



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

NAYANA MARA ARRUDA ALBUQUERQUE

**TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO NO ÂMBITO DAS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

SOBRAL – CE

2023

NAYANA MARA ARRUDA ALBUQUERQUE

TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família do Departamento de Medicina da Universidade Federal do Ceará – *Campus Sobral* - CE.

Orientador: Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado.

SOBRAL – CE

2023

NAYANA MARA ARRUDA ALBUQUERQUE

TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família do Departamento de Medicina da Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral – CE, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Linha de pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Maria Suely Alves Costa
Universidade Federal do Ceará (UFC)
Examinadora

Prof. Dr. Percy Antônio Galimbertti Catanio
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Examinador

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A311t Albuquerque, Nayana Mara Arruda.
TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE
SAÚDE / Nayana Mara Arruda Albuquerque. – 2023.
75 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família, Sobral, 2023.
Orientação: Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado .

1. Saúde Pública. Transtorno do Espectro do Autismo. Integralidade. Saúde da Família. Políticas
Públicas.. I. Título.

CDD 610

A meu Deus.

Ao meu avô materno José Vasconcelos (In
Memorian).

À minha avó materna Auxiliadora.

Aos mais amados, obstinados e dedicados pais:
Sílvia Helena e Adalberto.

Ao melhor e mais protetor dos irmãos: Diego.

Às minhas sobrinhas/luzes dos meus dias: Gabriela e
Maitê.

À minha cunhada e incentivadora Rachel.

A todas as Pessoas com Transtorno do Espectro do
Autismo e seus familiares.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela pela qual hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

Ao meu orientador, doutor Luis Achilles Rodrigues Furtado, pela confiança e acolhimento no trajeto que percorremos juntos.

Aos Professores, Doutor Percy Antônio Galimberti Catanio e Doutora Camilla Araújo Lopes Vieira, que compuseram a minha banca de qualificação deste trabalho, pelas excelentes considerações e pontuações.

Aos meus pais e irmão, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este momento se fizesse possível, o meu muito obrigada.

“Como as aves, as pessoas são diferentes em seus voos, mas iguais no direito de voar.”

(Cleonir da Rocha Kaipper)

RESUMO

O autismo tem estado em assunto no cerne de relevantes discussões, tanto no que se refere à esfera nacional quanto ao que se refere ao parâmetro internacional. Diversos agentes, como por exemplo, os próprios autistas, profissionais, acadêmicos, gestores e outros ativistas mais, têm fomentado vastos debates fundamentados em distintas concepções a respeito dos prováveis fatores etiológicos, das metodologias supostas e, hipoteticamente, eficazes de tratamento, da descrição nosográfica do transtorno, bem como das formas de organização das políticas de cuidado e do geral arcabouço legal no que tange à garantia de direitos. No entanto, apesar das inúmeras contribuições para a compreensão não só do autismo, mas de outras psicopatologias, a Psicanálise, em determinadas situações, é afastada por um discurso pseudocientífico, no qual a psiquiatria nosológica e as neurociências imperam com certo absolutismo. Objetivando conhecer os documentos oficiais bem como regimentos e normativos do Ministério da Saúde (MS) concernentes às tecnologias e ferramentas de cuidado, recursos e atributos terapêuticos, assim como análises e diagnósticos oferecidos na Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), objetivou-se, ainda, identificar a perspectiva, dentro dessa conjuntura, de uma conexão articulada com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), e analisar alguns conceitos e métodos de abordagens para o trabalho (“tratamento”) de pessoas com TEA no âmbito da Saúde Pública. A metodologia se deu a partir das seguintes categorias de análise: apresentação, concepções sobre autismo, diretrizes diagnósticas, diretrizes gerais para o cuidado e a organização da rede de cuidados. Essas categorias foram definidas por se mostrarem correlatas aos principais eixos pelos quais ambos os documentos abordam os diferentes aspectos relacionados ao tema. Ainda sobre a metodologia de estudo, utilizou-se a Pesquisa Bibliográfica e Documental de abordagem qualitativa. Para fins de análise e ponderação de dados, esta pesquisa consistiu na reflexão e ponderação no que tange às condições e estados de produção bem como a assimilação da aceção de conteúdos desenvolvidos nos mais diversos contextos e circunstâncias no que se refere aos indivíduos com Transtorno do Espectro do Autismo. Assim, a realização desta pesquisa foi um ensejo de se adentrar no campo de estudo e de colocar em prática o conhecimento teórico adquirido. Foi possível assim, perceber que a argumentação acerca da temática do autismo culmina em uma discussão muito mais ampla acerca das

políticas sociais referentes a essa população, observando-se que as pessoas com TEA precisam ser respeitadas nas suas particularidades e singularidades.

Palavras-chave: Saúde Pública. Transtorno do Espectro do Autismo. Integralidade. Saúde da Família. Políticas Públicas.

ABSTRACT

Autism has been a subject at the heart of relevant discussions, both with regard to the national sphere and with regard to the international parameter. Several agents, such as: autistic people themselves, professionals, academics, managers and other activists, have fostered vast debates based on different conceptions regarding the probable etiological factors, the supposedly and hypothetically effective treatment methodologies, the nosographic description of the disorder, as well as the forms of organization of care policies and the general legal framework regarding the guarantee of rights. However, despite the numerous contributions to the understanding not only of autism, but of other psychopathologies, Psychoanalysis, in certain situations, is pushed aside by a pseudoscientific discourse, in which nosological psychiatry and the neurosciences prevail with a certain absolutism. Aiming to explore and analyze official documents as well as regulations and resolutions of the Ministry of Health (MS) concerning technologies and care tools, resources and therapeutic attributes as well as analyzes and diagnoses offered in the Unified Health System (SUS) Network to people with Autism Spectrum Disorder (ASD), the objective was also to identify the perspective within this context of an articulated connection with the Family Health Strategy (ESF) and to analyze some concepts and methods of approaches to the work (“treatment”) of people with ASD in the context of Public Health. The methodology will be based on the following categories of analysis: presentation, conceptions about autism, diagnostic guidelines, general guidelines for care and the organization of the care network. These categories were defined because they are correlated with the main axes through which both documents address the different aspects related to the theme. Still on the study methodology, we used Bibliographic and Documentary Research with a qualitative approach. For data analysis and weighting purposes, this research consisted of reflection and weighting with regard to the conditions and states of production as well as the assimilation of the meaning of contents developed in the most diverse contexts and circumstances with regard to individuals with Disorder Autism Spectrum. Thus, carrying out this research was an opportunity to enter the field of study and put into practice the theoretical knowledge acquired, as well as to realize that the discussion about the theme of autism culminates in a much broader discussion about the social policies related to this population and it was observed that people with ASD need to be respected in their particularities and singularities.

Keywords: Public Health. Autism Spectrum Disorder. Completeness. Family Health.
Public policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial-----	23
Figura 2 – Fluxo de atenção após suspeita de TEA na Atenção Primária à Saúde-----	49
Figura 3 – Diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial-----	50
Figura 4 – Critérios de diagnóstico para Perturbação do Espectro do Autismo DSM-5-	53
Figura 5 – Prevalência de autismo nos EUA 2018-----	61
Figura 6 – Classificação - TEA-----	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Súmula das divergências gerais entre os normativos -----	40
Quadro 2 - Características e dissonâncias entre a Linha de Cuidado e as diretrizes terapêuticas-----	41
Quadro 3 - Súmula das convergências na estruturação da Rede de Cuidado entre os normativos-----	46
Quadro 4 - Súmula das divergências na estruturação da Rede de Cuidado entre os normativos-----	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABS – Atenção Básica em Saúde
- APA – American Psychiatric Association
- APS – Atenção Primária à Saúde
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
- RAS – Rede de Atenção à Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TEA – Transtorno do Espectro do Autismo
- MS – Ministério da Saúde
- Ciptea - Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista
- LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
- DSM-V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- APAE - Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
- ONG - Organizações Não Governamentais
- AMA - Associação dos Amigos dos Autistas
- ABRA - Associação Brasileira de Autismo
- ABRAÇA - Associação Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas com Autismo
- GT – Grupo de Trabalho
- CORDE - Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
- SEDH - Secretaria de Estado De Direitos Humanos
- ABENEPI - Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência
- IRDI- Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil
- M-Chat - Modified Checklist for Autism in Toddlers
- CID – 10 - Classificação Internacional de Doenças (10ª versão)
- CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade
- PTS - Projeto Terapêutico Singular
- CSA – Comunicação Suplementar e Alternativa

TEACCH - Tratamento e Educação para Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo

CER - Centro Especializado em Reabilitação

LISTA DE SÍMBOLOS

S1 Significante mestre

S2 Saber

\$ Sujeito

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 METODOLOGIA.....	26
2.2 Organização e análise dos dados.....	29
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
3.1 Contextualizando historicamente.....	30
4 EXPLORANDO OS DOCUMENTOS OFICIAIS.....	35
4.1 Teorizando os documentos oficiais.....	40
5 DIRETRIZES GERAIS E ORGANIZAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS.....	41
6 AUTISMO: CONDIÇÃO, DIFERENÇA, TRANSTORNO, DEFICIÊNCIA, DOENÇA?.....	47
6.1 Diagnóstico.....	48
6.2 O TEA sob o olhar da Psicanálise: Uma síntese.....	52
6.3 O TEA sob a ótica da diferença.....	53
6.4 TEA: Banalização do diagnóstico?.....	56
6.4.1 Medicalização da Infância.....	57
6.5 Classificação do Autismo.....	59
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS.....	65

1 INTRODUÇÃO

O atualmente denominado Transtorno do Espectro do Autista (TEA)¹, pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2013), tem sido versado pela comunicação social, mídia, imprensa, sociedades tecnológicas e científicas e demais outros grupos e movimentos com considerável destaque, nos últimos anos. Prevalece sobre a imagem do autista um embevecimento que é facilmente demonstrado pela procura constante do substrato biológico do “suposto” transtorno mental. Essa realidade aponta para uma tendência à “biologização” dos transtornos mentais (PARDO; ALVAREZ, 2007).

Contextualizando a escolha do tema estudado, vale ressaltar que muito tem a ver com o meu fazer profissional, uma vez que, no ano de 2019 (ano de escrita do projeto de pesquisa para submissão à imersão neste mestrado em Saúde da Família) eu estava coordenadora da Casa Acolhedora de Sobral². Durante essa experiência, deparei-me com diversas inquietações, principalmente no que se referia aos muitos relatos de mães que afirmavam que seu(s) filhos tinha(m) autismo. A grande maioria dos relatos que chegavam até mim, não possuíam nenhum tipo de laudo médico atestando o diagnóstico.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde da criança com transtorno do espectro autista no sistema de saúde ainda é muito deficiente. Embora a Lei 8.080 estabeleça que a saúde é um direito de todos e um dever do estado, (Constituição Federal 1988, art. 196), a realidade é bem diferente para quem vive o dia-a-dia com pessoas com transtorno do espectro autista (TEA). Ainda existe um agravante: a procura das famílias e cuidadores pelo tratamento é maior que as ofertas oferecidas nesses locais (MELLO et al., 2013).

Ao imergir neste Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, sob a orientação do professor doutor Luis Achilles Rodrigues Furtado que, ao ouvir minhas inquietações ou o que eu conseguia passar sobre elas, de pronto me orientou a ler a dissertação de um ex-orientando seu, chamado Lucas Silveira da Silva, defendida e aprovada no ano de

1 O presente estudo adota a nomenclatura Transtorno do Espectro do Autismo, em virtude de a mesma ser utilizada nos documentos oficiais e normativos do Ministério da Saúde. Entretanto, devido ao referencial teórico-metodológico, lançamos uma crítica à referida categoria diagnosticada, constando este teor crítico no referencial teórico. Salientamos, igualmente, que o DSM V (2012) adota a nomenclatura Transtorno do Espectro do Autista.

2 O projeto Casa Acolhedora de Sobral foi criado por demanda do Instituto Trevo de Quatro Folhas como estratégia para a redução da mortalidade infantil, por meio do apoio às mães usuárias de crack após o nascimento do bebê que, em outras situações, passaria a viver em risco social (negligência, abandono, acolhimento em abrigos ou adoção).

2016, que tinha como título “Transtorno do Espectro do Autismo, Estratégia Saúde da Família e Tecnologias de Cuidados na Rede SUS”, dissertação esta que mais me instigou a me aprofundar nessas questões, a qual respondeu a alguma de minhas perguntas.

Seguindo o histórico de minha relação com o tema, durante a pandemia da COVID-19 nos anos de 2020 e 2021 eu prestava serviços enquanto coordenadora do Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes de Sobral³. Nessa experiência profissional me deparei com um caso de autismo que foi diagnosticado tardiamente, impossibilitando tal adolescente de receber um adequado tratamento e estimulação precoce para o desenvolvimento de suas habilidades cognitivas funcionais, como a linguagem e a socialização. Enquanto coordenadora e responsável legal pelos acolhidos do equipamento, pude perceber muito de perto o processo de cuidados e de acompanhamento pós laudo da referida acolhida no âmbito das Políticas Públicas de Saúde (Estratégia de Saúde da Família: Centro de Saúde da Família e Centro de Atenção Psicossocial Geral), de onde surgiu minha pergunta (des)norteadora, minhas indagações e inquietações, e desejo de aprofundar esse estudo para compreender de alguma forma: Embasados em que documentos científicos se dava o diagnóstico do TEA? Como a própria família, o corpo escolar e a sociedade em geral enxergavam a pessoa com TEA a ponto de “constatar” o autismo sem nenhum tipo de ligação com a Estratégia de Saúde da Família? Senso comum? E a medicalização desenfreada da infância? E essa “epidemia de pessoas com TEA”? Banalização do diagnóstico?

Em 2022, foi publicada a minha convocação para o Concurso Público Municipal de Sobral, no qual fui empossada no cargo de Analista de Políticas Públicas Sociais, no âmbito da Política de Assistência Social, lotada no CRAS Mimi Marinho, localizado no Bairro Dom Expedito, onde continuo lidando, quase que rotineiramente, com os mesmos relatos de mães, pais e/ou cuidadores de que suas crianças tem autismo (com ou sem laudo/diagnóstico médico).

A pretensão desde o início foi que, adentrando nesse estudo de referências bibliográficas e documentais, eu talvez não conseguisse responder a todas às minhas interrogações, mas estando ciente de que a aproximação com o tema talvez pudesse refletir em mim ainda mais questões passivas de aprofundamento. Por isso, tive como premissa dessa dissertação, a importância e pertinência em trazer para a Universidade, e

³ A unidade oferece o serviço de acolhimento para crianças de 7 a 18 anos incompletos, por demanda judicial, o que significa que apenas o juiz responsável pode determinar por meio de medida protetiva. São acolhidas, na unidade, crianças e adolescentes em vivência de risco social na família, aqueles que estejam em destituição do poder familiar ou que estejam esperando pela adoção.

mais especificamente, para o Mestrado em Saúde da Família, todo esse arcabouço histórico, metodológico, de vivências pessoais, de relatos ouvidos com inquietude bem como das informações alcançadas para serem compartilhadas, uma vez que este estudo é apenas o início de muitos outros e não tem a pretensão de esgotar o tema em poucas laudas.

Essa dissertação objetivou explorar os documentos oficiais bem como regimentos e normativos do Ministério da Saúde (MS) concernentes às tecnologias e ferramentas de cuidado, recursos e atributos terapêuticos, assim como análises e diagnósticos oferecidos na Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Objetivou-se, ainda, identificar a perspectiva dentro dessa conjuntura de uma conexão articulada com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e analisar alguns conceitos e métodos de abordagens para o trabalho (“tratamento”) de pessoas com TEA no âmbito da Saúde Pública.

A reflexão acerca da efetividade dos discursos presentes nesses documentos e, nesse contexto, percebendo quais relações podemos tecer entre eles e o conceito de integralidade⁴, analisando as divergências apresentadas pelas partes interessadas no processo atual de formulação da política pública para o autismo no Brasil é de urgente e extrema importância.

A metodologia de estudo utilizada foi a Pesquisa Bibliográfica e Documental de abordagem qualitativa. Para fins de análise e ponderação de dados, esta pesquisa consistiu na reflexão e ponderação no que se refere às condições e estados de produção bem como a assimilação da aceitação de conteúdos desenvolvidos nos mais diversos contextos e circunstâncias no que diz respeito aos indivíduos com Transtorno do Espectro do Autismo.

Dito isto, vale frisar que a metodologia se deu a partir das seguintes categorias de análise: apresentação, concepções sobre autismo, diretrizes diagnósticas, diretrizes gerais para o cuidado e a organização da rede de cuidados. Essas categorias foram definidas por se mostrarem correlatas aos principais eixos pelos quais ambos os documentos abordam os diferentes aspectos relacionados ao tema. Ainda sobre a

4 O SUS é uma política pública que possui três princípios norteadores, quais sejam: universalidade, integralidade e equidade. A universalidade parte da garantia de acesso de todo e qualquer cidadão aos serviços públicos de saúde. A integralidade, por sua vez, deve ser pensada a partir de duas dimensões: a primeira, voltada ao reconhecimento de um sujeito integral; e a segunda, a uma rede de cuidados que tenha a capacidade resolutiva dessa demanda diversificada. Já o princípio da equidade, intenta evitar iniquidades e/ou desigualdades na assistência e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1990). No presente estudo, privilegamos o conceito integralidade devido aos objetivos propostos, que circulam em torno do sujeito e de uma rede de serviços com capacidade de oferta do cuidado integral.

metodologia de estudo, utilizou-se a Pesquisa Bibliográfica e Documental de abordagem qualitativa.

Com o objetivo de atrair atenção para o tema, o trabalho apontadiversas e delicadas problemáticas que são desencadeadas a partir, especialmente, do que toca o modo como as pessoas com TEA tem sido, ou não, inclusas nas Políticas Públicas de Saúde, especialmente na Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio das: Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Caso nos destinemos à RAPS, qual o sentido de falarmos em deficiência cognitiva ou intelectual. Afinal, qual o lugar do autista na rede?

A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência constituirá uma oferta importante de atenção à saúde das pessoas com TEA, uma vez que, frequentemente, estão presentes alterações cognitivas, de linguagem e de sociabilidade, que afetam diretamente - com maior ou menor intensidade - grande parte das pessoas com TEA, limitando capacidades funcionais no cuidado de si e nas interações sociais, o que demanda cuidados específicos e singulares de habilitação e reabilitação (BRASIL, 2013, p. 115-116).

Para fins de êxito no que se refere ao objetivo pleiteado nesta pesquisa, embasamo-nos, primeiramente, na leitura e apreciação dos dois normativos publicados pelo Ministério da Saúde nos anos de 2013 e 2014 no que tange ao Transtorno do Espectro do Autismo, bem como das pertinentes funções dos múltiplos equipamentos de cuidado no íterim da Rede de acompanhamento e assistência para com os indivíduos em estudo. Os documentos evidenciados acima são: “Linha 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” (BRASIL, 2013) e “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)” (BRASIL, 2014a). Justifica-se essa prioridade no estudo por conseguirmos observar muito claramente em dois documentos, publicados pelo Ministério da Saúde, divergências significativas no que diz respeito ao assunto em questão.

A importância deste estudo se destina em distintas dimensões, pois para cada dimensão a análise das magnitudes da ideia revela significativas contribuições. Objetivou-se conjecturar variadas concepções que embasam a importância desta dissertação, uma vez que é próprio da abordagem do termo essa multidimensionalidade que desencadeia variadas divergências em múltiplos entendimentos científicos e populares sobre o assunto.

Como antedito, a mais evidente divergência observada apresenta-se, então, no que se refere à dicotomia entre os normativos “Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção

Psicossocial do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2013), que foi publicado no ano de 2013, voltado tanto para os gestores quanto para os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o documento “[...] objetiva contribuir para a ampliação do acesso e a qualificação da atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) e suas famílias” (BRASIL, 2013, p. 9), reconhecendo o autismo como um transtorno mental, pertencente ao campo de cuidados da atenção psicossocial. Já o documento, também do Ministério da Saúde, que versa sobre as “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)” (BRASIL, 2014a, p. 10) foi introduzido preliminarmente em 2013, tendo sua versão definitiva sido apresentada no ano posterior. Consiste na produção de orientações às equipes multiprofissionais “[...] dos pontos de atenção da Rede SUS para o cuidado à saúde da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA) e de sua família nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência” (BRASIL, 2014, p. 7), abordando, assim, o transtorno como pertencente ao campo das deficiências⁵, propondo o tratamento pela via da reabilitação.

Em suma, no primeiro normativo supracitado, o Autismo é trazido como um Transtorno Mental, carecendo, assim, de ser tratado no âmbito da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em situação de contínua inter-relação com os complementares pontos da Rede de cuidados, inclusive na Estratégia Saúde da Família. Já no segundo normativo, o Autismo⁶ é reconhecido enquanto deficiência⁷, em concordância com a Lei 12.764 de 2012, onde o autista é caracterizado como pessoa com deficiência para fins de lei.

Assim sendo, buscamos apresentar os documentos supraditos e outros, tendo como base inicial o estudo da dissertação de Lucas Silveira da Silva defendida e aprovada em 2016, que tem como título “Transtorno do Espectro do Autismo, Estratégia Saúde da Família e Tecnologias de Cuidados na Rede SUS”, porém, desta vez, propondo um olhar crítico, também, para com as mais recentes atualizações sobre o Transtorno do Espectro do Autismo, bem como tecer uma análise teórica bebendo da

5 Surgiu no Reino Unido nos anos 1960; um de seus precursores foi Paul Hunt, sociólogo e deficiente físico. O autor procurou ampliar o conceito de deficiência utilizando o conceito de estigma social proposto por Erving Goffman (DINIZ, 2007).

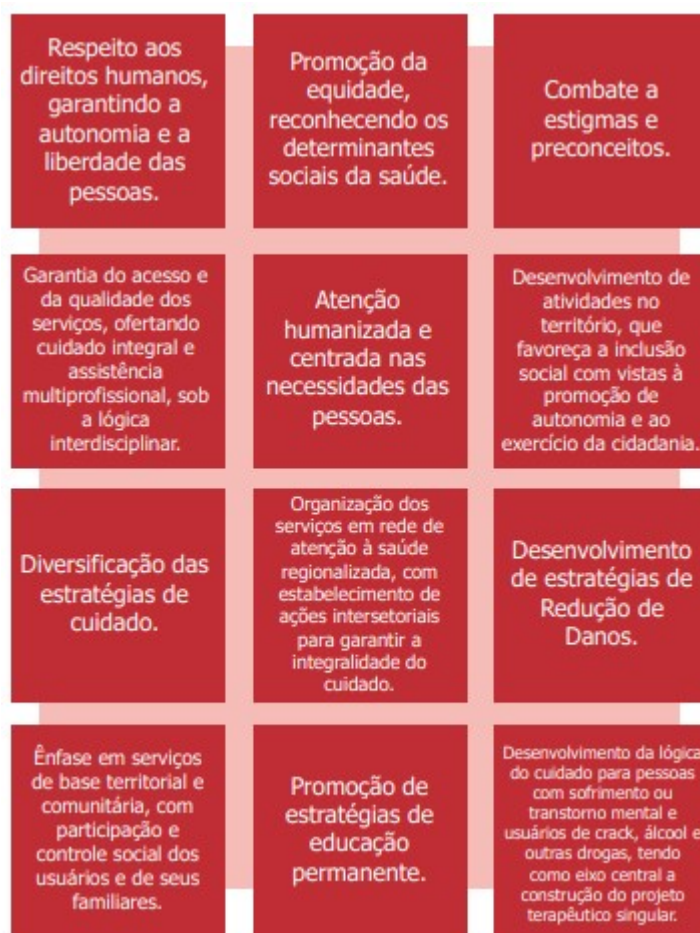
6 O termo Autismo, escrito com letra inicial maiúscula, se refere a uma síndrome cujo fator preponderante é a alteração profunda do comportamento, com diversas origens e causas e que, conseqüentemente, constitui-se caminho para evolução de distúrbios e alterações importantes no desenvolvimento social da criança.

7 Além do Movimento Social de Deficiência, podemos citar o movimento da neurodiversidade, organizado por autistas de alto funcionamento, geralmente diagnosticados com Síndrome de Asperger, que consideram o autismo não como uma doença, mas uma diferença humana (ORTEGA, 2008).

fonte de autores da psicanálise que conversam sobre o autismo e seu campo de interação com a Saúde Pública.

Além disso, a RAPS constitui-se de algumas diretrizes para o seu funcionamento, são elas (BRASIL, 2017):

Figura 1 -Diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: BRASIL, 2017.

No que se refere aos avanços e retrocessos sobre a questão do Autismo no Brasil, ressalta-se a criação e posterior homologação da Lei 12.764 (Lei Berenice Piana)⁸, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. A referida legislação passou a tomar o autista, para fins de lei, como pessoa com deficiência (BRASIL, 2012a), feito este que desencadeia diversas decorrências tanto no que tange à esfera científica quanto no que se refere ao âmbito social, uma vez que pais de autistas participaram de forma ativa na elaboração e aprovação da lei acima citada.

⁸ A lei leva o nome de Berenice Piana, mãe de um menino autista (hoje com 28 anos), que, desde que recebeu o diagnóstico de seu filho, luta pelos direitos das pessoas com autismo. Berenice estudou por anos o assunto e sugeriu ideias para a implantação de políticas públicas que levaram à criação da Lei 12.764/12.

Ainda sobre as “evoluções” sobre a questão, sempre sob a ótica da deficiência, destacam-se as seguintes legislações: Lei nº 13.977 de 08 de janeiro de 2020 que altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea). Posteriormente, o Conselho Nacional de Saúde Pública (CNSP) colaborou com as Recomendações Complementares que visam a garantia dos direitos e da proteção social nº 031, de 30 de abril de 2020, sobre as medidas emergenciais das pessoas com deficiência (TEA incluso) no contexto da COVID-19. Em consequente, no mês de fevereiro de 2022, o governo enviou ao Congresso Nacional um projeto de lei que atualiza a nomenclatura utilizada na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) para padronizar o termo Transtorno Do Espectro Autista. O Ministério da Educação especificou que a classificação trazida pelo DSM-V⁹ foi incorporada nas publicações em âmbito nacional, em especial nas de cunho científico, sendo um consenso a sua utilização no meio acadêmico, o que torna imperiosa a necessidade de atualização na Lei 9.394 de 1996, objetivando a uniformização de nomenclatura (BRASIL, 2022). E, ainda, mais recentemente, no dia primeiro de abril de 2022, o Governo Federal lança o TEAtivo, programa voltado para promover a prática de atividades físicas para crianças e adolescentes autistas, que tem como objetivo permitir o acesso à prática de atividades físicas e de lazer a crianças e adolescentes autistas com idade entre 05 e 18 anos. O feito do Governo Federal atenderá a 600 pessoas na primeira fase, em Goiânia (GO) e Tanguá (RJ) (BRASIL, 2022).

Trazendo a discussão para a esfera municipal, e considerando como um grande e necessário avanço e incentivo para os demais municípios do País no que se refere ao TEA no âmbito das políticas públicas municipais, muito recentemente, já no corrente ano, o presidente da Câmara de Novo Hamburgo (RS) promulgou em fevereiro, a Lei Municipal nº 3.452/2023. A norma cria na cidade o Programa de Atenção Integral ao Autismo, com o objetivo de quantificar e traçar o perfil socioeconômico das pessoas com o transtorno. A agora Lei Municipal¹⁰ nº 3.452/2023 busca mapear a ocorrência do transtorno do espectro autista (TEA) na cidade, formalizar um cadastro e utilizar os dados para o desenvolvimento de políticas públicas específicas para o atendimento das

⁹Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

¹⁰ Aprovado pela Câmara [no último dia 12 de dezembro](#), o [PL nº 79/2022](#) foi prontamente enviado para análise do Executivo. A prefeita, por sua vez, teve 15 dias úteis para analisar a proposta e decidir por sua sanção ou a apresentação de veto. O prazo transcorreu sem qualquer manifestação. Quando isso ocorre, considera-se que houve sanção tácita por parte da prefeita. O texto então retorna à Câmara, que fica responsável por sua promulgação. Embora publicada nesta quarta, a nova lei só entrará em vigor desta data (01/02/2023) a 120 dias.

pessoas diagnosticadas. A norma também determina a realização de debates em caráter multiprofissional e a articulação e alinhamento entre os campos da reabilitação e atenção psicossocial para a qualificação do atendimento.

Ainda no que refere ao TEA sob a mesma ótica, como consequência dessa associação da imagem do autista à deficiência passamos a ter uma sucessão de reflexos no âmbito da política pública de saúde muito nos abismando tal associação na atualidade, tanto por parte do governo quanto por parte dos familiares, mesmo que na historicidade o deficiente tenha sido mais estigmatizado que o louco (BATISTA, 2012).

Tal fato abre brecha para diversas repercussões. O que nos importou para o presente estudo foram as formas de organização e configuração da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere ao cuidado e à atenção integral ao usuário autista, bem como às implicações que a associação do autismo com a deficiência intelectual e cognitiva acarreta no contexto em estudo: a saúde pública.

Vale ressaltar que o estudo visou colaborar para a construção de novos conhecimentos e aprendizagens no que se refere ao assunto em questão. Estudar as centrais e principais produções relativas à temática nos indica o fato de que muitos dos autores centralizam as argumentações sob a ótica da epidemiologia. Desta forma, TEA se torna sinônimo de algo tão somente objetivo e mensurável, fato que consequentemente restringe a assimilação da temática.

A dimensão do tema enquanto categoria que também é subjetiva carece de um maior volume de estudos, pois os já existentes trazem a temática de forma ainda não aprofundada. No que se refere a essa questão, Elia (2014, p. 19) expressa a bruma da esfera científica atual, que restringe à ciência a “repetição de chavões, protocolos, esquemas estéreis de pensamento”. Dessa forma, observa-se uma dada repulsão a não importa qual seja o modo de entendimento da subjetividade dos indivíduos em situação de sofrimento psíquico, revelando, então, uma certa repulsão no que tange à teoria psicanalítica. Pois, como nos afirma Elia (2014), essa repulsão à teoria Psicanalítica é uma tática política vil e cruel para fins de manipulação dos indivíduos e medicalização de seus sintomas, o que faz de imediata necessidade essa remissão.

Esperamos aqui contribuir com o crescimento dessa literatura na medida em que trazemos interlocuções com os atuais desafios teórico-práticos das pesquisas em saúde.

Esta pesquisa propõe um olhar para além dos conceitos já consolidados historicamente. Assim, sua importância reside em disparar reflexões acerca de outros sentidos que o TEA constrói, principalmente nos discursos contemporâneos.

Além disso, estas reflexões não seriam completas sem o devido diálogo com o cotidiano dos processos de trabalho em saúde. Frente aos efeitos e impactos dos saberes, técnicas e intervenções da saúde sobre a normalização das vidas e das sociedades, é expressamente necessário discutir políticas e referenciais que subsidiam a prática profissional (CAPONI et. al., 2013).

Realizada esta introdução ao estudo, parece recordar um esquema histórico no tocante ao autismo, uma vez que é reavivada de forma constante a primitiva discussão sobre o idiota¹¹ *versus* a loucura, tão latentes durante os séculos XVIII e XIX. Conforme explanado acima, os documentos oficiais nos remetem à ideia de que o próprio Ministério da Saúde parece ainda, nos dias atuais, não possuir um posicionamento oficial e definitivo no que se refere ao autismo, uma vez que, ora se trata de uma *mental disability*¹², ora é um transtorno mental. A pesquisa nos indica que esse esquema histórico emerge sobre a Saúde Pública, visto que as estruturas de organização da Rede SUS padecem em consequências e implicações de forma tal que o cuidado a esses sujeitos passa a se conceber no rol de uma suposta reabilitação.

Essa dinâmica exige mais que isso, exige acessibilidade, exige integralidade:

A avaliação sistemática do processo de habilitação/reabilitação deve ser pautada pela consideração da linguagem, dos sentimentos, dos pensamentos e das formas que o paciente tem de se relacionar com as pessoas e com o seu ambiente, bem como pela melhoria e pela ampliação das capacidades funcionais do indivíduo em vários níveis e ao longo do tempo (BRASIL, 2014, p.63-64).

De acordo com Batista (2012), o conceito de reabilitação teve grande desenvolvimento no século XX, embora seja preponderante a ideia central de reparação de um déficit adquirido. Atualmente, está sendo incorporada a noção de “habilitação” na tentativa de ampliar e entender o conceito de deficiência, acoplando, nesse sentido, não somente intervenções para “melhorar a função corporal” dos sujeitos, mas também medidas abrangentes de inclusão (BATISTA, 2012, p. 48).

¹¹ Nos primórdios da Psiquiatria, a idiotia é considerada precursora da noção de retardo mental, psicoses infantis e o próprio autismo (BATISTA, 2012).

¹² Nesse sentido, a tradução do termo *disability* como *deficiência* não consegue exprimir a intenção da terminologia adotada pelos precursores do modelo social. Considerando-se a etimologia da palavra – *dis* (prefixo de negação, ausência) + *ability* (habilidade, capacidade) –, torna-se mais fácil a compreensão de seu uso pela língua inglesa. A palavra *disability* surge no século XVI, no contexto de legislação, significando incapacidade aos olhos da lei. Interessa comparar o sentido de *inability* com o de *disability*. O primeiro termo significa que alguém não pode fazer alguma coisa, pois não tem habilidade ou conhecimento. O segundo significa que alguém não é capaz de realizar alguma coisa devido a algum problema físico ou mental. Desse modo, deve-se atentar para as traduções literais e entender o contexto cultural de onde o termo foi criado para não alterar o sentido do termo proposto (PRESTES, 2010).

Demandas subjetivas, então, são impedidas de manifestarem-se na RAS, resultando na impossibilidade de inclusão da pessoa com TEA na rede, e acarreta, ainda, a não possibilidade da total garantia dos direitos no rol da Saúde Mental e da Saúde Pública. Porém, é sabido que assuntos político-econômicos adaptam a questão do autismo na esfera das deficiências por dada submissão teórica, trilhando a lógica de restrição da Saúde Mental.

Nesse sentido, procuramos responder o porquê da importância de se (re)pensar o cuidado, arranjos organizativos da rede e cuidado em prol da escuta da dimensão subjetiva do autista.

Assim sendo, ambicionamos desbravar os dissensos teóricos e clínicos que representem um importante fator nas controvérsias em questão, buscando, ainda, elucidar algumas questões e problematizar outras, possibilitando a emergência de um pensamento crítico e comprometido com o sujeito autista que também é usuário da Rede SUS, e sujeito de direitos, devendo estar inserido nos diversos pontos da rede.

2 METODOLOGIA

Partindo do princípio de que a metodologia é o instrumental, bem como a via para a abordagem da realidade, a pesquisa em questão buscou mencionar aspectos e peculiaridades apresentadas tanto na legislação quanto em obras de renomados teóricos, recomendações, manuais e portarias do Ministério da Saúde, tendo como base inicial o estudo da dissertação de Lucas Silveira da Silva, defendida e aprovada em 2016, que tem como título “Transtorno do Espectro do Autismo, Estratégia Saúde da Família e Tecnologias de Cuidados na Rede SUS”.

Porém, desta vez, propondo um olhar crítico, também, para com as mais recentes atualizações sobre o Transtorno do Espectro do Autismo, tecendo uma análise teórica bebendo da fonte de autores da psicanálise que conversam sobre o autismo e seu campo de interação com a Saúde Pública.

2.2 Coleta de dados

Para fins de coleta de dados, fez-se fundamental utilizarmos a pesquisa de tipo bibliográfica e documental de abordagem qualitativa¹³.

A abordagem qualitativa, conforme as ideias expressas por Tuzzo e Braga (2016):

[...] enquanto exercício de pesquisa, não se apresenta como uma proposta rigorosamente estruturada, permitindo que a imaginação e a criatividade levem os investigadores a propor trabalhos que explorem novos enfoques, sugere que a pesquisa qualitativa oferece ao pesquisador um vasto campo de possibilidades investigativas que descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos. Os pesquisadores dessa área utilizam uma ampla variedade de práticas interpretativas interligadas, na esperança de sempre conseguirem compreender melhor o assunto que está ao seu alcance (TUZZO; BRAGA, 2016, p.142).

Assim sendo, a abordagem de caráter qualitativo se deu porque a pesquisa qualitativa:

[...] se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2009, p. 21).

13 Optamos pelos dois procedimentos metodológicos, pois o presente estudo utiliza fontes secundárias que sofreram tratamento analítico, tais como: livros de referência, artigos científicos, teses e dissertações; por outro lado, utilizamos a leitura de materiais que não obtiveram análises teóricas e científicas, tais como: legislação acerca da temática, portarias, recomendações, entre outros que se fizeram necessários.

Já a pesquisa de caráter bibliográfica se deu porque a pesquisa qualitativa:

[...] que a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas. As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem a uma análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvida quase exclusivamente mediante fontes bibliográficas. (GIL, 2002, p. 44).

De acordo com Gil (2002), a pesquisa bibliográfica pode ser definida como aquela direcionada a fontes secundárias, caracteristicamente, materiais publicados, cujos dados obtiveram tratamento e/ou análise. Por outro lado, a pesquisa documental, embora se assemelhando à bibliográfica em muitos aspectos, possui a variação de o material a ser analisado não ter sofrido nenhum tratamento analítico. Referindo-se à pesquisa documental, salienta-nos Gil (2002, p.3):

[...] a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Essa vantagem torna-se particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço. Por exemplo, seria impossível a um pesquisador percorrer todo o território brasileiro em busca de dados sobre população ou renda per capita; todavia, se tem à sua disposição uma bibliografia adequada, não tem maiores obstáculos para contar com as informações requeridas. A pesquisa bibliográfica também é indispensável nos estudos históricos. Em muitas situações, não há outra maneira de conhecer os fatos passados se não com base em dados bibliográficos.

Para o pesquisador que opta pela pesquisa bibliográfica, “os livros de referência, também denominados livros de consulta, são aqueles que têm por objetivo possibilitar a rápida obtenção das informações requeridas, ou, então, a localização das obras que as contêm”. Por isso, “pode-se falar em dois tipos de livros de referência: livros de referência informativa, que contêm a informação que se busca, e livros de referência remissiva, que remetem a outras fontes.” (GIL, 2002, p. 44).

A análise das publicações oficiais será realizada por meio da técnica de análise documental (SÁ-SILVA et al., 2009), definida como “[...] uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original”(CHAUMIER apud BARDIN, 2011, p.51) a fim de facilitar, uma análise crítica e comparativa a partir da compreensão do conteúdo dos documentos estudados.

Apesar de que, em seu desenvolvimento, a pesquisa documental siga os mesmos passos da pesquisa bibliográfica, a grande diferença entre as duas se dá no fato

de que na pesquisa bibliográfica as fontes são, fundamentalmente, material impresso localizado nas bibliotecas. Na pesquisa documental, as fontes são muito mais diversificadas e dispersas.

Em função de tais semelhanças, “nem sempre fica clara a distinção entre a pesquisa bibliográfica e a documental, já que, a rigor, as fontes bibliográficas nada mais são do que documentos impressos para determinado público”. Além do mais, boa parte das fontes usualmente consultada nas pesquisas documentais, tais como jornais, boletins e folhetos, pode ser tratada como fontes bibliográficas. “Nesse sentido, é possível até mesmo tratar a pesquisa bibliográfica como um tipo de pesquisa documental, que se vale especialmente de material impresso, fundamentalmente, para fins de leitura”. (GIL, 2002, p. 46).

Assim sendo, o presente estudo se utilizou de ambos os procedimentos¹⁴, pois consistiu no estudo e leitura detalhada de diversificados materiais tais como: livros, artigos científicos, monografias, portarias, recomendações, leis, entre outros documentos que se fizerem necessários ao estudo do objeto de pesquisa em questão.

O material foi estudado a partir das seguintes categorias de análise: apresentação, concepções sobre autismo, diretrizes diagnósticas, diretrizes gerais para o cuidado e a organização da rede de cuidados. Essas categorias foram definidas por se mostrarem correlatas aos principais eixos pelos quais ambos os documentos abordam os diferentes aspectos relacionados ao tema.

2.2 Organização e análise dos dados

Para fins de análise e ponderação de dados, esta pesquisa consistiu na reflexão e ponderação no que se refere às condições e estados de produção, bem como a assimilação da acepção de conteúdos desenvolvidos nos mais diversos contextos e circunstâncias no que diz respeito aos indivíduos com Transtorno do Espectro do Autismo.

Assim, a realização desta pesquisa foi um ensejo de se adentrar no campo de estudo e de colocar em prática o conhecimento teórico adquirido durante o curso de Serviço Social, bem como perceber que a argumentação acerca da temática do autismo

¹⁴De acordo com Gil (2002) as pesquisas podem ser classificadas quanto à abordagem (qualitativa ou quantitativa), quanto à natureza (pesquisa básica ou pesquisa aplicada), quanto aos objetivos (pesquisa exploratória, pesquisa descritiva ou pesquisa exploratória), e, finalmente, quanto aos procedimentos (pesquisa experimental, pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, pesquisa de campo, pesquisa *ex-post-facto*, pesquisa de levantamento, pesquisa de *survey*, estudo de caso, pesquisa participante, pesquisa-ação, pesquisa etnográfica ou pesquisa etnometodológica).

culmina em uma discussão muito mais ampla acerca das políticas sociais referentes a essa população, observando-se que as pessoas com TEA precisam ser respeitadas nas suas particularidades e singularidades.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Por diversas razões, no Brasil, as determinações bem como as iniciativas de cunho governamental, especificamente voltadas ao acolhimento das pessoas com diagnóstico de autismo, deram-se tardiamente. Este segmento da população buscava atendimento unicamente em instituições de filantropia, como a Associação Pestalozzi¹⁵ e na Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)¹⁶, ou ainda em Organizações Não Governamentais (ONG), assim como nas instituições de cunho assistencialistas criadas por familiares de autistas, em conformidade com o que será abordado a seguir (CAVALCANTE, 2003). Somente no começo do século XXI, despontou uma política pública para “cuidar” da saúde mental de crianças e adolescentes.

O enfrentamento feito de forma tardia desta problemática acarretou a construção vigente da política pública brasileira no que se refere ao autismo, fazendo com que a mesma seja caracterizada por dois grupos dissemelhantes que, ao longo da historicidade, realizaram suas ações e atividades simultaneamente, porém paralelamente: por uma direção o grupo formado, em sua grande maioria, por profissionais de gestão do rol da Atenção Psicossocial, assim como de adeptos da Reforma Psiquiátrica, membros dos atos diretamente ligados à política pública de saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). Por outra direção, as organizações de familiares (primordialmente pais) de autistas que começaram a encabeçar a construção de suas próprias técnicas de assistência para os “seus” autistas, em dado período do século XX, mais especificamente nos anos 80, marcado pelo lapso de meios e recursos públicos voltados ao acompanhamento/atendimento desses sujeitos.

A simultaneidade de tais grupos bem como o paralelismo de seus atos e proposições precisam ser contextualizadas no âmbito histórico a fim de que colaborem com o debate a respeito das querelas atuais nos trajetos das políticas para o autismo.

15As Associações Pestalozzi têm como símbolo uma rosa vermelha, pedúnculo e cinco folhas na cor preta, três de um lado e duas de outro, desniveladas. Estas entidades são afiliadas à Federação Nacional das Associações Pestalozzi – FENASP, sediada no Distrito Federal; entidade representativa no âmbito nacional, cuja missão é “garantir a qualidade de vida das pessoas com necessidades especiais através da articulação de ações em defesa dos seus direitos e da construção de sua cidadania”.

16 A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) nasceu em 1954, no Rio de Janeiro. Caracteriza-se por ser uma organização social, cujo objetivo principal é promover a atenção integral à pessoa com deficiência intelectual e múltipla.

3.1 Contextualizando historicamente

A privação de mecanismos e organizações públicas voltadas para o acolhimento dos autistas acarretou na situação de que diversos familiares e pais investissem seus esforços na execução de diligências próprias, como por exemplo, a formação de grupos de socialização de saberes e apoio mútuo, dentro do contexto de vivências semelhantes, evidenciadas na Europa e nos Estados Unidos (MELLO, 2005). O grupo de pais que deu o ponta pé inicial nessa empreitada no Brasil foi o da Associação dos Amigos dos Autistas de São Paulo, a AMA-SP, em 1983. O propósito essencial era estimular a procura e a troca de experiências, noções e informações sobre o autismo, isto numa época que antecedeu o nascimento do SUS, período este em que o Estado Brasileiro desprovia de toda e qualquer estratégia ou parâmetro destinados ao acolhimento e cuidado de crianças e adolescentes com sofrimento mental, tal como o autismo. Circunstância essa que induziu a AMA-SP a elaborar suas próprias faces de assistência e a procurar conhecimento, através de intercâmbios com instituições e organizações estrangeiras (MELLO, 2005; MELLO et al., 2013).

Simultaneamente, na exata década de 80, potencializava-se no Brasil o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que tinha como pretensão a reformulação dos princípios, tanto assistenciais quanto teóricos, voltados para as pessoas com transtornos mentais, intencionando debelar a configuração de assistência concentrado em condutas de institucionalização, de modo a possibilitar o resgate da importância da cidadania a essas pessoas e a edificar uma rede comunitária para o cuidado em liberdade (AMARANTE, 1994).

Conseqüentemente, ao dito Movimento bem como à promulgação da Lei nº 10.216/01, a saúde mental firmou-se alguns anos após como política de Estado (sob a referência da Atenção Psicossocial) firmada em efetivos aparatos jurídicos, políticos e clínicos, aparatos esses que reestruturaram a rede de serviço e ainda registraram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), enquanto principais estratégias de cuidado em saúde mental (DELGADO, 2011; BERLINCK, MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008; COSTA et al., 2011; GAMA, 2012). Porém, como bem consideram Couto e Delgado (2015), a integração da saúde mental infanto-juvenil na pauta das políticas públicas brasileiras se deu tardiamente, inclusive na esfera interna da saúde mental, o que muito colaborou para a assimilação das barreiras enfrentadas nos dias atuais no que tange à rede de cuidados ofertada pelo SUS para autistas.

A criação de uma rede de assistência e atenção voltada para crianças e adolescentes com transtornos mentais persistentes e graves incorporada à saúde mental do SUS foi sugerida e implantada apenas a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001 (BRASIL, 2002a), possuindo enquanto condição de estratégia a implantação de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) através da portaria ministerial nº 336/02 (BRASIL, 2002b).

Em conformidade com os princípios que nortearam a Reforma Psiquiátrica, os CAPSi se caracterizam por serem equipamentos de cuidado territorial, bem como de base comunitária, possuindo, enquanto missão principal, dispor atenção em saúde mental para autistas, usuários de álcool e outras drogas, psicóticos bem como para toda e qualquer condição que implique prejuízos psicossociais severos e persistentes (COUTO; DELGADO, 2015).

Estes equipamentos possuem, enquanto base fundamental, a idealização e criação de redes desenvolvidas e ampliadas de cuidado, sendo os CAPSi representantes enquanto atores principais da nova fundamentação assistencial, embasada em diretrizes e normas de acessibilidade, no reconhecimento de crianças e adolescentes enquanto sujeitos psíquicos e de direitos, no cuidado territorial, e ainda no direcionamento intersetorial e integral das ações de cuidado (BRASIL, 2005; AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2010).

Paralelamente à criação dos primeiros CAPSi, dadas organizações, como por exemplo a AMA-SP, conseguiram ir alcançando maior espaço nas esferas políticas, assistenciais e técnicas, durante um período em que ainda se compunha de grande desprovimento de mecanismos públicos para o cuidado de autistas. Dessa forma, a AMA passou a se disseminar por vários estados do país (CAVALCANTE, 2003), atualmente sendo afirmada por alguns enquanto esfera de formação profissional e de produção técnica, instigando, ainda, a criação de variadas organizações semelhantes, como por exemplo, a Associação Brasileira de Autismo (ABRA), Associação Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas com Autismo (ABRAÇA), Fundação Mundo Azul, dentre outras mais.

Nunes (2014) ressalta que as organizações vêm, através de articulações políticas, expressando suas lutas por direitos, expondo as falhas no que se refere à assistência experienciadas na saga por diagnósticos e tratamentos de seus filhos:

Desde a formação da AMA, grupos de familiares de autistas vêm se consolidando pelo país, não apenas como fonte de apoio emocional a outras famílias, mas como meio legítimo de angariar recursos públicos, formular

projetos de lei, buscar novos tratamentos, pesquisas e atendimentos em saúde e educação, além da produção de conhecimento (NUNES, 2014, p.15).

A antedita articulação dos pais e familiares desencadeou o ineditismo da criação e aprovação de uma lei de âmbito federal exclusiva para o autismo. A Lei nº 12.764, sancionada em 27 de dezembro de 2012, que “Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista” (BRASIL, 2012). A Lei em questão caracteriza a pessoa com transtorno do espectro autista (TEA) como “pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais” (Lei nº 12.764, § 2o), provocando consequências em vários campos, como por exemplo, no campo assistencial, político/gestor, científico/acadêmico, educacional/pedagógico, assim como na esfera dos direitos básicos (OLIVEIRA, 2015). A Lei caracterizou-se como um marco histórico na luta pelos direitos dos autistas, principalmente para os ativistas envolvidos direta ou indiretamente na conquista, de forma tal, que a inserção desses sujeitos na esfera das deficiências permitiu politicamente que os autistas passassem a ter acesso a todos os direitos previstos em lei já vigente para pessoas com deficiência no Brasil, como por exemplo: ingresso no mercado de trabalho, garantia à educação em escolas regulares, benefícios financeiros, entre outros mais. E ainda, tomam como fato que esse canal jurídico evidencia a situação de conexão e acesso a acompanhamento e atendimentos em serviços de saúde especializados, em contraposição aos ofertados pela rede de saúde mental (NUNES, 2014), assim como será mais bem versado a posteriori.

Ainda que na redação da Lei não sejam mencionados aspectos específicos e/ou exclusivos de tratamento, somente propõe diretrizes, como por exemplo, o diagnóstico precoce, a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com TEA, o atendimento de caráter multiprofissional, bem como o acesso a medicamentos e nutrientes (BRASIL, 2012), uma sucessão de discussões, debates e discordâncias participados por muitos dos atores sociais, expandiu-se nos últimos anos no que se refere aos prováveis caminhos viáveis de inclusão do autismo no SUS. O fato de o autismo ter sido reconhecido como uma deficiência, acarretou outra discussão no que se refere ao modelo de como estes indivíduos deveriam ser acolhidos no campo dos serviços e ações oferecidas pelo SUS que vai para além da forma de assistência que até então era ofertada, tanto pelos CAPSi (na esfera da saúde mental) quanto pelas associações de pais e familiares e pelas entidades de filantropia.

Na trilha dessas discussões, em 2013¹⁷ dois documentos que objetivavam oferecer orientações e diretrizes no que tange ao tratamento das pessoas com TEA no SUS foram lançados pelo Ministério da Saúde (MS).

O normativo com título "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)" (BRASIL, 2014) aborda o autismo remetendo-o ao rol das deficiências, indicando a terapêutica pela via da reabilitação.

Já o documento intitulado "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde" (BRASIL, 2015) reconhece o TEA enquanto transtorno mental, vinculando as práticas de cuidado à rede de atenção psicossocial, com ênfase para os CAPSi.

Vale salientar, neste contexto, a publicação oficial pela instância federal do SUS de dois normativos com instruções e diretrizes distintas que, na prática, mantém intacta a conjuntura dos dissensos, diferenças, distinções e contrastes no que tange às formas de cuidado das pessoas com autismo no SUS.

As inquietações entre diferentes estratégias e opiniões no que diz respeito ao autismo não são uma problemática exclusiva do panorama brasileiro. Segundo Ortega (2009), o cenário das nações anglofônicas¹⁸ denota uma discordância entre os grupos a favor da cura (pró-cura), conduzidos por pais e familiares de autistas que concebem o TEA como uma patologia passível de tratamento. E os grupos que manifestam a ideia de não haver possibilidade cura (anti-cura), por sua vez, procuram ser caracterizados como “neurodiversos” através da alegação de que suas peculiaridades não seriam obrigatoriamente patológicas.

A discussão tem sido acalorada na França, principalmente após a caracterização legal do autismo enquanto deficiência, fato que induziu dados grupos a lutarem por uma legislação específica para as práticas clínicas, sustentando cientificidade de algumas em detrimento de outras. O confronto acontece de forma mais latente entre os adeptos da corrente cognitivo-comportamental que pleiteiam para os próprios o caráter científico e a psicanálise, tradicionalmente hegemônica na clínica francesa (ARAUJO et al., 2013; LAURENT, 2014).

Assim sendo, percebe-se que a discussão sobre o autismo engloba um rol de competições, tanto no que se refere ao panorama nacional quanto ao panorama mundial,

17 Ambos os documentos foram lançados em 2013 em versões preliminares. As versões finais de “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)” e “Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” foram lançadas em 2014 e 2015, respectivamente.

18Anglofonia é o conjunto de identidades culturais existentes em países falantes da língua inglesa.

determinado por questões específicas em cada contexto, porém tendo em comum a discordância e a produção de impasses.

4 EXPLORANDO OS DOCUMENTOS OFICIAIS

Os normativos denominados "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista" (BRASIL, 2014) e "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde" (BRASIL, 2015) tiveram sua criação dentro de um contexto histórico-político em que dessemelhanças relevantes definiam os posicionamentos dos membros da esfera da atenção psicossocial com relação aos da esfera das organizações da reabilitação e da classe de pais e familiares de autistas.

Dessemelhanças essas que, de uma dada maneira, sempre estiveram presentes, foram tornando-se perceptíveis à medida em que a discussão acerca da forma de organização das redes de cuidado foi alcançando maior importância no SUS, consequência da firmeza da base normativa da saúde mental, que ganhou sustento após a sanção da Lei nº 10.216 bem como da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, os dois acontecimentos no ano de 2001. E ainda, não se pode deixar de frisar a importância que teve o progresso de ações e diretrizes no rol da reabilitação, denotado pelo campo da saúde da pessoa com deficiência.

Em face das discordâncias, passaram a ser executados métodos de aproximação, pelo Ministério da Saúde (MS), no esforço de alavancar a concepção de conversação entre a reabilitação e a saúde mental.

O "Grupo de Trabalho sobre Atenção ao Autismo no SUS", instaurado no dia 26 de março de 2008, evocado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, contou com o envolvimento de atores que representavam o Ministério da Saúde, a Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE/SEDH), a Associação Brasileira de Autismo (ABRA), a Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência (ABENEPI) e a Federação Nacional das APAES. No íterim de seus objetivos, pretendiam "[...] conhecer a situação atual da atenção às pessoas com autismo na rede SUS e propor medidas para a ampliação do acesso e qualificação da atenção nessa mesma rede" (BRASIL, 2008, p.3). Não encontramos, até o momento, registros no que se refere a esse sistema de trabalho bem como aos desdobramentos deste grupo de trabalho (GT).

Um novo GT foi formado em 2011, propondo que o grupo anterior, criado em 2008, não conseguiu obter fins de efetivação no que tange aos seus objetivos, desta vez, criado por familiares, universitários, gestores, profissionais de saúde, representantes da

sociedade civil, entre outros atores. O objetivo foi produzir um normativo que tivesse a capacidade, de fato, de auxiliar a expansão do acesso bem como a habilitação e qualificação da atenção a pessoas com TEA, em consonância com as propostas do Plano Viver sem Limites, da Política Nacional de Inclusão de Pessoas com Deficiência (BRASIL,2011), que foi difundido ainda no ano de 2011, com enfoque na efetivação dos direitos das pessoas com deficiência, através da articulação e da integralidade de políticas setoriais e outros serviços, programas e projetos. Grupo de Trabalho este que tinha enquanto propósito a formulação de regulamentações e protocolos com indicadores e parâmetros de acolhida e atendimento no que se refere às pessoas com TEA.

Por fim, o histórico resultou na produção, não de um, mas de dois normativos, ambos os documentos sob a chancela do Ministério da Saúde, mesmo que assinados por setores técnicos distintos.

A formulação de dois normativos deixa evidente não ter logrado êxito na superação das discordâncias. Apresentados os normativos (de maneira institucional bem desigual, como veremos a posteriori), e sustentadas as dissidências, em 22 de maio de 2013, através da Portaria nº 962/2013, foi instituído um Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Ministério da Saúde, objetivando “[...] promover a articulação e o alinhamento entre os campos da reabilitação e da atenção psicossocial para qualificação da atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2013, p.1). Na apresentação das intenções deste último GT, há a constatação, da parte do Ministério da Saúde, da urgência na superação à fragmentação política envolvendo o curso das políticas públicas para o TEA no país.

Reafirmamos, assim, um dos objetivos específicos deste estudo que é, portanto, investigar os cerne das discordâncias expostas pelos segmentos ligados ao processo atual de formulação da política pública para o autismo no Brasil e também analisar a presença de tópicos de concordâncias através dos quais se torne factível instigar condições de conversação e diálogo.

Como antedito, para este fim, seguimos estudando os dois normativos citados de forma a alçar tópicos de dissenso e também pontos de consenso, almejando, assim, colaborar para o esclarecimento dos componentes substanciais que integram o estudo em questão.

Baseando-se no estudo dos normativos em evidência nessa pesquisa pôde-se pautar, inicialmente, para fins de base desta pesquisa, os tópicos de convergências e divergências no que se referem às diretrizes e perspectivas amparadas pelos documentos em questão.

As discordâncias se apresentaram no cerne da centralidade das redes de saúde (entre a Rede de Atenção Psicossocial e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência), forma de abordagem (objetiva/técnica ou global), submissão à consulta pública, legislação de defesa de direitos, metodologias de cuidado e organização de rede (quadro 1, abaixo).

Quadro 1 - Súmula das divergências gerais entre os normativos

-	Diretrizes	Linha de cuidados
Rede de cuidados central	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	Rede de Atenção Psicossocial
Abordagem das diretrizes	Abordagem direta e objetiva (foco nos critérios mais técnicos)	Abordagem ampla (aspectos éticos, políticos, teóricos, clínicos e etc.)
Consulta Pública	Não	Sim
Defesa de Direitos	Legislação sobre Deficiência	Legislação de Saúde Mental e legislação sobre Deficiência
Diretrizes diagnósticas	Apresentação objetiva, de caráter técnico	Apresentação ampliada; apresentação dos vetores culturais, éticos e políticos envolvidos no processo
Diretrizes para o Cuidado	Ênfase nas estratégias de habilitação e reabilitação, visando ao desenvolvimento de habilidades funcionais	Ampliação dos laços sociais possíveis a cada usuário; apresentação de diversas técnicas e métodos clínicos
Organização da Rede	Fluxo predefinido	Rede ampliada

Fonte: Elaborado pela autora a partir da leitura de Brasil (2013) e Brasil (2014).

Ainda no que se refere às dissonâncias, os documentos são discordantes em relação aos tópicos evidenciados no quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – Características e dissonâncias entre a Linha de Cuidado e as diretrizes terapêuticas

Itens	Linha de Cuidado para atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde	Diretrizes de Atenção à reabilitação da pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)
--------------	--	--

Ano	2013	Versão preliminar 2013
		Versão definitiva 2014
Objetivo	Contribuir para ampliação do acesso e qualificação da atenção às pessoas com TEA e suas famílias. Trabalha-se, assim, com a perspectiva da Linha de Cuidado, reafirmando os princípios ético-técnico-políticos para organização dos pontos de atenção da RAPS, subsidiando a definição de estratégias para ação, incluindo a atenção básica.	Oferecer orientações às equipes multiprofissionais dos pontos de atenção da Rede SUS para o cuidado à saúde da pessoa com TEA e sua família nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.
Diretrizes	Integralidade, garantia de direitos e cidadania, arranjos e dispositivos para o cuidado, Projeto Terapêutico Singular (PTS), tecnologias de cuidado e Tratamento medicamentoso.	Habilitação/Reabilitação
Eixos norteadores	Ideais levantados pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, Lei 8069 (BRASIL, 1990), Lei 10.216 (BRASIL, 2001), Lei 12.764 (BRASIL, 2012a), Decreto nº 6949 (BRASIL, 2009), Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011a), Portaria GM nº 336 (BRASIL, 2002), Portaria GM nº 4.279 (BRASIL, 2010), Portaria GM nº 3088 (BRASIL, 2011b), Portaria nº 793 (BRASIL, 2012b) e Portaria SAS nº 854 (BRASIL, 2012c).	Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência 2007, Decreto nº 6.949 (BRASIL, 2009), Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência de 2011, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Lei 12.764 (BRASIL, 2012a).
Submetido à Consulta Pública	Sim	Não
Metodologia	Não apresenta detalhamento do processo metodológico de elaboração do documento.	Pesquisa bibliográfica, resultante de pesquisas científicas dos últimos 70 anos/ Estado da Arte.
Histórico do Autismo	Desde os primórdios da Psiquiatria, virada do século XVIII para o XIX, debate em torno da noção de <i>idiotia</i> .	Desde a caracterização do Transtorno por Leo Kanner em 1943 (últimos 70 anos)
Tecnologias de Cuidado	Tratamento clínico de base psicanalítica, Análise do Comportamento Aplicada (<i>Applied Behavioral Analysis - ABA</i>), Comunicação Suplementar e Alternativa	Não utiliza a terminologia “tecnologias de cuidado”, embora esse seja exercido, de acordo com o documento, por meio de: Instrumentos de Rastreamento, Avaliação

	(CSA), Integração Sensorial, Tratamento e Educação para Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (TEACCH), Acompanhamento Terapêutico e Aparelhos de Alta Tecnologia.	Diagnóstica, entrevista com pais e cuidadores, observação direta do comportamento e da interação, classificação diagnóstica em si e, por fim, prevenção e aconselhamento genético.
Lugar das pessoas com TEA na RAS (Rede de Atenção à Saúde)	Usuário: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seus diversos pontos, sejam eles vinculados à Atenção Primária, à Saúde ou Serviços de Urgência e Emergência, por exemplo.	Paciente: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.
Ênfase nos seguintes aspectos	Singularidade, narrativa aberta no processo diagnóstico, integralidade do cuidado, Reforma Psiquiátrica e o conceito de território, intersetorialidade e garantia de direitos.	Deteção precoce de sinais iniciais de problemas no desenvolvimento, indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta, indicadores comportamentais de TEA, instrumentos de rastreamento e avaliação diagnóstica e classificações: CID 10 e CIF.
Processo de elaboração	Psicólogos, psiquiatras e demais profissionais vinculados à Rede de Atenção Psicossocial, representantes da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, além de representantes do Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública.	Representantes de Sociedades Científicas, Profissionais da Neurologia, com participação significativa nas funções de coordenação e organização do documento por profissionais da Fonoaudiologia.

Fonte: Silva e Furtado (2019)

Considerações traçadas, podemos, assim, pautar algumas ponderações. Na possibilidade de desatrelar, os documentos convergem no que tange um preceito fundamental, qual seja: o desenvolvimento de autonomia bem como a reinserção social e a mediação, sucedendo rumos supostamente divergentes no que se refere ao cumprimento da terapêutica, uma vez que temos, de uma parte, o segmento das incumbências através da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e de outra parte, a linha de concepção dos elos culturais e sociais viáveis, em consonância com os princípios da saúde mental, através da Rede de Atenção Psicossocial.

É notório que o documento “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista” parece propagar e figurar seus princípios sob a ótica da funcionalidade, de forma tal que a evolução das “habilidades funcionais” afetadas no

autismo caracteriza seu objetivo terminante, através das práticas de habilitação e/ou reabilitação.

Já no que tange ao documento "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde", percebe-se em concordância com sua defesa da multiplicidade e pluralidade terapêutica, um cuidado em resguardar a diversidade de parâmetros clínicos que se manifesta tornando evidente a inexistência de “uma única abordagem a ser privilegiada”, bem como na exposição de diversos métodos e técnicas.

Posto isto, pode-se dizer que no que se refere aos rumos para o cuidado, não parece ser perceptível a presença de sinais de divergências fundamentais. As discordâncias citadas não constituem precisamente uma divergência, uma vez que nos dois normativos supracitados encontra-se estabelecida a completividade de ambas as redes e formas de tratamento, o que poderia sugerir um elo de complementaridade e não de “disputa” entre os mesmos.

4.1 Teorizando os documentos oficiais

Os dois normativos escolhem por uma apresentação histórica no que se refere às variadas definições e explicações clínicas acerca do autismo, ainda que tomem rumos diferentes para a dita exposição.

O documento “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista” imputa maior destaque aos pensamentos dos psiquiatras Hans Asperger e Leo Kanner¹⁹ no que tange à definição do quadro clínico do autismo, compreendendo as atribuições na estipulação relações sociais, no rol da linguagem, como por exemplo: presença de estereotípias, uso não comunicacional da linguagem e atraso na aprendizagem, entre outros fatores.

Vale ressaltar, ainda, os avanços alcançados no decorrer dos anos nos conhecimentos ao que se refere às óticas do desenvolvimento neuropsicomotor e cronológico ligados ao TEA, através do estudo de Michael Rutter, na década de 1970, e ainda o progresso dos métodos e técnicas de desenvolvimento de habilidades no que se

¹⁹Kanner foi o primeiro a estabelecer o autismo como um distúrbio único, e não mais como apenas um sintoma da esquizofrenia. Ao observar onze crianças, o autor pôde descrever o que chamou de distúrbios autísticos inatos do contato afetivo, sendo que esta, “até agora não descrita e bastante rara, parece, . . . seria mais frequente do que a raridade dos casos indica” (Kanner, 1943/1997, p. 167). O autor caracteriza a síndrome como uma incapacidade inata e descreve como sintomas os traços obsessivos, a estereotípias e a ecolalia. A pioneira caracterização do autismo por Kanner serve, ainda hoje, como referência para as definições encontradas nos atuais manuais diagnósticos.

refere ao autismo e do incremento das técnicas de educação, através da colaboração de autores como por exemplo Jean Itard e o próprio Leo Kanner.

O documento “Diretrizes” sinaliza, no que concerne às perspectivas etiológicas do autismo:

Embora uma etiologia específica não tenha sido identificada, estudos sugerem a presença de alguns fatores genéticos e neurobiológicos que podem estar associados ao autismo, tais como anomalia anatômica ou fisiológica do sistema nervoso central (SNC) e problemas constitucionais inatos predeterminados biologicamente (AKSHOMOFF, 2006). Fatores de risco psicossociais também foram associados (BRASIL, 2014, p.13).

Já o documento "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde" não destaca um parecer cerrado no que tange à concepção de autismo, utilizando-se, inclusive, da manifestação das oscilações históricas que refletiram sobre as concepções pertinentes ao TEA, através de distintas correntes teóricas produzidas no decorrer do século XX.

Assim como o normativo “Diretrizes” discute sobre as explicações iniciais de Asperger e Kanner, adicionando os estudos psicanalíticos em língua vernácula inglesa (predominantes durante as décadas de 1950 e 1960) e em língua vernácula francesa (de origem póstera) e ainda às de vertente cognitiva e/ou biológica que a partir da década 1960 alcançaram considerável impacto, também versa sobre as concepções neurocientíficas mais modernas.

O normativo exprime, ainda, a inquietação no que se refere à demanda de um diálogo entre estas teorias, de forma que evite posicionamentos “totalizantes e reducionistas”:

A grande complexidade das questões envolvidas nas diversas formas de autismo exige que a ética do campo público seja ao mesmo tempo rigorosa e flexível, para dar acolhida a diferentes concepções sobre esse quadro. Talvez os transtornos do espectro do autismo, mais do que comportem múltiplas descrições, as exijam. Assim, as concepções cerebrais e relacionais, afetivas, cognitivas e Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação estruturais terão que habitar o mesmo espaço público, se não quisermos correr o risco de que uma delas se autoproclame totalizante, acusando todas as outras de reducionistas anticientíficas ou não condizentes com a “evidência” dos fatos (LIMA, 2007 apud BRASIL, 2015, p.30).

Em suma, o normativo “Diretrizes” destaca as condições neurobiológicas, psicossociais e genéticas associadas, deixando de lado o desenvolvimento de maiores reflexões sobre a temática. Sua redação concede soberana força às perspectivas provenientes da psiquiatria clássica e da neurologia (com ênfase para Kanner e

Asperger), ao passo que o normativo “Linha de Cuidados” indica uma concepção mais abrangente, de teor contextual, reorganizando de maneira mais ampla o histórico das abordagens conferidas ao autismo, bem como sondando de que forma estas se correlacionam na atualidade.

5 DIRETRIZES GERAIS E ORGANIZAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS

Em relação às diretrizes de diagnósticos, o documento “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista” determina uma exposição objetiva e direta, objetivando evidenciar a importância da observação dos indicadores de risco e de comportamento para o autismo, pautando de forma pormenorizada e sistemática, o que nos indica que tal documento confere aos parâmetros técnicos concernentes no processo de diagnóstico, elevada relevância.

Já em relação ao documento "Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde" defende, para além das apresentações e categorias de diagnóstico, a manifestação dos veículos éticos, culturais e políticos envolvidos nesse processo. São evidenciadas questões como as críticas no que se referem à “banalização do diagnóstico psiquiátrico”, assim como ao caráter supostamente atóxico dos processos classificatórios da psiquiatria, bem como ao risco do reducionismo de um sujeito a seu diagnóstico.

Discute, ainda, os aspectos políticos e éticos no que tange ao sistema do processo de diagnóstico envolvidos nesse processo de diagnóstico, que abrem margem para a produção, tanto de estigmas sociais (desvantagens) quanto de acesso a direitos e políticas (benefícios).

Quadro 3 - Súmula das convergências na estruturação da Rede de Cuidado entre os normativos

Convergências na estruturação da Rede de Cuidado entre os normativos	
1.	Importância das medidas de detecção precoce (articuladas à Rede de Atenção Básica) e do diagnóstico diferencial.
2.	Inclusão participativa dos familiares durante todo o processo diagnóstico.
3.	Importância e utilização dos instrumentos de rastreamento como IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil) e M-Chat (Modified Checklist for Autism in Toddlers).
4.	Utilização da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como referência de sistemas classificatórios.
5.	Importância da atenção a possíveis comorbidades clínicas.
6.	Trabalho com equipes clínicas multidisciplinares, embora a Diretriz, ao contrário da Linha de Cuidados, apresente uma descrição sistematizada da função de cada profissional durante o processo diagnóstico.

Fonte: Elaborado pela autora a partir da leitura de Brasil (2013) e Brasil (2014).

A cada profissional corresponde uma série de atribuições elencadas abaixo, conforme aponta a diretriz:

A avaliação médica, independentemente da especialidade, inclui anamnese e exame físico e, se necessário, exames laboratoriais e de imagem. Quando existirem, por exemplo, alterações emocionais e comportamentais muito importantes, alterações de sono, apetite, consciência, marcha, excesso de agressividade e agitação psicomotora que necessitem de avaliação mais precisa e de intervenções medicamentosas, geralmente é recomendada a atuação dos especialistas das áreas de neurologia e/ou psiquiatria (BRASIL, 2014, p. 39-40).

No que tange às diretrizes para o cuidado, os dois normativos apontam convergências no que se refere a dados preceitos essenciais pertinentes à assistência ao autismo, como por exemplo, respeito à singularidade na definição do Projeto Terapêutico Singular – PTS, inclusão dos familiares no processo assistencial, inserção no mercado de trabalho e o estímulo de melhor performance, da autonomia, e integração nas atividades diárias e sociais.

Os documentos salientam o carecimento de que as técnicas e tecnologias de cuidado a serem aplicadas se embasem e possuam enquanto referência esses fundamentos. Porém, em nenhum dos dois normativos são declarados os critérios de escolha dos métodos tampouco os métodos de adequações terapêuticas concernentes à assistência às pessoas com TEA.

As “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista” se dedicam às condutas de cuidado sob a ótica terapêutica de habilitação e reabilitação, proporcionados pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a qual é conferida uma atribuição estratégica:

Após o diagnóstico e a comunicação à família, inicia-se imediatamente a fase do tratamento e da habilitação/reabilitação. A oferta de tratamento nos pontos de atenção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência constitui uma importante estratégia na atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo, uma vez que tal condição pode acarretar alterações de linguagem e de sociabilidade que afetam diretamente – com maior ou menor intensidade – grande parte dos casos, podendo ocasionar limitações em capacidades funcionais no cuidado de si e nas interações sociais. Tal situação pode demandar cuidados específicos e singulares de habilitação e reabilitação diante de necessidades diferentes ao longo de suas diferentes situações clínicas (BRASIL, 2014, p.63).

O normativo em questão, não determina, contudo, de forma objetiva quais as tecnologias e técnicas terapêuticas seriam indicadas no que tange à habilitação e à reabilitação de pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo, e ainda não manifesta seus meios de aplicabilidade na rotina das equipes clínicas. Em contrapartida, a “Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” proporciona uma concisa argumentação a respeito de dados comportamentos peculiares de pessoas com o transtorno em questão, e ainda suas alternativas de condução através das equipes clínicas por intervenção das vinhetas clínicas. Salientam, ainda, a considerável significância da articulação entre os variados focos das Redes de Saúde, visando, assim, a integralidade no que tange aos cuidados em relação às múltiplas necessidades terapêuticas da pessoa com TEA. Expõe, ainda, um conjunto de técnicas reconhecidas

no que se refere ao tratamento do Transtorno do Espectro Autista, quais sejam: o uso de aparelhos de alta tecnologia; acompanhamento terapêutico, método TEACCH; Integração Sensorial; Comunicação Suplementar e Alternativa – CSA; Análise do Comportamento Aplicada – ABA e o tratamento clínico de base psicanalítica. Porém não expõem seus parâmetros de elegibilidade e aplicabilidade no que se refere às situações clínicas.

Quadro 4 - Súmula das divergências na estruturação da Rede de Cuidado entre os normativos

Diretrizes	Linha de cuidados
Destaca o protagonismo das ações de habilitação/reabilitação, em consonância com outras atividades assistenciais, tais como os atendimentos médicos, odontológicos e em saúde mental.	Propõe a organização pela via de uma “rede de atenção ampliada”, apresentando os diferentes dispositivos clínicos de acordo com suas funções e especificidades no rol de ações das redes de cuidado, realizando também uma descrição detalhada das relações intersetoriais junto aos dispositivos da Assistência Social e à Educação.
Aborda os serviços de habilitação/reabilitação como responsáveis pelo atendimento de pessoas com prejuízos funcionais (tal como alterações cognitivas, de linguagem e sociabilidade), e enfatiza a relação de complementariedade entre as redes de atenção do SUS, sobretudo a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção Psicossocial.	O padrão organizativo de seu organograma privilegia a distinção entre acompanhamento de Atenção Básica e atenção especializada (contemplando o atendimento nos Centros Especializados em Reabilitação –CER, Serviços de Reabilitação Intelectual e Autismo, Centros de Atenção Psicossocial, além de outros institutos e ambulatórios).

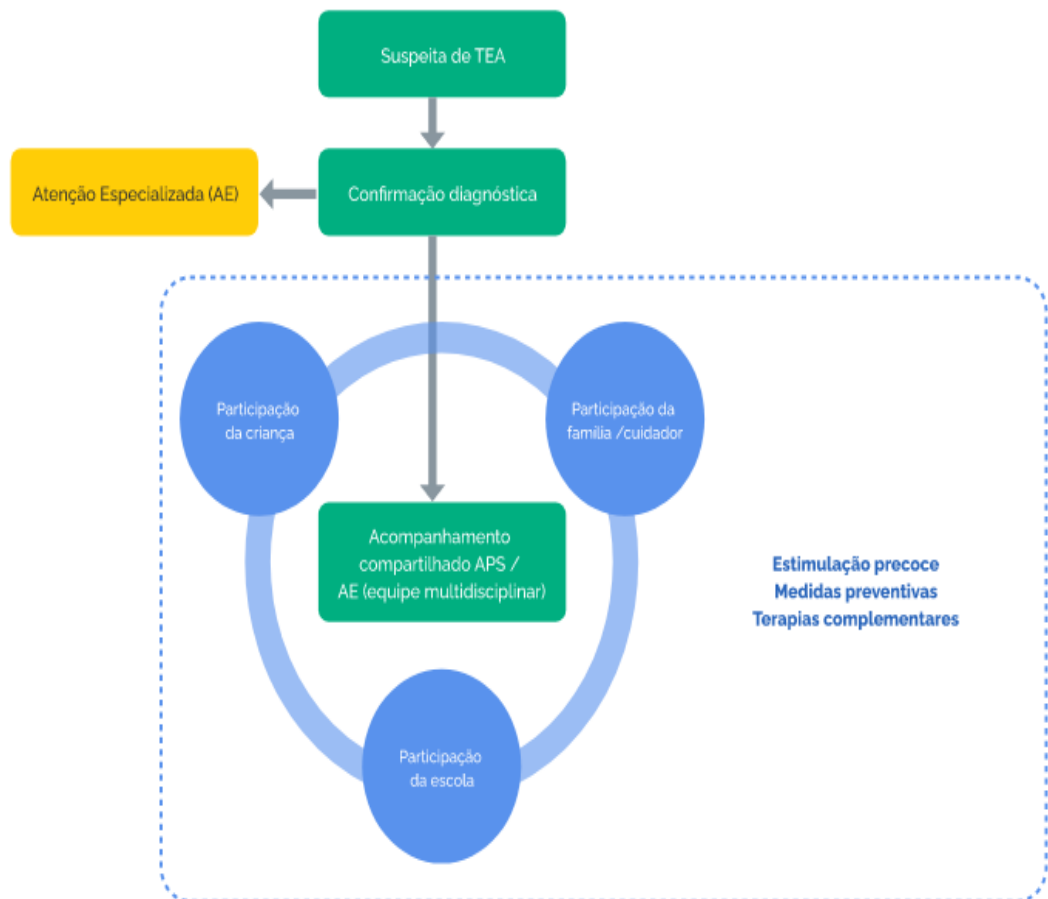
Fonte: Elaborado pela autora a partir da leitura de Brasil (2013) e Brasil (2014).

Assim sendo, no que tange à estruturação da rede de cuidados, os normativos se convergem entre si ao sinalizarem a importância da integração entre os serviços e processos do sistema de saúde. Em contrapartida, são divergentes no que se refere ao mecanismo estratégico, uma vez que o normativo “Diretrizes” confere superior fundamentação à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, conquanto o normativo “Linha de Cuidados” confere tal atribuição à Rede de Atenção Psicossocial.

Tomando, então, o documento "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde" como o mais aproximado da realidade atual, observemos as definições de estratégias para as ações dentro da rede local, que deve

incluir uma diversidade de caminhos para o alcance da atenção qualificada, visando à garantia da produção do cuidado continuado, comunitário/territorial, incluindo a atenção básica e o acesso à complexa densidade tecnológica (BRASIL, 2015).

Figura 2 – Fluxo de atenção após suspeita de TEA na Atenção Primária à Saúde



Fonte: Adaptada de Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

A implantação da Linha de Cuidado depende dos fluxos e metas estabelecidas, dos recursos disponíveis, dos setores articulados, do envolvimento dos profissionais de saúde, das ações de formação profissional, da adequada gestão dos processos e do constante monitoramento.

É responsabilidade dos três entes federados a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psiquiátricos, com a participação da sociedade e da família, a qual será prestada em instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2015).

Ao mesmo tempo, precisa haver a efetiva garantia de direitos das pessoas com TEA e seus familiares exige, necessariamente, o desenvolvimento do trabalho em rede

intersectorial, assim como a interação com os sistemas de garantia de direitos (BRASIL, 2015).

Figura 3 -Diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: Adaptada de Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Ressalta-se ainda que a linha de cuidado tem seu início a partir do primeiro contato da família ou da pessoa com TEA, independentemente do ponto de atenção da RAPS. Deve estar integrada à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Possui como finalidade ampliar, qualificar e diversificar as estratégias para a atenção às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, estomia e múltiplas deficiências, por meio de uma rede de serviços integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com deficiência, visando à garantia da integralidade do cuidado e acesso a reabilitação em tempo oportuno (BRASIL, 2015).

A articulação entre os componentes e seus pontos de atenção é central para a garantia da integralidade do cuidado e do acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou

aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção de seus usuários (BRASIL, 2015).

Cabe à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com TEA desenvolver estratégias terapêuticas direcionadas ao desenvolvimento de funcionalidades e à compensação de limitações funcionais, assim como à prevenção ou ao retardo de possível deterioração das capacidades funcionais (BRASIL, 2015).

6 AUTISMO: CONDIÇÃO, DIFERENÇA, TRANSTORNO, DEFICIÊNCIA, DOENÇA?

Outro dia, perguntaram-me se autismo é uma deficiência. Rapidamente, uma ativista da causa que estava ao meu lado respondeu que não, que autismo não é uma deficiência e sim uma condição do espectro. Outros entrevistados afirmaram que sim, em certo aspecto o autismo seria uma deficiência, uma vez que pode levar o indivíduo a um déficit intelectual. Uma discussão se formou e o debate acabou por envolver

também o símbolo de referência para pessoas autistas, representado por um lacinho multicolorido formado por peças de quebra-cabeça.

Primeiramente, faz-se necessário mencionar que do ponto de vista legal, o autismo é uma deficiência, uma vez que o § 2º do art. 1º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, considera como pessoa com deficiência os indivíduos com transtornos do espectro autista. Então, podemos afirmar que para todos os efeitos legais um indivíduo com autismo é uma pessoa com deficiência.

A discussão supracitada perpassou, ainda, pelo diálogo de que os símbolos (assim como o lacinho multicolorido) formado por peças de quebra-cabeça²⁰ identificam as deficiências, e estes ainda são necessários para dar visibilidade social aos indivíduos com deficiência, bem como para despertar na própria pessoa com deficiência a autoconsciência e o sentimento de pertencimento e identidade (BOSA, 2006). E ainda que os símbolos têm por objetivo informar as pessoas com deficiência sobre os espaços que podem ser utilizados com independência, segurança e autonomia, bem como informar a todos, os locais onde determinado segmento tem preferência ou prioridade no atendimento²¹. Entendendo, aqui, independência enquanto: autonomia, capacidade de tomar decisões, condição de comunicação, capacidade de movimentação em ambientes diversos, manejo de objetos e manuseio de novas tecnologias, capacidade de utilização de transporte, e demais aptidões.

6.1 Diagnóstico

Segundo Ribeiro (2007), o diagnóstico de TEA é realizado clinicamente com base nos critérios do referido manual, observações do comportamento e entrevistas com os pais e/ou cuidadores e é possível também realizar exames que excluam outras doenças associadas, como surdez.

Figura 4 - Critérios de diagnóstico para Transtorno do Espectro do Autismo DSM-5

20 A fita do quebra-cabeça foi criada pela Sociedade de Autismo Americana (www.autism-society.org) e adotada em 1999 como o sinal universal da consciência do autismo. O padrão de quebra-cabeça reflete a complexidade do espectro do autismo. As diferentes cores e formas representam a diversidade das pessoas e famílias que vivem com a condição. O brilho da fita sinaliza a esperança que, através de uma maior conscientização do autismo e, através de intervenção precoce e acesso a serviços/suportes adequados, as pessoas com autismo levem vidas plenas capazes de interagir com o mundo nos seus próprios termos (BOSA, 2006).

21 Embora a preocupação com a acessibilidade seja bastante difundida nos países desenvolvidos, no Brasil, o tema é recente e pouco respeitado. Por isso, há relevância na presença dos símbolos nos ambientes, meios de transportes, mobiliários urbanos, dentre outros locais acessíveis que facilitam a frequência ou utilização por pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida.

A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em diversos contextos, não explicados por atrasos do desenvolvimento global e manifestando-se atualmente ou na história por:

1. Défices na reciprocidade emocional/social.
2. Défices nos comportamentos de comunicação não verbal usados na interação social.
3. Défice para desenvolver, manter e compreender relacionamentos.

B. Padrões de comportamentos, interesses ou atividades restritos e repetitivos, manifestados, por pelo menos, dois dos seguintes:

1. Movimentos motores, uso de objetos ou discurso estereotipado ou repetitivo.
2. Resistência à mudança, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal.
3. Interesses absorventes, altamente restritos, com intensidade ou foco anormal.
4. Hiper ou hiporeactividade a estímulos sensoriais ou interesse invulgar em aspetos sensoriais do ambiente.

C. Os sintomas devem estar presentes na infância precoce (mas podem não se manifestar plenamente até as exigências sociais excederem as limitações das capacidades), ou podem estar “mascarados” por estratégias aprendidas mais tarde.

D. Os sintomas causam um prejuízo clinicamente significativo a nível social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento atual.

E. Estes distúrbios não são mais bem explicados por perturbação do desenvolvimento intelectual ou atraso global do desenvolvimento. A perturbação do desenvolvimento intelectual e perturbação do espectro do autismo frequentemente coexistem; para fazer diagnóstico de comorbidade da Perturbação do Espectro do Autismo e Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, a comunicação social deve ser inferior ao esperado para o nível de desenvolvimento geral.

Fonte: Ribeiro (2015).

“Esse diagnóstico é interessante porque oferece inúmeras possibilidades: não há dois autistas iguais. Eles podem até apresentar características semelhantes, mas nunca serão crianças idênticas”, ressalta André Soares Trindade, presidente da Associação Mundial de Educação Especial - AMEE (I. PICCINATO, 2018, p.55).

Porém, o histórico do diagnóstico de autismo acompanha as diferentes abordagens sobre as doenças psíquicas desenvolvidas ao longo dos séculos XX e XXI e legitimadas, sobretudo, pelas 5 edições do Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM)²². Ao tratarmos sobre o autismo é importante salientar que a história desta psicopatologia sofreu alterações durante os últimos 50 anos. Segundo Lampreia (2003):

O termo autismo surgiu oficialmente pela primeira vez na CID 9 (Classificação Internacional de Doenças), em 1975, e foi categorizado como uma psicose da infância. Até então, o DSM I e o DSM II, respectivamente em 1952 e 1968, referiam-se apenas à esquizofrenia de tipo infantil. Foi Rutter (1978) que, através de uma vasta revisão da literatura, propôs que o autismo fosse concebido como um transtorno do desenvolvimento e

²²Documento criado pela Associação Americana de Psiquiatria ou APA (*American Psychiatric Association*), principal organização de estudantes e profissionais de Psiquiatria dos Estados Unidos.

diagnosticado através da tríade de prejuízos que prevalece até os dias atuais – interação social, comunicação, padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades.

No DSM-4²³ era classificado como Transtorno Autista, implicando um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação, padrões de comportamento, interesses e atividades repetitivos, restritos e estereotípias motoras, apresentavam algumas características e transtornos associados, como por exemplo, hiperatividade, desatenção, agressividade, comportamentos autodestrutivos, anormalidades na alimentação e /ou sono, e também no humor.

Vários sintomas ou sinais neurológicos inespecíficos podiam ser observados, e em 25% dos casos podiam se desenvolver convulsões (particularmente na adolescência). Geralmente essas questões de desenvolvimento são percebidas no primeiro ano de idade da criança.

A tipologia proposta pelo DSM-5 elimina os 5 subgrupos da versão anterior e passa a adotar, como critérios de diagnóstico, apenas a escala de gravidade do transtorno, com base em um modelo bidimensional (BIANCHI, 2016).

Assim sendo, em sua edição mais recente, o DSM-5²⁴, publicado em 2013, apresenta a tipologia Transtorno do Espectro Autista (TEA) em substituição à definição anterior do DSM-4, que agrupava na categoria “Transtornos Globais do Desenvolvimento” um conjunto composto pelo autismo e outros transtornos que estão associados a este espectro, tais como: Transtorno de Rett; Transtorno Desintegrativo da Infância; Transtorno de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação; além de estarem incluídas outras nomenclaturas referentes ao autismo como: autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico (DSM-IV, 2002).

Assim, o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) foi descrito pelo DSM-5, de modo que abrange quatro transtornos anteriormente separados (transtorno autista, transtorno de Asperger, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação) numa única condição com diferentes graus de severidade e sintomatologia.

Dessa forma, com a publicação do DSM-5, o Transtorno do Espectro do Autismo recebeu um marcador de “severidade” baseado no grau do comprometimento. Portanto, nos critérios diagnósticos do DSM-5-TR²⁵, são observadas três classificações

23 Chamamos de DSM-4 pois se refere a sua 4ª edição, lançada em 1994.

24 Chamamos de DSM-5 pois se refere a sua 5ª edição, lançada em 2013. A cada nova versão são adicionados critérios para definir como é feito o diagnóstico de transtornos mentais.

25 Chamamos de DSM-5-TR pois se refere a sua 5ª edição com texto revisado, lançado em 2022.

de severidade: Nível 1 (necessitam de apoio), Nível 2 (exigem apoio substancial) e Nível 3 (necessitam de apoio muito substancial). Essas classificações são divididas em duas áreas: Comunicação Social (CS) e Comportamentos Restritos e Repetitivos (CRR), caracterizando os principais sintomas dos TEA.

Dentre os critérios diagnósticos aparecem os déficits de comunicação (verbal e não-verbal) e interação social, dificuldade de estabelecer laços afetivos. Os sintomas que aparecem no decorrer do desenvolvimento vão de movimentos estereotipados ao comprometimento significativo no funcionamento social e profissional do sujeito, e seu prejuízo varia de acordo com o ambiente e o indivíduo.

O Transtorno do Espectro Autista engloba transtornos antes definidos em categorias (Ex: autismo infantil precoce, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e Asperger); comporta todos os transtornos em apenas um diagnóstico, conforme o grau de severidade.

Existem diferenças significativas entre os transtornos citados, apesar de comportarem condições semelhantes. Ainda assim, o DSM-5 permite que o Transtorno do Espectro Autista seja diagnosticado como comórbido, para tanto se faz necessário o diagnóstico relativo à estruturação psíquica.

O diagnóstico se faz importante na medida em que possibilita contribuir com o processo de desenvolvimento do sujeito, além de propiciar tratamento terapêutico adequado.

Como já afirmava Rapin (*apud* Elsa Coriat):

Apesar de transcorridos cinquenta anos desde que Kanner descobriu o autismo, seu diagnóstico continua sendo completamente clínico, porque hoje não existe nenhum exame biológico que possa validá-lo por meio da demonstração de uma disfunção do sistema nervoso (1997, p. 16).

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimento de médio ou longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o que, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (OMS). São essas as particularidades que determinam o conceito genérico de uma deficiência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define incapacidade e capacidade como:

A funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões,

traumas etc.) e os fatores contextuais. As funções e as estruturas do corpo podem ser interpretadas através das alterações dos sistemas fisiológicos ou das estruturas anatômicas. O qualificador de capacidade descreve a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação. Este constructo visa indicar o nível máximo provável de funcionalidade que a pessoa pode atingir num dado domínio num dado momento. Para avaliar a capacidade plena do indivíduo, é necessário ter um ambiente “padronizado” para neutralizar o impacto variável dos diferentes ambientes sobre a capacidade do indivíduo. Esse ambiente padronizado pode ser: (a) um ambiente real, utilizado geralmente, para avaliação da capacidade em situações de teste; ou (b) nos casos em que isto não é possível, um ambiente que possa ser considerado como tendo um impacto uniforme. Este ambiente pode ser chamado de ambiente “uniforme” ou “padrão”. Assim, a capacidade reflete a aptidão do indivíduo ajustada ao ambiente. Este ajustamento deve ser o mesmo para todas as pessoas em todos os países para permitir comparações internacionais. As características do ambiente uniforme ou padrão podem ser codificadas utilizando-se a classificação dos Fatores Ambientais. A diferença entre a capacidade e o desempenho reflete a diferença entre os impactos do ambiente atual e os do ambiente uniforme, proporcionando assim uma orientação útil sobre o que pode ser feito no ambiente do indivíduo para melhorar seu desempenho” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003, p.171 a 173).

Por capacidade produtiva entende-se, ser capaz de produzir algo. Porém, o estigma de incapacidade ainda está presente nos dias de hoje, dificultando a inclusão efetiva. Pesquisas nessa direção contribuem para disseminar a ideia, mas a escassez de fiscalização dos órgãos públicos acaba proporcionando uma discrepância entre a teoria e a prática.

Segundo o novo modelo proposto pela American Psychiatric Association (APA), a conhecida tríade do autismo²⁶ é agrupada em uma díade²⁷, a partir de duas dimensões. A primeira caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos. A segunda refere-se aos padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (APA, 2014).

Com essa nova atualização, é difícil fazer a distinção entre o autismo e outros problemas graves do desenvolvimento infantil. Conforme Coriat (*apud* Jerusalinsky):

Apenas cabe observar que, no tempo da infância, “os fatores ambientais” e “o entorno” chegam à criança ordenados pelo Outro, através do desejo (ou sua ausência) e dos cuidados (ou descuidos) de seus pais. Esse desejo e esses cuidados (ou descuidos) atribuem à criança um lugar que assumirá à medida de suas possibilidades e, mais adiante, também de acordo com seu próprio desejo. Esse lugar e este desejo, assim como os problemas com que podem se deparar (tanto a criança quanto seus pais), excedem a prática médica. Às vezes o reducionismo consiste em não ver que o essencial é invisível aos olhos” (2011, p. 174).

Assim, assumindo o discurso da doença, o transtorno do espectro autista (TEA), é, em suma, um distúrbio do neurodesenvolvimento, caracterizado por manifestações

26 Tríade: Dificuldade na comunicação; Dificuldade na interação social e Alterações no comportamento.

27 Díade: Comunicação social e comportamento repetitivo ou restrito.

comportamentais e desenvolvimento atípicos, déficits na comunicação e na interação social, com padrões de condutas repetitivos e estereotipados, peculiaridades essas reconhecidas pelo estado da permanência, independentemente do grau de incidência.

Por outro lado, de acordo com Justo (2010), em uma crítica ao modelo biomédico de explicação sobre o autismo, a tentativa de agrupamento feita pelo DSM-5 fortalece a tendência de padronização dos indivíduos, ocultando suas diferenças e subjetividades. Reforça, com isso, uma perspectiva ontológica do autismo que o concebe como doença, entidade externa e maléfica ao indivíduo, que, mediante uma terapêutica adequada, pode ser eliminada (CANGUILHEM, 1995).

6.2 O TEA sob o olhar da Psicanálise: Uma síntese

As pesquisas numa perspectiva psicanalítica expõem uma crítica ao discurso médico dominante e buscam as relações entre Psicanálise e Educação para pensar o autismo, como um processo de constituição subjetiva (FURTADO, 2011; RAHME, 2010; LAGO, 2017).

Rahme (2010) e Lago (2017) realizam estudos de caso em escolas regulares e abordam os laços sociais construídos nesse contexto.

As seções dedicadas à discussão sobre o autismo não se reduzem às explicações baseadas nos manuais diagnósticos, trazendo uma compreensão de base psicanalítica, que supera o rótulo imposto pelo diagnóstico:

Pensamos assim que a psicanálise se diferencia por seu compromisso ético ao considerar o sujeito em toda sua singularidade, não o restringindo a um sistema de classificação diagnóstica, de modo que ao enquadrarmos uma criança em determinado quadro diagnóstico, estamos oferecendo um nome, além de lhe outorgar um lugar, definindo não só o que ela é, mas também delimitando o que será (LAGO, 2017, p. 43).

A partir da crítica ao modelo médico, os desafios da educação inclusiva residem não no sujeito, mas na abordagem que recai sobre ele por meio da “busca por classificação, homogeneização, adaptação e ajustamento social via educação escolar” (RAHME, 2010, p. 11).

Em consonância com Gaudenzi e Ortega (2016, p.3063), as abordagens desses trabalhos aproximam-se de um modelo social da deficiência, uma vez que consideram que “habitar um corpo anômalo é uma experiência singular que pode ser descrita de diversas formas, dependendo da experiência subjetiva e do aporte ambiental.”

Fundamentando a noção de estrutura autística para além da abordagem espectral do autismo na orientação lacaniana, o ponto de partida é o modo de existir do autista: sua dinâmica e funcionamento subjetivo que dependem da especificidade de sua defesa.

Dois psicanalistas franceses contemporâneos, que foram particularmente sensíveis à causa do autismo, têm contribuído decisivamente para a elaboração teórica do autismo como estrutura clínica: Laurent e Maleval. Eles delimitam o que há de específico em nível do gozo e da linguagem na estrutura subjetiva do autista e que determina o seu modo tão original de ser.

Com base no que os autistas nos ensinam, eles têm demonstrado sua lógica e sua dinâmica psíquica. Trata-se de compreender como que um sujeito sem o Outro, absolutamente singular no modo de ser, poderá inventar modos de conexão com o mundo, não sem alguma concessão ao nível da defesa autística, desde que preserve os meios de controle de sua angústia.

Embora a aplicação da psicanálise ao autismo segundo a orientação lacaniana não seja muito divulgada, sobretudo em contextos midiáticos, e que, para muitos, associar psicanálise e autismo ainda parece impensável, a pesquisa clínica do autismo teve início na década de 1950, particularmente pelo trabalho inédito dos psicanalistas franceses Rosine e Robert Lefort.

6.3 O TEA sob a ótica da diferença

A compreensão do autismo como diferença traz novas possibilidades de estudos, em especial nas ciências humanas. Situa-se no contexto dos chamados *disability studies* (DS) que, desde a década de 1970, buscam fortalecer o modelo social da deficiência em contraposição ao modelo biomédico ou modelo da tragédia pessoal. Diante do modelo social, as dificuldades vivenciadas pelas pessoas com deficiência deixam de ser compreendidas como individuais e se tornam barreiras impostas socialmente. A deficiência, antes pensada como tragédia, assume a posição de diversidade corporal e funcional, identidade social, cultural e política, e luta por direitos (GAUDENZI; ORTEGA, 2016).

Em 1998, a socióloga e ativista Judy Singer inaugura, em sua tese de doutorado, o termo “neurodiversidade”, contrapondo-se à perspectiva médica do autismo. O movimento social, político e acadêmico, baseado na noção de “diversidade neurológica”, buscou romper com o estatuto ontológico do autismo e seus consequentes processos de estigmatização (SINGER, 2017; GOFFMAN, 1980; ORTEGA, 2008).

Embasada nas teorias feministas, nos estudos culturais, no pós-modernismo e na noção da deficiência como construção social, Singer (2017) questiona o modelo médico e a noção hegemônica de normalidade, com vistas à emancipação e promoção dos direitos das pessoas com autismo.

Ainda que os modos de categorização do autismo tenham se transformado ao longo dos anos, assim como suas denominações, mantém-se a concepção ontológica que sustenta, por sua vez, dicotomias que estabelecem as fronteiras entre o normal e o patológico: “[...] a doença difere da saúde, o normal do patológico como uma qualidade difere da outra, quer pela presença ou ausência de um princípio definido, quer pela reestruturação da totalidade orgânica” (CANGUILHEM, 1995, p. 21).

A partir de uma noção socialmente imposta sobre o que é normal, define-se como anormal ou patológico tudo aquilo que, quantitativa ou qualitativamente, distancia-se do padrão. Normal e patológico assumem aqui um caráter estático e independente de condições culturais, sociais.

No entanto, como afirma Canguilhem (1995, p.113), “não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis”.

Segundo Dalgalarrondo (2008), entre os critérios de normalidade mais assumidos em psiquiatria e psicopatologia estão:

Figura 5- Critérios de normalidade



Fonte: Adaptado de: DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Percebemos que a partir desses critérios de normalidade, o conceito de doença mental/transtorno mental se torna muito híbrido se não assumirmos uma postura de situá-lo dentro de alguma categoria apresentada.

O resultado idealizado é de que as crianças devem se encaixar nos padrões de normalidade estabelecidos pela sociedade e, caso não correspondam a essas

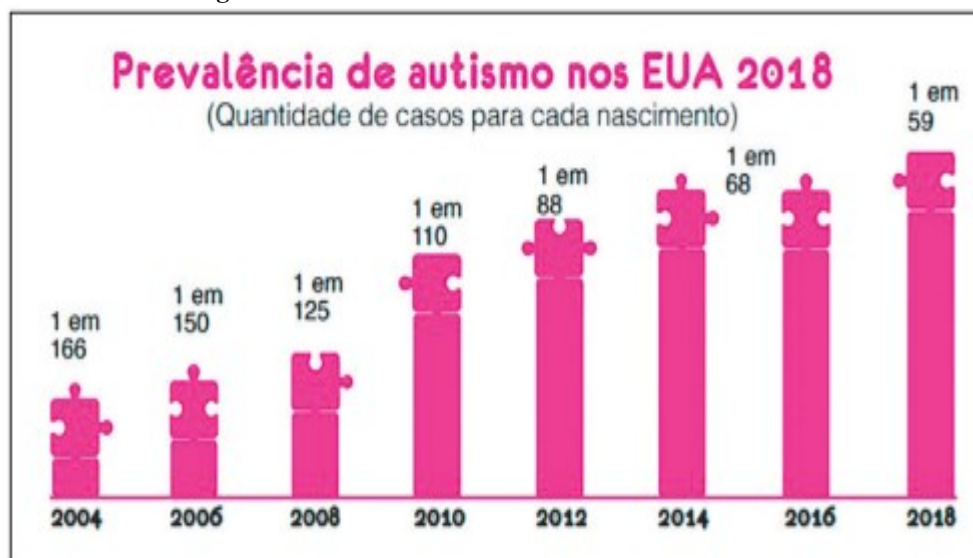
expectativas, tendem a ser enquadradas como portadoras de algum transtorno (Dentee, 2015).

6.4 TEA: Banalização do diagnóstico?

Há que se reconhecer o crescimento diagnóstico vertiginoso dos últimos anos: de sintoma da esquizofrenia infantil, o autismo galgou patamares até atingir nomenclatura própria, englobando diversas outras manifestações sintomáticas da infância descrita nos manuais psiquiátricos anteriores, como a Síndrome de Asperger e o Transtorno Desintegrativo da Infância.

A ONU (Organização das Nações Unidas) considera a estimativa global de que aproximadamente 1% da população pode ter autismo. O país com mais estudo de prevalência são os Estados Unidos. O seu governo divulgou, em abril de 2018, a atualização dos números de prevalência do Centro de Controle de Doenças e Prevenção, o CDCP (na sigla em inglês: Centers for Disease Control and Prevention): 1 caso para cada 59 crianças. Conforme a Figura 5, observa-se o aumento a cada estudo realizado:

Figura 5 - Prevalência de autismo nos EUA 2018.



Fonte: Paiva Junior (2019a) apud Centers for Disease Control and Prevention (CDCP) - EUA.

No Brasil, não há estatísticas abrangentes sobre quantos indivíduos existem com o Transtorno Espectro Autista, pois até hoje não foi realizado um Censo específico.

Seria possível também sinalizar que há algo no diagnóstico que escapa à medicina e à psiquiatria. Este não se refere mais a apenas seu objetivo técnico de

identificar e tratar uma doença. O diagnóstico oferta um lugar social, promotor de identificações, que cumpre uma função psíquica.

Contudo, com essa nova descrição, profissionais e familiares têm mais facilidade de compreensão dos sinais do TEA, o que ajuda na realização de diagnósticos e intervenções precoces, bem como se tornam mais comuns os “diagnósticos equivocados” que partem de um entendimento pessoal/escolar/familiar/social, pois, muitas vezes estes segmentos da sociedade avaliam as crianças em questão como agitadas, outras consideradas com falta de limites, que não se enquadram na lista dos comportamentos ditos normais, procuram desviar-se desse “problema”, encaminhando-as para tratamentos especializados, em grande parte, da área psiquiátrica. Com o aludido encaminhamento, a escola acaba contribuindo para uma homogeneização do comportamento infantil, de forma a acomodar as crianças em sua estrutura.

Nesse contexto, percebe-se que há uma generalização dos diagnósticos infantis, principalmente em relação ao autismo, sem levar em consideração o contexto social em que a criança está inserida. Dessa forma, a família, mais do que a criança, tornou-se o verdadeiro lugar da doença e a medicina foi convocada a reeducar terapeuticamente a família e a responder sobre o mal-estar na infância. O discurso médico-psiquiátrico converteu-se no principal dispositivo regulador do normal e do patológico na infância (Kamers, 2013).

6.4.1 Medicalização da Infância

Estudos corroboram que, com relação ao excesso de medicações como forma de lidar com os desafios na infância, há uma incidência maior na idade escolar (ORTEGA *et al.*, 2010; ANVISA, 2013; DENTEE, 2015; CUNHA, MELLO, 2017). Esse é um tema que vem recebendo destaque nos últimos anos pelo impacto de tal prática em momento da vida em que a identidade da criança está em formação, bem como sua constituição psíquica²⁸.

Evidencia-se, assim, o caráter social e subjetivo que permeia a psiquiatria e que esta tenta a todo custo evitar. Restrita aos manuais e teóricos, este ramo da psiquiatria contemporânea, biologicista, tenta atribuir uma neutralidade impossível de existir em termos de psicopatologia. Não é possível abordar uma articulação entre esta perspectiva

²⁸Os psicofármacos são agentes químicos que atuam sobre o sistema nervoso central e estão em condições de alterar diversos processos mentais, gerando alterações na conduta na percepção e na consciência. As substâncias psicotrópicas têm sido usadas com diversos fins, ao longo da história. A medicina pode receitá-las para o tratamento de distúrbios psiquiátricos ou problemas neurológicos (Prado *et al.*, 2017).

psiquiátrica e social dos transtornos mentais, na medida em que a primeira se instaura sob a égide da segunda.

O debate torna-se ainda mais interessante ao problematizarmos a questão da suposta “epidemia” do TEA, que de transtorno bastante raro e quase desconhecido tem se popularizado enormemente, como denotam as pesquisas recentes (ORTEGA et al., 2013; RIOS et al., 2015).²⁹

Para tanto, parece que a “epidemia” de autismo se vincula a isso que se passa entre os campos psiquiátrico e social atualmente. Essa epidemia, edificada na era pós-moderna, aponta para um interessante paradoxo. O individualismo exacerbado nesta era encontra oposição pela via da patologia. Unidos por uma nomenclatura diagnóstica, é possível formar vínculos e pertencer a um grupo.

Contudo, apenas a vertente psiquiátrica parece insuficiente para explicar a popularização do transtorno nos últimos anos. O campo social desempenhou papel importante nessa popularização e conseqüente crença sobre a epidemia. Nesse sentido, é no que se refere ao campo social que interessa pensar os efeitos desse aumento expressivo de crianças diagnosticadas com TEA. Isso implica que haja escuta e investimento para famílias que sofrem e se angustiam com o sintoma de suas crianças, assim como para professores e outros profissionais que serão convocados a pensar o desafio referido à inclusão.

Compreendendo que o autismo é, para além de uma doença, uma rede de significados que se constrói a partir de múltiplas realidades, esse campo de estudos organiza-se a partir de três eixos: a) na ênfase sobre os modos como as relações de poder produzem o conhecimento sobre o autismo; b) na busca por novas narrativas sobre o autismo que discutam os discursos predominantes do modelo biomédico, centrado no déficit e degradação; e c) na construção de novas estruturas analíticas sobre o estudo da natureza e a cultura do autismo, com base em pressupostos teórico-metodológicos inclusivos (DAVIDSON; ORSINI, 2013; O’DELL et al., 2016). Face ao crescente número de crianças que cada vez mais cedo fazem uso de medicamentos, justifica-se a necessidade de se discutir, refletir e atualizar os assuntos inerentes à temática, visando à conscientização de todos os envolvidos.

O fenômeno da medicalização ou do abuso de psicofármacos é um fato muito presente na sociedade contemporânea. Em seu contexto está o crescimento acelerado da

²⁹ Se reconhecemos o individualismo como um importante aspecto pós-moderno, é possível conjecturar que há um aumento de traços autísticos posto no próprio laço social contemporâneo.

indústria farmacêutica, posicionando a produção de medicamentos como um dos setores mais rentáveis e de concentração de capital.

A referida indústria assume um papel importante na divulgação dos transtornos a serem tratados e dos diagnósticos (MACHADO; FERREIRA, p. 136, 2014). Nesse processo, então, as crianças são alvos também da indústria farmacêutica, sendo enquadradas no ciclo da medicalização, ou seja, em uma busca constante para que estejam contentes, calmas, felizes e sem dores (Silva, 2014, p. 30), a saber:

No Brasil, a publicidade pró uso de psicofármacos é direcionada aos profissionais da saúde, de forma a ampliar o mercado das indústrias farmacêuticas. As referidas indústrias visam uma economia lucrativa e a mercantilização da vida ocorre na medida em que a indústria farmacêutica financia os laboratórios para o estudo e produção de medicamentos, e estimula os profissionais de saúde a prescreverem cada vez mais remédios para aliviar o sofrimento dos pacientes.

6.5 Classificação do Autismo

Em um segmento tão complexo e extenso quanto à área da saúde, contar com regras e normatizações é fundamental para que a atuação dos profissionais seja acertada e uniforme em todos os lugares do mundo. Por esse motivo, existe a classificação CID 11, que apresenta algumas mudanças muito importantes para os próximos anos. A sigla CID³⁰ significa Classificação Internacional de Doenças e é traduzida do original na língua inglesa ICD, que são as iniciais de International Classification of Diseases. Na prática, essa é uma tabela é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e tem como objetivo principal a padronização das doenças e de outros problemas de saúde.

Assim como tudo na medicina, a compreensão das doenças também vai se transformando com o passar do tempo, seja pelo surgimento de novas condições de vida, implementação de novos no dia a dia, maior complexidade de exames diagnósticos ou qualquer outra alteração nesse sentido.

Atualmente, a CID é uma das principais ferramentas epidemiológicas no cotidiano da carreira dos médicos de todo o planeta, inclusive no Brasil. Entre outras funções, a CID também monitora a incidência e a prevalência das enfermidades, apresentando um panorama extenso da realidade de muitos países e das suas populações.

³⁰De acordo com o site oficial da OMS, o documento disponibilizado até o momento é uma espécie de pré-visualização da situação de saúde da população, para que os governos e entidades médicas possam planejar o uso, preparar as traduções e treinar os seus profissionais de saúde para utilizarem a CID-11, que entrou em vigor em 1º de janeiro de 2022.

Não é difícil perceber que atualizações são fundamentais nessa classificação, uma vez que a versão original, CID-10, foi lançada no início da década de 90. A tabela precisa compreender as afecções comuns na população, junto a todas às suas especificações, sinais e sintomas, refletindo a realidade da área de saúde.

A CID 11 precisa, portanto, refletir os avanços da tecnologia e da própria medicina, que ocorreram desde então³¹. Assim, reuniu todos os transtornos que faziam parte do espectro do autismo, como o autismo infantil, a Síndrome de Rett, a Síndrome de Asperger, o transtorno desintegrativo da infância (F84.3) e o transtorno com hipercinesia, por exemplo, em apenas um único diagnóstico: o TEA (Transtorno do Espectro do Autismo).

Figura 6 - Classificação -TEA



Fonte: Síndrome de Asperger – Autismo

Na CID-11, o Transtorno do Espectro do Autismo é identificado pelo código 6A02 em substituição ao F84.0, e as subdivisões passam a estar relacionadas com a

³¹ Segundo a OMS, a própria estrutura de codificação e as ferramentas eletrônicas foram simplificadas, o que possibilita que os profissionais possam registrar os [prontuários](#) de maneira mais simples, tendo uma [rotina mais eficiente](#).

presença ou não de Deficiência Intelectual e/ou comprometimento da linguagem funcional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste estudo bibliográfico foi compreender a relação estabelecida entre o transtorno do espectro autista (TEA) e as Políticas Públicas De Saúde. Para atingir este propósito, foram estudadas as normativas federais existentes sobre o tema (os pontos em que se assemelham entre si e os que se distanciam), foi analisado a linha histórica de evolução dos saberes acerca do TEA, conceitos e entendimentos diversos, diagnóstico (desenfreado), bem como ainda perpassamos pela esfera da medicalização da infância (indústria farmacêutica).

Quando observado sem as devidas minúcias, o cenário de disputas em torno das políticas públicas brasileiras para o TEA tende a ser reduzido exclusivamente às discordâncias teóricas e clínicas entre as partes envolvidas, em relação a modelos díspares de terapêuticas e concepções em torno do autismo. Porém, pôde-se notar que existem pontos de convergência no debate em questão, que possibilitariam uma aproximação e mediação das diferenças, em direção a um mínimo consenso.

O material analisado possibilita argumentar que, embora as divergências epistemológicas operem um papel importante no dissenso relativo às políticas públicas para o autismo, estas não aparentam ocupar o lugar central, uma vez que podem ser relativizadas e aproximadas, a partir das concordâncias já expostas. Assim, é possível acreditar que os elementos capitais para o conflito derivem eminentemente do campo político envolvido.

Devido ao TEA ser entendido como um espectro com variados níveis de necessidade e suporte, que muda conforme o repertório de uma pessoa, o diagnóstico apresenta alguns desafios específicos para os profissionais da saúde. Isso acontece, pois não existe um exame clínico específico e fechado para o diagnóstico de autismo, mas sim uma série de avaliações de aspectos comportamentais de uma pessoa, feitas por uma equipe de profissionais de várias áreas. Por isso, médicos usam os critérios estabelecidos pelo DSM-5 (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) para conseguir fechar o laudo e entender se um indivíduo apresenta sinais de atraso e marcos no desenvolvimento específicos para determinadas idades.

Observa-se, ainda, que as associações de pais e familiares capitanearam o protagonismo do debate em relação ao autismo no país, justamente durante o período composto pela lacuna assistencial do Estado brasileiro quanto ao cuidado ao TEA. Após a criação da política pública de saúde mental, os serviços de atenção psicossocial (CAPS) acabaram por angariar, como política de Estado, maior protagonismo na

definição dos rumos políticos da assistência ao autismo no Brasil. Depreende-se que, embora este movimento tenha possibilitado o reconhecimento e a inclusão do autismo no escopo das políticas públicas de saúde no Brasil, tal reconhecimento se deu por meio de características e concepções diferentes daquelas historicamente defendidas pelas associações de familiares.

O transtorno do espectro autista possui diversos aspectos. É importante ressaltar que a sua manifestação está para além de uma definição limitada amplamente técnica, ela rebaterá nos mais variados contextos sociais, econômicos e culturais, logo não podemos reduzi-la visto que existe uma construção histórica dotada de superação de paradigmas e que até hoje estão presentes apesar de todos os avanços científicos, culturais, econômicos e sociais.

Observamos que os movimentos sociais em defesa dos autistas já conseguiram alguns ganhos no que se refere à implementação de leis específicas para o transtorno, mas constatamos que a luta agora dos responsáveis pela criança autista é ter esses direitos efetivados, apesar de estar em lei, muitos ainda encontram diversas barreiras para o acesso.

Portanto, sobre este ponto de vista, é possível cogitar que, em um plano de debates mais abrangente do que unicamente as divergências em relação a modelos clínicos, a discordância se materialize na esfera política, em disputas pelas formas a partir das quais o Estado brasileiro irá se posicionar em relação ao provimento de dispositivos clínicos, recursos financeiros, formação e capacitação, dentre outros elementos.

Analisar as pesquisas trouxe uma multiplicidade de narrativas sobre o autismo e a percepção de que cabe romper com a naturalização dos discursos e a hierarquização das ciências naturais sobre as humanas, garantindo reconhecimento do outro como sujeito de direito e ator social.

Contudo, a opção tomada pelo Ministério da Saúde frente ao dissenso: lançar não um, mas dois documentos distintos, e oficiais, tenha consistido em uma tentativa de contemplar os dois grupos no escopo da política pública, de legitimá-los de maneira equivalente. Entretanto, a publicação de dois documentos sugere ter contribuído não para a legitimação de ambas as posições, mas sim para a materialização e institucionalização da discordância, sem produzir uma efetiva superação do conflito. Efeito paradoxal, certamente, se considerado o mandato do Ministério da Saúde de garantir democraticamente a pluralidade de entendimentos e posições, mas ao mesmo

tempo o de exercer a função de mediador, capaz de construir espaços de diálogo que visem à construção de pontos de consenso para o avanço das políticas sociais.

O que podemos perceber com os métodos de abordagem de trabalho expostos, é que existem várias maneiras de se trabalhar com a pessoas com TEA, e que essa busca não está finalizada, pronta. Ao passar do tempo, novas discussões vão surgindo e novas possibilidades de ação também aparecem, sozinhas ou também associadas.

Podemos dizer que não existe um método apropriado e eficaz para todas as pessoas com TEA. Cada caso deve ser analisado, estudado, e de acordo com as peculiaridades de cada sujeito é que se pode dizer qual método de abordagem seria o melhor para aquele momento, que talvez não seja em outro. A análise empreendida neste estudo conduz à hipótese de que a divergência entre o campo da reabilitação e o da atenção psicossocial, no caso do atendimento aos autistas, tem um caráter mais político do que epistemológico ou clínico, e que a luta pela legitimidade é o cerne do embate. O resultado do estudo recomenda a necessidade de novas investigações, a fim de ampliar possibilidades de análise que auxiliem o avanço, e não a institucionalização do conflito entre políticas públicas.

Estudar produções científicas sobre o autismo traz uma multiplicidade de narrativas que revela, mais do que o conhecimento psíquico ou biológico, a natureza política, discursiva e cultural dos corpos. Para as Políticas Públicas, que se pretendem inclusivas, cabe o desafio de desnaturalizar os discursos tradicionalmente elaborados a partir de uma suposta hierarquia as ciências naturais e humanas. E, com isso, construir epistemologias que garantam o reconhecimento do outro como sujeito de direitos, ator social, político, enfim, potência.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. (2013, 18 de Fevereiro). **Publicação sobre estudo que aponta o crescimento no consumo de metilfenidato.**
- AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 202p.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** 5th ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- AMSTALDEN, A.L.; HOFFMANN, M.C.; MONTEIRO, T. **A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios.** In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. (Org.) *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.* São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 33-45.
- ARAUJO, G. et al. **Panorama das questões envolvendo psicanálise e autismo na França.** 2013. Acesso em: 10 jan. 2022.
Autismo e realidade (2022) Disponível em <https://autismoerealidade.org.br/o-que-e-o-autismo/marcos-historicos>
- BARDIN, L. (2011). **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70
- BATISTA, Cristina Abranches Mota. **Deficiência, Autismo e Psicanálise.** A peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia, São Paulo, v. 4, n. 2, 2012. p. 41-56.
- BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas.** Rev. latinoam. psicopatol. fundam. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-28, Mar.2008.
- BIANCHI, Eugenia. **Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a) normalidad?** Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, v. 14, p. 417–430, 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002^a.
- BRASIL. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011.** Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. **Lei nº 10.764, de 27 de dezembro de 2012.** Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integral às crianças e jovens com autismo no SUS: construção de uma rede pública ampliada que garanta acesso e qualidade.** Documento apresentado à primeira reunião do Grupo de Trabalho sobre Atenção ao Autismo no SUS, realizada em 26/03/08. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPES/Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de Cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do Autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 156 p.

BRASIL. **Portaria GM nº. 962, de 22 de maio de 2013**. Institui Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. **Portaria GM nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Normatiza os CAPS I, CAPSII, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2002b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. 2012a.

BOSA, Cleonice Alves. **Autismo: intervenções psicoeducacionais**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2006, vol.28, suppl.1, p. 47-53.

CANGUILHEM, George. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitaria, 1995.

CAPONI, S. et. al. (Orgs). **A medicalização da vida como estratégia de biopolítica**. São Paulo: Leber Ars, 2013.

CAVALCANTE, F.G. **Pessoas muito especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.432 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2014). **Prevalence of autism spectrum disorders among children aged 8 years** – Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. Morbidity and Mortality Weekly Report, 56(2), 1-24.

CORIAT LF. **Maturação Psicomotora no primeiro ano de vida da criança**. Editora Moraes, p.182, 1991.

CORIAE, E. (1997). **Causas e acasos. Estilos da Clínica: Revista sobre a Infância com Problemas**.

COSTA, N. R. et al. **Atores, política pública e instituições da reforma psiquiátrica brasileira**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4576, Dec.2011.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. **Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais**. Psicologia Clínica, v. 27, p. 17-40, 2015.

CUNHA, J. A. P., MELLO, L. M. L. (2017, Julho/Dezembro). **Medicação/medicalização na infância e suas possíveis consequências**. Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, 2 (4). 192-209.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAVIDSON, Joyce; ORSINI, Michael. **Critical autism studies: Notes on an emerging field**. In: DAVIDSON, Joyce; ORSINI, Michael (eds). *Worlds of Autism: Across the Spectrum of Neurological Difference*; Minneapolis: University of Minnesota Press. Kindle version, 2013.

DELGADO, P. G. G. **Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001**. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011.

DENTEE, M. L. (2015, Dezembro). **Medicalização infantil: uma epidemia contemporânea?** Trabalho de conclusão de curso, Centro Universitário do Vale do Taquari, Lajeado, Rio Grande do Sul, Brasil.

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

ELIA, Luciano. **Psicanálise e neurociência face ao autismo: uma disjunção inclusiva**. In: FURTADO, Luis Achilles Rodrigues; VIEIRA, Camilla Araújo Lopes (Org.). *O autismo, o sujeito e a psicanálise: consonâncias*. Curitiba: CRV, 2014. p. 19-38.

FURTADO, Luis Achilles Rodrigues. **Sua majestade o autista: fascínio, intolerância e exclusão no mundo contemporâneo**. 2011. Tese (Doutorado em Educação Brasileira). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

GAMA, J. R. A. **A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 22, n. 4, p. 1397-1417, 2012.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. **Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 10, p. 3061–3070, 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

PICCINATO, RICARDO. **Segredo da Mente: Autismo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ricardo Piccinato, 2018.

JERUSALINSKY AN. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas e Ofícios, 1998.

JUSTO, Cipriano. **A crise do modelo biomédico e a resposta da promoção da saúde**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, v. 28, n. 2, p. 117–118, 2010.

KAMERS, M. (2013, Abril). **A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança**. Estilos da clínica, 18 (1), 153-165.

KANNER, L. (1997). **Os distúrbios autísticos do contato afetivo**. In P. Rocha (Org.), *Autismos* (pp. 111-170). São Paulo, SP: Escuta. (Trabalho original publicado em 1943)

LAGO, Maria Jéssica Rocha. **Inclusão e o outro com autismo: as vicissitudes de um lugar sustentado pela escola**. 2017. 106 f., il. Dissertação (Mestrado em Educação)Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

LAMPREIA, Carolina. **Avaliações quantitativa e qualitativa de um menino autista: uma análise crítica**. Psicologia em estudo, v. 8, n. 1, p. 57-65, 2003.

LAURENT, E. **A batalha do autismo: da clínica à política**. Rio de Janeiro: Zahar, 2014. 224 p.

LIMA, R. C. **A cerebralização do Autismo**. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. M. Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/ UFRJ, 2007.

MACHADO, L. V., & FERREIRA, R. R. (2014, Janeiro-Março). **A indústria farmacêutica e psicanálise diante da "epidemia de depressão": respostas possíveis**. Psicologia em Estudo, 19 (1), 135-144.

MELICÍO, Rose Kelly et al. (2021). **Autista no Mercado de Trabalho**.

MELLO, A. M. S.R. A Ama-SP, Associação de amigos do autista de São Paulo hoje, In: CAMARGOS JR. W et al. (Coord.) **Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º Milênio**. Brasília: Corde, 2005. p.187-190.

MELLO, A.M. et al. **Retratos do autismo no Brasil**. São Paulo: Associação dos Amigos do Autista, 2013. 174 p.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro, RJ: Vozes, 2009.

NUNES, F.C.F. **Atuação política de grupos de pais de autistas no Rio de Janeiro: perspectivas para o campo da saúde**. 147 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

O'DELL, Lindsay. et. al. **Critical autism studies: exploring epistemic dialogues and intersections, challenging dominant understandings of autism**. Disability and Society, v. 31, n. 2, p. 166–179, 2016.

OLIVEIRA, B.D.C. **Análise das políticas públicas brasileiras para o autismo: entre a atenção psicossocial e a reabilitação**. 143 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ORTEGA, F. **Deficiência, autismo e neurodiversidade**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-77, Fev.2009.

ORTEGA, F., BARROS, D., CALIMAN, L., ITABORAHY, C., JUNQUEIRA, L., & FERREIRA, C. P. (2010, Setembro). **A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas**. Interface -Comunicação, Saúde, Educação, 14 (34), 499-512.

ORTEGA, Francisco. **O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade**. Mana, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-509, out. 2008.

PAIVA JUNIOR, F. (2012). **Autismo: não espere, aja logo – Depoimento de um pai sobre os sinais de autismo**. São Paulo: M. Books do Brasil.

PARDO, Hector Gonzalez; ALVAREZ, Marino Perez. **La invención de trastornos mentales: escuchando al fármaco o al paciente?** Madrid: Alianza, 2007.

RAHME, Monica Maria Farid. **Laço social e educação: um estudo sobre os efeitos do encontro com o outro no contexto escolar**. 2010. Tese (Doutorado em Educação). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

RIBEIRO, J. F. A. (2015). **Perturbação do Espectro do autismo: Artigo de revisão das comorbidades associadas**. Clínica Universitária de Pediatria. Universidade de Lisboa.

RIBEIRO, S. H. B. (2007). **Prevalência dos transtornos invasivos do desenvolvimento no município de Atibaia: um estudo piloto** (Dissertação de mestrado). Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP.

RIOS, C., ORTEGA, F., ZORZANELLI, R., & NASCIMENTO, L. F. (2015). **Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira**. Interface, 19(53), 325-335.

SÁ-SILVA, J. R., ALMEIDA, C. D. de, & GUINDANI, J. F. (2009). **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. Revista Brasileira De História & Amp; Ciências Sociais. Recuperado de <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>

SILVA, E. O. (2014). **Medicalização da existência e subjetivação**. In Menezes, L. S. de, Armando, G. G., & Vieira, P. (Orgs.), *Medicação ou Medicalização?* (Cap. 5, pp. 65-76). São Paulo: Primavera Editorial.

SILVEIRA DA SILVA, L.; RODRIGUES FURTADO, L. A. **O sujeito autista na Rede SUS: (im)possibilidade de cuidado**. Fractal: Revista de Psicologia, v. 31, n. 2, p. 119-129, 30 jul. 2019.

SINGER, Judy. **Neurodiversity: the birth of na idea**. Kindle Amazon, 2017.

TUZZO, S. A.; BRAGA C. F. **O processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese.** Revista Pesquisa Qualitativa, São Paulo, SP, v.4, n.5, p. 140-158, ago., 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases:** report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva, World Health Organization, 2003.