perspectiva do paradigma indiciário muito contribuiu para a construção única do caso, a partir da apreensão dos detalhes, das séries indiciais, das pistas das crianças foi possível um trabalho com escuta singular na construção do processo terapêutico. Destacamos aqui, que não somente os processos terapêuticos pesquisados, mas também o presente trabalho se estabelece a partir de uma perspectiva despatologizante, crítica, investigativa e particular de cuidado.

Aliado à essa proposta, compreendemos a necessidade de destacar alguns questionamentos: Será que esse trabalho é específico sobre a clínica do autismo? Ou também discute perspectivas despatologizantes que deveriam embasar todo e qualquer processo terapêutico na clínica da infância?

Sabemos que os percursos terapêuticos de Mateus e Tiago se organizaram a partir das demandas e da participação singular de cada criança e de cada família. Essa perspectiva se desloca da compreensão de uma clínica centrada no diagnóstico de T.E.A., pois permite apreender outras questões, aspectos e características do caso clínico, distante de uma atuação disciplinar, adestradora e normativa.

Acreditamos que o trabalho realizado com Mateus e Tiago representa uma entre as possíveis apostas do profissional no ato inesperado. Especificamente nessas linhas de percurso terapêutico traçado com Mateus e Tiago, a partir dos gestos, balbucios, palavras, carrinhos, espaços e corpos, que os encontros com o particular de cada uma dessas crianças foram possíveis. A abertura para uma perspectiva não normativa permitiu a construção de novas e inesperadas relações.

Neste trabalho não foi considerado o diagnóstico como aspecto central do tratamento, assim como, o nível de gravidade, proposto pelo DSM-V para classificação das crianças com T.E.A.²⁸ também não foi um eixo central da clínica. Os aspectos singulares, tanto de Mateus como de Tiago, é que nos orientaram ao encontro com essas crianças. Gostar de brincar de carrinho e fantoche ou batucar

²⁸ Anexo 02 – apresenta o quadro com os níveis de gravidade de quadro de T.E.A.

melodias e cantar músicas são traços singulares dessas crianças que possibilitaram conhecer, interagir e encontrar brechas para o processo terapêutico.

Ao abordar os dois diferentes percursos terapêuticos, visamos apontar a importância do diagnóstico no caso clínico, como uma referência, mas não a única. As propostas clínicas apresentadas foram possíveis, pois as crianças participantes de nossa pesquisa eram Mateus e Tiago. Outras crianças nos mostrariam outros interesses e recusas, outras histórias de vida, contextos familiares e relações.

Ressaltamos que as propostas terapêuticas apresentadas não necessariamente expressam intervenções específicas para crianças com o diagnóstico de T.E.A., mas sim, para toda e qualquer criança em sofrimento, no campo da Saúde Mental. O autismo, para nós, é uma característica, entre outras da criança. O diagnóstico não explica tudo e, por isso, precisa ser dialogado com outras questões, aspectos e particularidades do paciente, da família e do contexto social, ao longo do processo terapêutico.

Salientamos ainda que acompanhar uma criança em seu percurso terapêutico, em uma perspectiva despatologizante, é um desafio diário, pois demanda dos profissionais um movimento constante de questionamentos, reavaliações, reformulações e, até mesmo, menos planejamento, para poder encontrar o paciente e permitir que ele desenhe seu processo terapêutico, assim como sua própria história.

Acreditamos que não devemos ficar escravos de uma pretensa normatização que oriente a direção do tratamento. Uma interação sem percalços, sem dificuldades é irreal, em todos os encontros humanos. Por isso, a aposta é sempre para que haja uma interação possível.

REFERÊNCIAS

1. Nietzsche F. O livro do filósofo [Internet]. 1st ed. Centauro, editor. São Paulo: Centauro; 2001. 122 p. Available from: <https://www.travessa.com.br/o-livro-do-filosofo/artigo/247e557c-1e6a-447e-b376-10913c49ef22>
2. Ferreira AB de H. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 2nd ed. Nova Fronteira, editor. Rio de Janeiro; 1986. 2222 p.
3. Foucault M. Microfísica do Poder. Editora Graal, editor. Vol. 27 reimpre. São Paulo; 2009.
4. Foucault M. Vigiar e Punir: História da Violências nas Prisões. Editora Vozes, editor. Petrópolis; 1977. 280 p.
5. Silveira LC, Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de Saúde Mental. Rev Lat Am Enfermagem. 2005;13(4):591–5.
6. Matias KD. A Loucura na Idade Média. Ensaio sobre algumas representações [dissertação]. Universidade de Coimbra; 2015.
7. Gomes De Matos E, Mello Gomes De Matos T, Mello Gomes De Matos G. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. Rev Psiquiatr RS [Internet]. 2005;27 (3):321–8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n3/v27n3a10.pdf>
8. Vieira PP. Reflexões sobre “A História da Loucura” de Michel Foucault. Rev Aulas. 2007;(3):1–21.
9. Castro E. Vocabulário de Foucault - Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Autêntica Editora, editor. Belo Horizonte: Autêntica; 2009. 480 p.
10. Millani H de FB, Valente MLL de C. O caminho da loucura e a transformação da Assistência aos Portadores de Sofrimento Mental. Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool e Drog [Internet]. 2008 [cited 2019 May 6];4 (2):1–19. Available from: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>
11. Lessa MBMF. Análise Fenomenológica da “loucura” retratada pela literatura nos séculos XIX e XX. In: Fundação Guimarães Rosa, editor. Tédio e Finitude: da filosofia à psicologia. 2010. p. p.11-33.
12. Caponi S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. Cien Saude Colet [Internet]. 2009 Feb;14 (1):95–103. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100015\(=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100015(=pt)
13. Foucault M. O Poder Psiquiátrico. 1st ed. Martins Fontes, editor. São Paulo: Martins Fontes; 2006. 528 p.
14. Menezes JEX de, Santos DN dos. Tensões entre diagnóstico psiquiátrico e construções identitárias. Rev Psicol e Saúde [Internet]. 2012;4 (2):152–60. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2012000200008&nrm=iso

15. Oda AMGR, Dalgalarondo P. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* [Internet]. 2004;VII (1):128–41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142004000100128 (=pt)
16. Oliveira WV de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. *História, Ciências, Saúde* [Internet]. 2011;18 (1):141–54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100009&nrm=iso
17. Guimarães J, Saeki T. Sobre o tempo da loucura em Nise da Silveira. *Cien Saude Colet*. 2007;12 (2):531–8.
18. Saúde M da. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. 2011.
19. Lima RC. Razão diagnóstica, medicalização e bioidentidade. In: Universidade do Estado de Minas Gerais, editor. *Saúde Mental e psicanálise: lógica diagnóstica e novos sintomas*. 1st ed. Barbacena: Editora da Universidade do Estado de Minas Gerais; 2011. p. 93–104.
20. Laurenti R, Nubila HBV Di, Quadros AAJ, Conde MTRP, Oliveira ASB. A Classificação Internacional de Doenças, a Família de Classificações Internacionais, a CID-11 e a Síndrome Pós-Poliomielite. *Arq Neuro-Psiquiatria* [Internet]. 2013 Sep;71 (9A):3–10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2013000900111&lng=en&tlng=en
21. Associação Americana de Psiquiatria. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM - 5*. 5th ed. Artmed, editor. Vol. 1. Porto Alegre; 2014. 992 p.
22. Organização Mundial de Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10 Décima revisão*. Vol 2, 3ed. EDUSP, editor. São Paulo; 1996.
23. Banzato CEM, Pereira MEC, Júnior A dos S, Silva LF de AL, Junior JCL, Barros BR. O que os psiquiatras brasileiros esperam das classificações diagnósticas? *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2007 [cited 2019 Jul 21];56 (2):88–93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a03v56n2.pdf>
24. Pereira MEC. A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jul 21];24 (4):1035–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000400004>
25. Dunker CIL. Crítica da Razão não diagnóstica: por uma psicopatologia não-toda. In: *Patologias do Social*. Belo Horizonte: Autêntica; 2018. p. 317.
26. Mas NA. *Transtorno do Espectro Autista – história da construção de um diagnóstico*. Universidade de São Paulo; 2018.
27. Izaguirre G. Elogio ao DSM. In: *Via Lettera*, editor. *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. 1st ed. São Paulo; 2011. p. 16–25.

28. Oliva MP. Convertimos problemas cotidianos en trastornos mentales (Entrevista com Allen Frances). *Jornal El País*. 2014 Sep 28;
29. Collares C, Garrido J, Moysés MA, Cavalheiro MT, Villar R. Referências teóricas e práticas para a construção de propostas despatologizantes na saúde e na educação [Internet]. Campinas; 2016 [cited 2019 Jul 21]. Available from: https://docs.wixstatic.com/ugd/f07548_34bcf49952d94351be3f26376ca34447.pdf
30. CDC. Centers for Disease Control and Prevention.
31. Pinto RNM, Torquato IMB, Collet N, Reichert AP da S, Souza Neto VL de, Saraiva AM. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37 (3):1–9.
32. Tamanaha AC, Perissinoto J, Chiari BM. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger A brief historic review of the conceptions of Autism and Asperger syndrome. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* [Internet]. 2008 [cited 2019 Jun 14];13 (3):296–9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v13n3/a15v13n3.pdf>
33. Kanner L. Os distúrbios do contato afetivo. In: Escuta, editor. *Autismos*. São Paulo; 1997. p. 111–70.
34. Dias S. Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* [Internet]. 2015;18 (2):307–13. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142015000200307
35. Guedes NP da S. A Produção Científica Brasileira sobre Autismo na Psicologia e na Educação. *Psicol Teor e Pesqui* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul 5];31 (3):303–9. Available from: <http://dx>.
36. Bernardo EP, Fernandes FC, Perez GA, Gama MD, Toledo RP. Autismo: uma revisão sobre produções teóricas que abordam a atuação de profissionais e da família. 2015 [cited 2019 Jun 30]; Available from: <http://www.unilago.edu.br/revista/edicaoatual/Sumario/2015/downloads/4.pdf>
37. Gonçalves CAB, Castro MSJ de. Propostas de intervenção fonoaudiológica no autismo infantil: revisão sistemática da literatura [Internet]. Vol. 25 (1), *Distúrbios da Comunicação*. EDUC; 2013 [cited 2019 Jun 30]. 15–25 p. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14920>
38. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM III*. 1st ed. Arlington, editor. VA; 1980.
39. Laurent É. *A batalha do autismo: Da clínica à política*. 1st ed. Editora Zahar, editor. Rio de Janeiro; 2014. 222 p.
40. American Psychiatry Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV*. Paid (Ribeirão Preto) [Internet]. 2010;20(47):381–90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000300010

41. Aguiar MP. Ascensão e consolidação da psiquiatria biológica norte-americana : uma análise histórica. *Mnemosine*. 2015;11 (1):227–57.
42. Frances A. *Voltando ao Normal*. 1st ed. Versal Editores, editor. Rio de Janeiro; 2016. 365 p.
43. Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade. *Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde*. 1st ed. Revista, editor. São Paulo; 2015.
44. Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade. *manifesto do forum de autismo* [Internet]. 2010 [cited 2019 Dec 12]. Available from: http://www.crpsp.org.br/medicalizacao/manifesto_forum.aspx
45. Silva M, Mulick JA. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. *Psicol Ciência e Profissão*. 2009;19 (1):116–31.
46. Saúde M da. *Lei Nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990*. 1990.
47. Ministério da Saúde. *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. 2nd ed. Editora MS, editor. Brasília; 2007. 60 p.
48. Ministério da Saúde. *Diretrizes de Atenção à reabilitação da pessoa com Transtorno do Espectro Autista*. 1st ed. MS E, editor. Brasília; 2014. 88 p.
49. Ministério da Saúde. *Linhas de cuidado para atenção às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde*. 1st ed. MS E, editor. Brasília; 2015. 157 p.
50. Ginzburg C. *Mitos, Emblemas, Sinais: Morfologia e História*. Companhia das Letras, editor. *Mitos, Emblemas, Sinais*. Rio de Janeiro; 1991. 95–119 p.
51. Tfouni LV, Pereira A de C. *Análise indiciária: uma topologia das singularidades*. In: Edufscar Editora, editor. *O paradigma indiciário e as modalidades de decifração nas Ciências Humanas*. 1st ed. São Carlos; 2018. p. 121–48.
52. Silva KCB da. *Educação Inclusiva: para todos ou para cada um? Alguns paradoxos (in)convenientes*. Escuta, editor. São Paulo; 2014. 320 p.
53. Passos E, Barros RB de. *A cartografia como método de pesquisa-intervenção*. In: Meridional, editor. *Pistas do Método de Cartografia*. 4th ed. Porto Alegre; 2014. p. 208.
54. Buscaglia LF. *Os deficientes e seus pais um desafio ao aconselhamento*. 5th ed. Record, editor. Rio de Janeiro; 2006.
55. Sinclair DJ, Zhao S, Qi F, Nyakyoma K, Kwong JS, Adams CE. *Electroconvulsive therapy for treatment-resistant schizophrenia*. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019;3:CD011847–CD011847. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011847.pub2>

APÊNDICE

Apêndice 01 - Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Sinais de risco e sofrimento psíquico na primeira infância: identificação e estratégias de intervenção

Pesquisadora responsável: Prof^a Dr^a Kelly Cristina Brandão da Silva

Número do CAAE: 61724316.6.0000.5404

O(A) senhor(a) _____ está sendo convidado a participar como voluntário(a) de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

O estudo tem por finalidade avaliar crianças com queixas de alterações nos processos de interação e linguagem, a fim de discutir propostas de intervenção precoce, na relação entre pais e filhos, a partir da detecção de riscos psíquicos.

Procedimentos:

Ao participar do estudo, o(a) senhor(a) permitirá a realização de entrevistas e filmagens das interações entre o (a) senhor(a) e seu(sua) filho(a), em situação lúdica, por meio das quais será analisado o desenvolvimento da criança. As entrevistas e filmagens serão realizadas uma vez por mês, durante a semana, no mesmo dia em que seu(sua) filho(a) é atendido no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto”, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (CEPRE/FCM/UNICAMP), no período de um ano. Cada encontro terá a duração de, aproximadamente, 50 minutos para realização da entrevista e da filmagem. As coletas serão feitas sempre pela pesquisadora responsável da pesquisa, em uma sala de atendimento do CEPRE. Os dados serão armazenados para análises da pesquisa e ensino e ficarão de posse do pesquisador por 5 anos, em HD externo e computador pessoal. Eles serão armazenados na sala do pesquisador responsável, no Departamento de Desenvolvimento Humano e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em armário fechado e de acesso apenas ao pesquisador já mencionado. Os dados serão analisados e utilizados em trabalhos com fins exclusivamente científicos/acadêmicos.

Desconfortos e riscos:

A pesquisa possui desconforto mínimo relacionado ao tempo para responder as entrevistas e realizar filmagens. Com o objetivo de minimizar esse desconforto, os dados serão coletados no mesmo dia em que seu(sua) filho(a) é atendido no CEPRE. Não há riscos previsíveis para participação na pesquisa.

Benefícios:

Ao participar desta pesquisa, o sr. (a sra) se beneficiará de informações acerca do desenvolvimento do seu(sua) filho(a) e, em caso de detecção de sinais de risco psíquico, receberá orientações. Além disso, o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa poderá ser acrescentado aos já existentes no meio acadêmico, a partir de divulgação científica do pesquisador responsável.

Acompanhamento e assistência:

Os voluntários receberão informações atualizadas sobre os resultados parciais e receberão um retorno de todos os resultados ao final da pesquisa. Em caso de detecção de sinais de risco psíquico, o(a) senhor(a) receberá orientação ao longo da pesquisa.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome e de seu(sua) filho(a) não serão citados. Os resultados não farão parte do prontuário.

Ressarcimento e indenização:

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. O estudo será feito durante a rotina do participante, no mesmo dia do atendimento do seu(sua) filho(a) no CEPRE. Ao final da pesquisa o(a) senhor(a) receberá um DVD com todas as filmagens do(a) seu (sua) filho (a). Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Prof^a Dr^a Kelly Cristina Brandão da Silva. Endereço profissional: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEPRE, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. Distrito de Barão Geraldo, Campinas/SP. CEP: 13083-887. Telefone: (19) 3521-8801.

Email: ksilva@fcm.unicamp.br

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08h30 às 11h30 e das 13h00 às 17h00 na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome _____ do _____ (a)
participante: _____

Contato telefônico: _____

e-mail (opcional): _____

Data: ____/____/_____
(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____/____/_____
(Assinatura do pesquisador)

ANEXOS

Anexo 01 - Tabela “The Disease and Casualties this year being 1632”

Apresenta as causas de morte elaboradas por John Graunt a partir das Listas de Mortalidade de Londres:

Abortive and stillborn	445	Grief	11
Affrighted	1	Jaundies	43
Aged	628	Jawfaln	8
Ague	43	Impostume	74
Apoplex and meagrom	17	Kil'd by several accidents	46
Bit with a mad dog	1	King's evil	38
Bleeding	3	Letharge	2
Bloody flux, scowring and flux	328	Livergrown	87
Brused, issues, sores, and ulcers	28	Lunatique	5
Burnt, and scalded	5	Made away themselves	15
Burst, and rupture	9	Measles	80
Cancer, and wolf	10	Murthered	7
Canker	1	Over-laid, and starved at nurse	7
Childbed	171	Palsie	25
Chrisomes, and infants	2268	Piles	1
Cold, and Cough	55	Plague	8
Colicki, stone, and strangury	56	Planet	13
Consumption	1797	Pelurisis, and spleen	36
Convulsion	241	Purples, and spotted feaver	38
Cut of the stone	5	Quinsie	7
Dead in the street, and starved	6	Rising of the lights	98
Dropsie, and swelling	267	Sciatica	1
Drowned	34	Scurvey, and itch	9
Executed, and prest to death	18	Suddenly	62
Falling sickness	7	Surfet	86
Fever	1108	Swine pox	6
Fistula	13	Teeth	470
Flocks, and small pox	531	Thrush, and sore mouth	40
French pox	12	Tympany	13
Gangrene	5	Tissick	34
Gout	4	Vomiting	1
		Worms	27

Anexo 02 – Tabela dos Níveis de gravidade para Transtorno do Espectro Autista

Nível de gravidade	Comunicação social	Comportamentos restritos e repetitivos
Nível 3 "Exigindo apoio muito substancial"	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 2 "Exigindo apoio substancial"	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
Nível 1 "Exigindo apoio"	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.