



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LUCAS SILVEIRA DA SILVA**

**TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO, ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA E TECNOLOGIAS DE CUIDADO NA REDE SUS**

**SOBRAL**  
**2016**

LUCAS SILVEIRA DA SILVA

TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO, ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
E TECNOLOGIAS DE CUIDADO NA REDE SUS

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

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

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

---

S581t Silva, Lucas Silveira da.  
TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO, ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E  
TECNOLOGIAS DE CUIDADO NA REDE SUS / Lucas Silveira da Silva. – 2016.  
176 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação  
em Saúde da Família, Sobral, 2016.

Orientação: Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado.

1. Transtorno Autístico. 2. Saúde Pública. 3. Integralidade em Saúde. 4. Reabilitação. I. Título.

CDD 610

---

LUCAS SILVEIRA DA SILVA

TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO, ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
E TECNOLOGIAS DE CUIDADO NA REDE SUS

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 obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: 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. Camilla Araújo Lopes  
Universidade Federal do Ceará (UFC)  
Examinadora

---

Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)  
Examinador Externo

A Deus.

A todos os autistas e seus familiares.

## **AGRADECIMENTOS**

À FUNCAP, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

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

Aos Professores que compuseram minha banca examinadora pelas excelentes pontuações.

À minha Mamita, pelas palavras e orações que me dedica todas as vezes que estou com dificuldades.

Ao meu Papito que nunca baixou a cabeça diante das dificuldades e sempre teve coragem e força para seguir em frente.

À minha Tia Santa Elci, pelo incentivo e por sempre me impulsionar a buscar o conhecimento.

Aos meus amigos e irmãos que escolhi para conviver, partilhar alegrias e tristezas, meus mais sinceros agradecimentos.

“O que é cientificamente correto pode ser eticamente errado.”

(Ronald Laing)

## RESUMO

Os Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) vêm sendo tratados pela mídia, sociedades científicas e diversos movimentos com certa ênfase nos últimos anos. Paira sobre a figura do autista certo fascínio que é evidenciado pela busca incessante do substrato biológico do *suposto* transtorno mental. O presente trabalho analisa os documentos oficiais e normativos do Ministério da Saúde relacionados às tecnologias de cuidado, recursos terapêuticos e diagnósticos ofertados na Rede SUS às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e se é possível nesse contexto uma articulação com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Utiliza como metodologia a Pesquisa Bibliográfica e Documental de abordagem qualitativa. Para análise de dados, o estudo lança mão da Análise de Discurso francesa que consiste na reflexão sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes contextos. Diante disso, muitas problemáticas se desenrolaram, principalmente no tangente a forma como as pessoas com TEA estão sendo inseridas ou não nas políticas públicas de saúde, especificamente na Rede de Atenção à Saúde (RAS) através das: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência. A principal dissonância constatada circula em torno da dicotomia entre os documentos “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, 2013) e “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)” (BRASIL, 2014a). Para o primeiro documento o Autismo é tomado como um Transtorno Mental, devendo ser tratado na RAPS em constante articulação com os demais pontos da Rede, incluindo nesse ínterim a Estratégia Saúde da Família. O segundo filia o autismo às deficiências, em consonância à Lei 12.764 de 2012, onde o autista é considerado pessoa com deficiência para fins de lei. Nesse sentido, parece se repetir um paradigma histórico em torno do autismo, pois é reatualizado constantemente o antigo debate em torno da idiotia *versus* loucura presente nos séculos XVIII e XIX. Constata o estudo que o próprio Ministério da Saúde não possui uma postura definitiva no que tange ao autismo, pois ora é uma *mental disability*, ora é um transtorno mental. A investigação salienta que esse paradigma paira sobre a Saúde Pública, pois os arranjos organizativos da Rede SUS sofrem um impacto e dessa forma, o cuidado a essas pessoas passa a se configurar no eixo de uma suposta reabilitação. Questões subjetivas são impossibilitadas de emergirem na RAS, culminando na impossibilidade de inserção do sujeito autista na rede, bem como a impossibilidade de garantia de direitos no campo da Saúde Pública e Saúde Mental. Sabe-se, no entanto, que



questões político-econômicas condicionam a tomada do autismo no campo das deficiências por *determinada* filiação teórica, seguindo a lógica de redução da Saúde Mental.

**Palavras-chave:** Transtornos do Espectro do Autismo. Saúde Pública. Integralidade. Reabilitação.

## ABSTRACT

The Autism Spectrum Disorders (ASD) have been treated by the media, scientific societies and various movements with some emphasis in recent years. Hanging over the figure of autistic fascination that is evidenced by the relentless pursuit of the biological substrate of the alleged mental disorder. This study analyzes the official and normative documents of the Ministry of Health to care technologies, therapeutic resources and diagnoses offered in the SUS Network for people with Autism Spectrum Disorders and if it is possible in this context a joint with the Family Health Strategy (ESF). Use as methodology the Bibliographical Research and Document qualitative approach. For data analysis, the study makes use of French Discourse Analysis which consists of reflection on the conditions of production and seizure of texts of meaning produced in many different contexts. Thus, many problems took place, mainly in the tangent to how people with ASD are inserted or not in the public health policies, specifically in Network Health Care (RAS) through: Psychosocial Care Network (RAPS) and Person to Care network with Disabilities. The main dissonance found circulating around the dichotomy between documents "care line for care for people with Autism Spectrum Disorders and their families in Psychosocial Care Network Health System" (BRAZIL, 2013) and "Guidelines attention to the Person Rehabilitation with Autism Spectrum Disorders (ASD) "(BRAZIL, 2014). For the first document Autism is taken as a mental disorder and should be treated at RAPS in constant coordination with the other points of the Network, including the Family Health Strategy. The second affiliated autism the deficiencies in accordance with Law 12,764 of 2012, where the autistic is considered disabled person to law purposes. In this sense, seems to repeat a historical paradigm around autism, it is constantly repeated the old debate about the idiocy versus madness present in the eighteenth and nineteenth centuries. Notes the study that the Ministry of Health itself does not have a definite position in relation to autism, because now is a mental disability, now is a mental disorder. The research points out that this paradigm hangs on Public Health, as the organizational arrangements of the SUS network suffer an impact and thus the care of these people go to set up the axis of a supposed rehabilitation. Subjective questions are unable to emerge in RAS, culminating in the insertion inability of autistic subject in the network, as well as the guarantee of rights is not possible in the field of Public Health and Mental Health. It is known, however, that political and economic issues affect autism taken in the field of disability for certain theoretical affiliation, following the Mental Health reduction logic.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorders. Public health. Completeness. Rehabilitation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Notícia veiculada no site O Globo -----	47
Figura 2 - Clássico quadro da História Natural das Doenças -----	84
Figura 3 - Modelo da História Natural das Doenças na perspectiva da Prevenção -----	85
Figura 4- Rede de Atenção Psicossocial e as ações de cuidado-----	101
Figura 5- Rede de Atenção Ampliada -----	102

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Etapas da pesquisa -----	28
Quadro 2 - Evolução das ideias em torno da categoria “autismo”-----	58
Quadro 3 - Características e dissonâncias entre a linha de cuidado e diretrizes Terapêuticas -----	73

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	Applied Behavioral Analysis
ABS	Atenção Básica em Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AD	Análise de Discurso
AEE	Atendimento Educacional Especializado
AIS	Ações Integradas em Saúde
APA	American Psychiatric Association
APACS	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades da Vida Diária
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDC	Centers for Diseases Control and Prevention
CDPD	Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde 10ª edição
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CSA	Comunicação Suplementar e Alternativa
CSM	Centros de Saúde Mental
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSM IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª edição
DSM V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio do Desenvolvimento Científico e Tecnológico
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
M-CHAT	Modified Checklist for Autism in Toddlers
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line
MPASP	Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PECS	Picture Exchange Communication System
PEP	Perfil Psicoeducacional
PQ	Pesquisa Qualitativa
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtornos do Espectro do Autismo
TEACCH	Tratamento e Educação para crianças com Transtornos do Espectro do Autismo
TID	Transtorno Invasivo do Desenvolvimento
TGD	Transtornos Globais do Desenvolvimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UFC	Universidade Federal do Ceará

## LISTA DE SÍMBOLOS

S1	Significante-mestre
S2	Saber
A	Desejo
§	Sujeito
//	Interdição



## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO -----	19
3	METODOLOGIA -----	24
3.1	Coleta de dados -----	28
3.2	Organização e análise dos dados -----	40
4	REFERENCIAL TEÓRICO -----	31
4.1	Políticas Públicas de Saúde, Transtornos Globais do Desenvolvimento e Transtornos do Espectro do Autismo -----	31
4.2	Transtornos Globais do Desenvolvimento e estado da questão -----	32
5	IMPLICAÇÕES ÉTICAS RELACIONADAS AOS TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO -----	40
5.1	Dimensão ética e <i>suposto</i> discurso científico -----	41
6	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE -----	48
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO -----	57
7.1	O sujeito autista na Rede SUS: (Im)possibilidade de cuidado-----	58
7.2	Documentos oficiais e normativos do Ministério da Saúde referentes aos Transtornos do Espectro do Autismo-----	59
7.3	Psicanálise e autismo: panorama atual -----	62
7.4	Autismo, transições conceituais e implicações nos arranjos organizativos da Rede SUS -----	68
8	PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA: DA SAÚDE PÚBLICA À COLETIVA -----	81
8.1	Promoção, Prevenção e Transtornos do Espectro do Autismo: dissonâncias -----	89
8.1.1	<i>Arranjos organizativos da Rede SUS e o problema da integralidade</i> -----	90
8.2	Linha de Cuidado, intersetorialidade, garantia de direitos e demais aparatos conceituais -----	95
9	SAÚDE MENTAL, TECNOLOGIAS DE CUIDADO E REABILITAÇÃO: COMO CONCILIÁ-LOS?-----	105
9.1	Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental: do Alienismo à Atenção Psicossocial -----	107
9.2	Tecnologias de Cuidado, Transtornos do Espectro do Autismo e Rede de	

	<b>Atenção Psicossocial-----</b>	<b>112</b>
<b>9.3</b>	<b>Diretrizes para o cuidado e Reabilitação: qual é, afinal, o lugar da pessoa com TEA?-----</b>	<b>116</b>
<b>10</b>	<b>O SUJEITO AUSTISTA E A CIÊNCIA: COMO CONSTRUIR UM DIÁLOGO-----</b>	<b>126</b>
<b>11</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS-----</b>	<b>143</b>
	<b>REFERÊNCIAS-----</b>	<b>147</b>
	<b>APÊNDICE A- PESQUISA NA BASE DE DADOS DA BIBLIOTECA VIRTUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE COM O DESCRITOR TRANSTORNO AUTÍSTICO-----</b>	<b>160</b>
	<b>APÊNDICE B- PESQUISA NA BASE DE DADOS DA BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS) COM O DESCRITOR TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO-----</b>	<b>162</b>
	<b>APÊNDICE C- QUADRO DA REVISÃO INTEGRATIVA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA-----</b>	<b>163</b>
	<b>APÊNDICE D- CRONOGRAMA DA PESQUISA-----</b>	<b>170</b>
	<b>APÊNDICE E- ORÇAMENTO DA PESQUISA-----</b>	<b>171</b>
	<b>ANEXO A – LEI 12.764/2012-----</b>	<b>172</b>
	<b>ANEXO B – INDICADORES DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL----</b>	<b>175</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como objeto a análise dos documentos oficiais e normativos relacionados às tecnologias de cuidado, recursos terapêuticos e diagnósticos ofertados às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo<sup>1</sup> na Rede SUS (Sistema Único de Saúde) e a possibilidade de articulação ou não com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Ressaltamos a importância da articulação com a ESF, visto que essa é a política de Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>2</sup> vigente no país, privilegiando-a dentre os demais dispositivos da rede no reconhecimento de situações e problemáticas na saúde que necessitam ser acompanhadas (STARFIELD, 2002).

Ao citarmos a APS, é imperativo falarmos a respeito da articulação da temática à Saúde Pública, pois nesse contexto da dissertação e devido a ESF ser a estratégia prioritária no tangente ao ordenamento da Rede SUS é necessário lançarmos mão de um olhar crítico a respeito dessa política, que se diz integral e disponibiliza ‘na letra’ uma série de recursos para potencializar o cuidado e/ou atenção.

Acrescentamos a essa discussão que a Rede SUS e concomitantemente a ESF utilizam como um desses recursos as Estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) aos profissionais vinculados à rede, sob a afirmação que é imprescindível o uso de tal mecanismo para potencializar o cuidado rumo à suposta integralidade (BRASIL, 2007). Nessa questão inserimos que a EPS é voltada à aprendizagem no trabalho, ou seja, incorpora no cotidiano das relações entre profissionais e usuários a dimensão subjetiva de ambos sujeitos, contexto no qual pode-se emergir inúmeras questões voltadas à atenção e ao cuidado (CECCIM, 2005).

Além disso, salientamos que na ESF existe uma política de cuidado voltada às crianças de 0 a 2 anos de idade, constante nos Cadernos da Atenção Básica, cuja titulação é “Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento”, a qual lança uma série de recomendações aos profissionais da APS, tais como: frequência das consultas, anamnese, exame físico, acompanhamento do desenvolvimento, etc. (BRASIL, 2012a). Nesse cenário

---

<sup>1</sup> O presente trabalho 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 diagnóstica, constando esse teor crítico no referencial teórico. Salientamos, igualmente, que o DSM V (2012) adota a nomenclatura Transtorno do Espectro Autista.

<sup>2</sup> O Ministério da Saúde adota ambas as terminologias: Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (APS), entretanto, na maioria dos documentos aparece o termo Atenção Básica. Dessa forma, usamos predominantemente no texto Atenção Primária à Saúde, em virtude de a mesma ser mais frequente em textos da Saúde Coletiva, bem como levando em consideração a complexidade que se apresenta nos serviços da APS, não havendo nada de básico e/ou simples.

destacamos o ‘aconselhamento antecipado’, consistindo na orientação preventiva, devendo o profissional enfatizar questões como a prevenção e promoção, estimulando a mudança de hábitos e cuidados (BRASIL, 2012a).

Por ser ordenadora da Rede SUS (BRASIL, 2011b), a ESF acolhe crianças, procede com as primeiras consultas, nas quais são realizadas orientações, acompanhamento do desenvolvimento e nessas ocasiões, podem, os profissionais, depararem-se com crianças com sinais e sintomas do espectro do autismo.

Diante do citado acima, somada a necessidade de articular a temática da dissertação ao conhecimento e realidade da Atenção Primária à Saúde, lançamo-nos no desafio de pesquisar acerca dos documentos oficiais e normativos do Ministério da Saúde acerca dos Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)<sup>3</sup>, a possibilidade ou não de relação com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os desdobramentos de tal investigação na realidade da Rede SUS e seus dispositivos. Entendemos aqui por documentos oficiais e normativos as cartilhas, linhas de cuidado, portarias e diretrizes terapêuticas lançadas pelo Ministério da Saúde.

Para essa empreitada, tomamos como referência o conceito de sujeito na psicanálise, sendo o mesmo articulado à linguagem, ou seja, contrapondo-se a uma noção de um conjunto de conteúdos e qualidades internas, mas sim a uma posição (ELIA, 2004). Quando falamos em saúde e sujeito autista, não podemos nos restringir a determinadas *instituições* e concepções arbitrárias a esse sujeito, mas sim a uma rede complexa, que para fins de lei, diz-se integral. Quando nos referimos ao sujeito autista, devemos ter clareza que esse está e/ou deveria estar inserido e acompanhado pela Rede SUS em seus diversos dispositivos, dentre eles a ESF.

Essa discussão acerca da importância da inserção do sujeito autista na Rede SUS está em consonância ao debate atual em torno do autismo, visto que há uma tendência, não somente a nível de Brasil, mas mundialmente de tomar exclusivamente esta questão a partir de concepções neurológicas e genéticas, cujas ‘terapêuticas messiânicas’ restringem-se à lógica da reabilitação (BATISTA, 2012). Nesse rumo, afirma-se que o autismo é uma deficiência e/ou doença genética que deve ser tratada em instituições especializadas (BRASIL, 2013a); eis uma das problemáticas na qual nos debruçamos!

---

<sup>3</sup> O DSM IV- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (1994) adota a nomenclatura Transtornos Globais do Desenvolvimento, entretanto, a partir da 5ª edição do manual lançado em 2013 passou-se para Transtorno do Espectro Autista. Devido a busca de dados ser dos últimos 05 anos, o presente estudo adota inicialmente o termo Transtornos Globais do Desenvolvimento para abarcar um maior número de materiais científicos, embora na redação do estudo seja predominantemente utilizado o termo Transtorno do Espectro do Autismo.

O termo Transtorno do Espectro Autista (TEA) é relativamente recente, sendo uma classificação genérica utilizada pelo DSM V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e representa um grupo de transtornos que afetam o desenvolvimento em seus múltiplos aspectos (APA, 2013). É importante salientarmos que, para compreensão do referido termo, tornou-se imprescindível apresentarmos um breve histórico do autismo, sendo esse um dos tipos de Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Esta questão será evidenciada no referencial teórico, bem como demonstraremos as facetas e características que esse fenômeno assume na realidade que tratamos.

O estudo partiu da seguinte questão norteadora: O que nos dizem os documentos oficiais e normativos relacionados às tecnologias de cuidado, recursos terapêuticos e diagnósticos ofertados na Rede SUS às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e nesse contexto saber se é possível uma articulação com a Estratégia Saúde da Família. Salientamos a possibilidade de articulação à ESF, visto que essa é a política de Atenção Primária à Saúde vigente no país. A mesma é privilegiada dentre os demais dispositivos da Rede no tangente ao reconhecimento de problemáticas e situações de saúde que necessitam ser acompanhadas levando em consideração a longitudinalidade do cuidado, bem como o vínculo estabelecido entre equipe e população adscrita (STARFIELD, 2002).

Essa indagação direcionou as reflexões, coleta de dados e posterior análise. O estudo teve como referencial teórico alguns autores da Saúde Coletiva e da Psicanálise, que possibilitaram a emergência de reflexões e problematizações acerca do panorama atual do autismo na política pública de saúde.

Em virtude da natureza qualitativa e enfoque referencial a investigação lançou o pressuposto<sup>4</sup> de uma dissonância entre as publicações oficiais e normativas do Ministério da Saúde em relação aos ditos “Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)”, bem como uma desconexão das tecnologias de cuidado, recursos terapêuticos e diagnósticos *supostamente* ofertados pela Rede SUS com a realidade da Estratégia Saúde da Família. Dessa forma, pressupomos que essa configuração traz consigo uma série de implicações, dentre elas a não inserção do sujeito autista na realidade do SUS e a impossibilidade da oferta de um cuidado integral.

Este contexto inicial direcionou o estudo ao seguinte objetivo geral: Analisar os documentos oficiais e normativos relacionados às tecnologias de cuidado, recursos terapêuticos e diagnósticos ofertados na Rede SUS às pessoas com Transtornos do Espectro

---

<sup>4</sup> De acordo com Minayo (2013) o termo pressuposto deve ser utilizado em pesquisa qualitativa em detrimento do termo hipótese, pois esta é mais adequada em pesquisas quantitativas.

do Autismo e saber se é possível ou não uma articulação com a realidade da Estratégia Saúde da Família.

Para alcançarmos esta reflexão e análise, no primeiro capítulo do referencial teórico trataremos das políticas públicas de saúde e sua interface com os Transtornos Globais do Desenvolvimento (APA, 1994), denominados atualmente como Transtorno do Espectro Autista<sup>5</sup> (APA, 2013). Além disso, mostraremos as principais características das publicações, estudos e pesquisas na área da saúde que tratam da temática através do Estado da Questão.

No capítulo seguinte, “Implicações éticas relacionadas aos Transtornos do Espectro do Autismo”, teceremos uma discussão em relação à forma com que os TEA vêm sendo tratados no suposto “âmbito científico” e de como essa questão impacta no campo da saúde mental. Para isso, utilizaremos autores que criticam a tecnociência (MORIN, 2005) e de como a medicina, no caso a psiquiatria como ramificação da mesma, está subordinada à lógica da busca de um substrato biológico para toda e qualquer experiência de doença (CANGUILHEM, 1978).

Seguiremos a discussão no capítulo “Educação Permanente em Saúde” enfatizando o papel dessa estratégia lançada pelo Ministério da Saúde no tangente à qualificação e transformação das práticas dos profissionais do SUS, de modo que “supostamente” essa possa ser uma ferramenta útil e necessária para a potencialização do cuidado (BRASIL, 2007). Dessa forma, procuraremos evidenciar, conforme os estudos citados, a necessidade de transição do eixo da medicalização para o da atuação interdisciplinar, em consonância aos debates e problemáticas atuais que se apresentam no campo da Saúde Pública (ROSSANI; LAMPERT, 2004).

Iniciaremos os resultados e discussão com “O sujeito autista na Rede SUS: (im) possibilidade de cuidado” que lança uma crítica às publicações oficiais e normativas do Ministério da Saúde em relação ao cuidado e diretrizes terapêuticas voltadas às pessoas com TEA (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b; BRASIL, 2013). Dessa forma, salientaremos a dissonância e oposição entre os materiais que analisamos, além de traçar um diálogo entre as características problemáticas dos documentos trabalhados com a leitura e discussão que alguns autores da Psicanálise lançam sobre o autismo (ELIA, 2014; BEZERRA, 2013; FURTADO, 2013; RIBEIRO, 2012; BATISTA, 2012; JERUSALINSKY, 2010).

---

<sup>5</sup> Optamos pela nomenclatura Transtornos do Espectro do Autismo, em virtude de os documentos oficiais e normativos do Ministério da Saúde terem adotado a mesma no plural (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014b). Entretanto, sabemos as problemáticas inerentes a tomada do autismo a partir da noção de espectro, questão que será explanada nos resultados e discussão.

Frente às questões levantadas até então, os capítulos “Promoção da saúde e prevenção da doença: da saúde pública à coletiva” e “Saúde mental, tecnologias de cuidado e reabilitação: como conciliá-los”, lançam uma leitura crítica em relação aos documentos oficiais, através de uma visita às categorias promoção e prevenção (WESTPHAL, 2012; CZERESNIA, 2003) e de como essas são inviabilizadas por uma lógica corporativa médica que captura conceitos de uma Saúde Pública e um cuidado integrais (MERHY, 2005). Além dessas questões, discorreremos acerca da constituição da psiquiatria, enquanto ramificação do saber/poder médico (FOUCAULT, 2010), bem como dos ideais e construções levantados pela Reforma Psiquiátrica brasileira e quais impactos a mesma trouxe para o campo da saúde mental (AMARANTE, 2011).

O último capítulo fecha a discussão evidenciando a exclusão do sujeito autista na Rede SUS e de como esse está impossibilitado de falar, operar e desejar; para isso utilizamos alguns autores que problematizam a constituição da psicanálise enquanto teoria e prática (GARCIA-ROZA, 2004) e trabalham o conceito de sujeito (ELIA, 2004). Dessa forma, criticaremos os modelos interventivos baseados na lógica da sugestão e procuraremos evidenciar a importância de convidar o sujeito através do dispositivo analítico (ELIA, 2014; QUINET, 2009; SAURET, 2006; ALBERTI, 2006; COELHO, 2006; RINALDI, 2006 JORGE, 2002).

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

Dessa forma, buscaremos 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.

### 3 METODOLOGIA

Partimos da premissa de que a metodologia é o caminho e o instrumental para a abordagem da realidade. Nesse sentido, a presente investigação pretendeu apontar características constantes na legislação, obras de teóricos renomados, portarias e manuais do Ministério da Saúde. Para isso, tornou-se imprescindível lançarmos mão da pesquisa de tipo bibliográfica e documental de abordagem qualitativa<sup>6</sup>.

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:

Como em boa parte dos casos os documentos a serem utilizados na pesquisa não receberam nenhum tratamento analítico, torna-se necessária a análise de seus dados. Essa análise deve ser feita em observância aos objetivos e ao plano da pesquisa e pode exigir, em alguns casos, o concurso de técnicas altamente sofisticadas (GIL, 2002. p. 88).

O presente estudo lançou mão de ambos os procedimentos<sup>7</sup>, em virtude de consistir na leitura e estudo detalhado de diversos materiais, tais como: livros, artigos científicos, monografias, materiais audiovisuais, portarias, leis, entre outros documentos que se fizeram pertinentes à análise do objeto de pesquisa.

Lakatos (2003), por sua vez, divide a pesquisa bibliográfica em oito fases distintas:

- a) Escolha do tema;
- b) Elaboração do plano de trabalho;
- c) Identificação;
- d) Localização;
- e) Compilação;

---

<sup>6</sup> Optamos pelos dois procedimentos metodológicos, pois o presente estudo utilizou fontes secundárias que sofreram tratamento analítico, tais como: livros de referência, artigos científicos, teses e dissertações; por outro lado, lançamos mão da leitura de materiais que não obtiveram análises teóricas e científicas, tais como: portarias, legislação acerca da temática, entre outros que se fizeram necessários.

<sup>7</sup> De 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 com *survey*, estudo de caso, pesquisa participante, pesquisa-ação, pesquisa etnográfica ou pesquisa etnometodológica).



- f) Fichamento;
- g) Análise e interpretação; e
- h) Redação.

Ainda seguindo o raciocínio da autora citada acima, a bibliografia teve que se mostrar pertinente e de acordo com o delineamento do projeto, permitindo ao cientista explorar determinado fenômeno lançando um novo exame sobre o tema, por fim resultando em conclusões inovadoras.

Quanto ao desenho metodológico, é importante ressaltar que apesar de toda pesquisa possuir um levantamento bibliográfico inerente, a pesquisa exploratória de tipo bibliográfica e documental<sup>8</sup>, enquanto procedimento metodológico, requer uma sistematização em concordância ao seu delineamento, ou seja, de acordo com seu modelo conceitual e operativo, dentre outros fatores como a coleta e análise de dados (GIL, 2002).

O autor nos ressalta que a classificação das pesquisas segue a lógica do delineamento, podendo ser de dois tipos, a saber: aquelas que utilizam dados a partir de fontes de “papel” e outras que coletam dados advindos de pessoas. As primeiras são denominadas pesquisas exploratórias, dentre as quais destacamos a bibliográfica e documental<sup>9</sup>, o segundo grupo as descritivas, das quais se destacam as pesquisas cujos delineamentos são experimentais, além dos estudos de caso.

Embora tenhamos definido o tipo e natureza do delineamento bibliográfico, no campo da pesquisa ainda há uma confusão no emprego do termo “pesquisa bibliográfica”, sendo a mesma confundida constantemente, com os estudos de revisão bibliográfica e/ou confundida em certas circunstâncias à etapa inicial de uma pesquisa: coleta de dados e busca textual (LIMA; MIOTO, 2007). Ainda nessa discussão, as autoras citadas anteriormente salientam que a pesquisa bibliográfica como procedimento metodológico, apresenta características, ordenamento e etapas rigorosas, podendo ser tomada em sua importância na produção de conhecimento científico capaz de gerar postulação de hipóteses e/ou interpretações que serão *pontos de partida* para outras pesquisas.

Adentrando a área da saúde, interesse do presente estudo, destacamos alguns autores que dialogam em torno da temática da pesquisa nessa área, bem como evidenciam a importância da pesquisa qualitativa em saúde e seus desdobramentos na investigação científica.

---

<sup>8</sup> Tipologia adotada no presente estudo.

<sup>9</sup> Nosso foco e interesse.

Minayo (2013) salienta que a pesquisa qualitativa é imprescindível na área da saúde, devido à mesma lançar uma compreensão subjetiva acerca dos serviços de saúde, cuidado, entre outras questões passíveis de análise no contexto. A autora afirma que o método qualitativo aborda a história das relações, representações, crenças e opiniões, por isso o mesmo é embasado nas Ciências Sociais.

De acordo com Bosi e Martinez (2007) a pesquisa qualitativa em saúde lança-nos no desafio da incorporação da subjetividade em seu objeto de investigação, ou seja, num cenário além do positivismo, este último que dominou a ciência ao longo dos séculos. De acordo com a autora, a pesquisa qualitativa trata de outro domínio, o interdisciplinar, com uma inevitável sobreposição entre as disciplinas, resultando na diversidade de nuances interpretativas, indo além do crivo positivista<sup>10</sup>.

A Pesquisa Qualitativa (PQ), parte do pressuposto de que não existem verdades universais e eternas, por outro lado, a pesquisa quantitativa utiliza como modelo epistemológico as ciências naturais, embasada na neutralidade, que consiste na separação sujeito-objeto. Dessa forma, *supervalorizam-se* os princípios de objetivação-mensuração, verificação empírica, entre outros. Essa realidade das chamadas *hard sciences*<sup>11</sup> tornou a modalidade de pesquisa positivista alvo de críticas por parte das ciências humanas, em virtude da não inserção do ontológico, ou seja, do humano e subjetivo, além de aspectos valorativos e opinativos. “Além disso, também é preciso ir além do debate epistemológico e entender a ciência como produção humana, portanto, resultante de relações sociais” (BOSI; MARTINEZ, p. 27, 2007).

Esse debate se faz presente no âmbito científico em virtude da necessidade constante de elaboração e criação de métodos que abarquem a complexidade e multidimensionalidade que os avanços do conhecimento e soluções técnicas demandam nas pesquisas em saúde. Nas palavras da autora “... um desenvolvimento mais intenso do componente humano, domínio dos estudos qualitativos”, ou seja, conforme avançamos enquanto ciência necessitamos aprimorar o método, para que o mesmo alcance a compreensão, assim apreendendo a amplitude que é o ser humano. Para que essas questões sejam evidenciadas e/ou construídas é imprescindível pensar em desenhos metodológicos que abarquem essa complexidade (BOSI; MARTINEZ, p. 27, 2007).

---

<sup>10</sup>Essa lógica está em consonância ao proposto na presente investigação, bem como ao seu referencial teórico-metodológico que visou lançar uma análise crítica acerca de publicações oficiais e normativas.

<sup>11</sup> Ciências Humanas nesse contexto são denominadas *Soft Sciences* (BOSI; MARTINEZ, 2007).

Nesta discussão, salientamos que o desenho da pesquisa foi construído a partir do levantamento bibliográfico acerca do objeto, entendemos o conceito de desenho “... como o conjunto de passos a seguir e a seleção das opções idôneas que permitem à obtenção, manejo e análise dos dados em função de uma pergunta de investigação...” (BOSI; MARTINEZ, p. 47, 2007).

Frente ao conteúdo delineado acima, assim como pelos objetivos e questão norteadora, o presente estudo tomou como pressuposto teórico alguns autores da Saúde Coletiva, bem como da Psicanálise, os quais se inseriram no contexto devido ao teor, necessidade de questionamento e investigação acerca do fenômeno. Nesse rumo, essas vertentes teóricas lançam uma crítica ao modelo científico pautado no reducionismo e cisão do objeto de estudo, questionamentos esses, levantados e elucidados tanto pela pesquisa qualitativa quanto pela concepção de sujeito inserido na linguagem.

De acordo com Guirado (1995) a Psicanálise e a Linguística articulam-se entre si desde Freud até assumir contornos mais definidos com Lacan. A linguagem nos traz uma realidade inconsciente de um sujeito que se constrói através de enunciados, estes últimos, relacionam-se a fatores contextuais e extralinguísticos, ou seja, *para além da língua* como nos diria Freud.

Inserimos a teoria psicanalítica no presente estudo, para apontar um discurso e/ou saber tecnicista e fragmentado em relação ao objeto. Além disso, esse discurso está desarticulado à saúde pública, essa última que, apesar de ser um direito inalienável, se mostra inviabilizada pela lógica biomédica que impera em seu meio (NUNES, 2012). Esses pressupostos nos remeteram igualmente à concepção de sujeito na psicanálise, visto que os documentos oficiais e normativos apontam, além de contradições, uma concepção de sujeito atrelado à deficiência e incapacidade, reduzindo-o à condição de indivíduo ora incapacitado, ora portador de transtorno mental de base puramente biológica.

Com a finalidade de conhecer mais profundamente o objeto de estudo e partindo de uma discussão acerca da realidade da ESF e possível articulação com os dispositivos da Rede SUS, o presente estudo lançou mão dos pressupostos acima explicitados em virtude da necessidade de problematização de conceitos, políticas de saúde e outras questões que surgiram com o desenrolar das constatações e leituras. Procuramos, através dessa leitura, contribuir no sentido da revisão e crítica de concepções hegemônicas e dicotômicas que circundam os Transtornos do Espectro do Autismo na realidade da Estratégia Saúde da Família e demais dispositivos da rede.

### 3.1 Coleta de dados

Inicialmente, realizamos a organização do “Projeto de Investigação”, que consistia na definição de questões como: Escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema e elaboração do plano provisório do assunto. Salientamos nessa etapa, a revisão bibliográfica inicial, como instrumento capaz de projetar luz sobre a realidade e/ou objeto de estudo (MINAYO, 2013).

Quanto à etapa de revisão bibliográfica inicial, lançamos mão de pesquisa em base de dados, tais como: BIREME/BVS, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde que reúne indexadores de artigos e periódicos científicos de impacto significativo na área da saúde. Utilizamos os descritores em saúde (DeCS)<sup>12</sup>, respeitando as terminologias comuns às pesquisas na área da saúde. A explanação acerca dessa etapa tornou-se imprescindível, pois Minayo (2013) salienta que essa revisão inicial precisa constar no desenho metodológico da investigação, sendo necessários seu detalhamento e estruturação.

Posteriormente a essa etapa inicial, os dados foram coletados a partir da identificação das fontes, obtenção das mesmas, seguidas de leitura, estudo e fichamento do material bibliográfico. Para isso, foi realizada a identificação das fontes pertinentes à pesquisa, ou seja, a localização do material que foi posteriormente utilizado. As etapas que foram seguidas estão detalhadas no quadro abaixo.

**Quadro 1- Etapas da pesquisa**

Nº	ETAPAS	DESCRIÇÃO
1	Escolha do tema	Etapa inicial, requer conhecimento prévio do pesquisador.
2	Levantamento bibliográfico preliminar	Estudo exploratório para proporcionar maior familiaridade acerca do objeto de pesquisa adotado.
3	Formulação do problema	Definição clara do que se pretende, representa uma longa etapa no processo de pesquisa.
4	Elaboração do plano provisório do assunto	Organização sistemática das partes que compõem o objeto de estudo.
5	Identificação das fontes	Identificação das fontes capazes de fornecer respostas à solução do problema proposto, exemplos: livros de leitura corrente, obras de referência, etc.
6	Localização das fontes	Se os materiais estão acessíveis em bibliotecas convencionais, em formato eletrônico, etc.
7	Obtenção do material	Empréstimo, consulta online, entre

<sup>12</sup> Nos Capítulos 4 e 6 apresentamos a revisão bibliográfica inicial, bem como os descritores utilizados para ordenação e compreensão do objeto de pesquisa.

		outras formas.
8	Leitura do material	Apreensão do conteúdo do material, entendimento acerca das principais ideias presentes nos textos. Divide-se em: leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa.
9	Tomada de apontamentos	Retenção do conteúdo lido, para isso, é necessário que se faça anotações e apontamentos.
10	Confecção das fichas	Confecção de fichas de leitura, para organizar o material lido, com informações tais como: identificação das obras, conteúdo, comentários, autores, etc.
11	Construção lógica do trabalho	Processo de construção da redação do relatório, ou seja, organização das ideias com a finalidade de atender os objetivos e corroborar ou não os pressupostos lançados.
12	Redação do relatório	Última etapa da pesquisa bibliográfica, não havendo regras fixas acerca do procedimento a ser adotado.

**Fonte: Elaborado pelo autor a partir da leitura de Gil (2002).**

De acordo com Gil (2002) a identificação das fontes consiste na busca de materiais capazes de fornecer respostas ao problema proposto na pesquisa, dentre as fontes utilizadas destacamos: livros de leitura corrente, obras de referência, periódicos científicos, teses e dissertações, anais de encontros científicos e periódicos de indexação e resumo. Quanto à localização das fontes, as mesmas foram buscadas em bibliotecas convencionais, por meio da consulta de acervo, bem como nas bases de dados e indexadores disponíveis, tais como: Lilacs, Scielo, BVS, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, etc.

Depois de identificados os materiais, foi realizada leitura, identificando as informações pertinentes, estabelecendo relações e analisando a consistência dos dados, por meio da leitura exploratória, que consistiu em verificar a relevância do estudo para a pesquisa. Seguimos com leitura seletiva do material selecionado na etapa anterior, após seguirmos com a leitura analítica, que consistiu na organização dos dados em categorias e finalizamos com a interpretação.

Na leitura interpretativa, procura-se conferir o significado mais amplo aos resultados obtidos com a leitura analítica. Enquanto nesta última, por mais bem elaborada que seja, o pesquisador fixa-se nos dados, na leitura interpretativa, vai além deles, mediante sua ligação com os outros conhecimentos já obtidos (GIL, 2002, p. 79).

Esses dados iniciais foram compilados, seguidos de fichamento e construção lógica do trabalho, respeitando às etapas metodológicas propostas na presente pesquisa.

### 3.2 Organização e análise dos dados

De acordo com Lakatos (2003) a primeira fase da etapa de análise e interpretação dos dados consiste na análise crítica do material bibliográfico, que se subdivide em duas etapas: análise externa e interna, a primeira consiste no significado e importância histórica do documento, enquanto a segunda volta-se ao sentido e valor do conteúdo. As demais fases (3ª, 4ª, 5ª) são, respectivamente: decomposição dos elementos essenciais e sua classificação, generalização e análise crítica, todas correspondendo à última fase: análise do texto.

Os dados foram analisados a partir da perspectiva da Análise de Discurso (AD), que consiste em realizar uma reflexão sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes contextos, visando compreender os princípios e formas de produção social de sentidos (MINAYO, 2013).

Seguindo a linha de raciocínio da autora, a Análise de Discurso é relativamente nova, tendo sido criada pelo filósofo francês Michel Pêcheux na década de 1960, como proposta de substituição da Análise de Conteúdo, trazendo uma dimensão ideológica, histórica e subjetiva. Salientamos aqui a importância da pesquisa qualitativa no processo de compreensão e apreensão da subjetividade de atores sociais nos mais diversos contextos, tornando-se imprescindível abordar as questões ideológicas e políticas que circundam o objeto da presente pesquisa.

Essas questões explanadas acima tornaram a Análise de Discurso o método de análise priorizado nesse contexto, pois essa trabalha questões vinculadas ao contexto de sujeitos, processo de construção histórica e ideológica, lançando mão de contribuições de vários campos do saber, destacando-se a psicanálise e a linguística.

A AD, fundamentalmente no campo da linguística, é uma área ou disciplina do conhecimento que já se anuncia por tendências, métodos e procedimentos diferentes, desde os que se organizam aos modelos da antropologia, até os que se organizam aos modelos da própria linguística. Ao ponto de se construírem objetos diferentes conforme a direção seja desenhada por um ou outro deles (GUIRADO, 1995. p. 22).

Salientamos nesse contexto que, assim como na concepção psicanalítica de sujeito, a análise de discurso toma o ‘sujeito discursivo’ a partir de uma posição, não o resumindo a uma ‘forma de subjetividade’ apenas, mas a um lugar que o torna sujeito do que diz, ou seja, implicado e atrelado a um contexto social passível de análise (ORLANDI, 2001).

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Políticas Públicas de Saúde, Transtornos Globais do Desenvolvimento e Transtornos do Espectro do Autismo

Para avançarmos na problemática e propósito do estudo, iniciaremos a discussão em torno das Políticas Públicas de Saúde e de como essas se constituíram no seio da sociedade brasileira. Seguiremos com a compreensão do autismo enquanto categoria diagnóstica e quais transformações foram necessárias para a tomada do mesmo enquanto um suposto “transtorno mental”.

Esse empreendimento demandou a leitura de diversos autores da Saúde Coletiva (WESTPHAL, 2012; MERHY; FEUERWERKER, 2009; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; CECCIM, 2005; CZERESNIA, 2003), da Saúde Mental (AMARANTE, 2011), do Pós-estruturalismo (FOUCAULT, 2014, 2010 e 1974), da Psicanálise (STAVCHANSKY, 2015; ELIA, 2014; BEZERRA, 2013; FURTADO, 2013; BATISTA, 2012; RIBEIRO, 2012; JERUSALINSKY, 2010), entre outros que criticam a tecnociência e o discurso baseado nas “evidências científicas” (PARDO; ALVAREZ, 2007; MORIN, 2005 e 2000).

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, esta denominada Constituição Cidadã, pois emergiu num cenário político de lutas e reivindicações da nação brasileira no processo de redemocratização do país após vinte anos de ditadura militar (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto da luta do Movimento pela Reforma Sanitária que data desde a década de 70, somado a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, cujo desdobramento principal foi a consolidação da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O SUS é uma política pública que possui três princípios norteadores, quais sejam: a universalidade garantindo acesso a todo e qualquer cidadão aos serviços públicos de saúde. A integralidade, por sua vez, deve ser pensada a partir de duas dimensões, primeira voltada ao reconhecimento de um sujeito integral e a segunda de uma rede de cuidados que tenham a capacidade resolutiva dessa demanda diversificada e, enfim o princípio da equidade, este voltado à questão de evitar iniquidades e/ou desigualdades na assistência e acesso aos serviços de saúde.

Além disso, o referido sistema possui diretrizes, tais como: descentralização político-administrativa, hierarquização, participação popular. A partir de 2011 devido ao Decreto 7.508 que regulamenta o SUS, passa a ser incorporada junto as diretrizes a *regionalização* para suprir as necessidades, em virtude da grande desigualdade e diversificação da capacidade técnica e resolutiva dos municípios no país (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros, criado em 1953, inicialmente vinculado ao Ministério da Educação (SCOREL; TEIXEIRA, 2008). Atualmente o órgão tem a função de oferecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro.

A presente dissertação possui como foco a análise dos documentos acerca dos Transtornos do Espectro do Autismo e a possibilidade de articulação com a realidade da Estratégia Saúde da Família. A ESF tem papel central em virtude de a mesma ser ordenadora das diferentes Redes de Atenção, bem como possuir um caráter longitudinal, ou seja, tem como responsabilidade o acompanhamento ao longo do tempo dos usuários de sua área de adscrição (STARFIELD, 2002). Salientamos ainda, que um dos deveres da ESF é a organização da atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo, destacando-se o acompanhamento pré-natal e processo de desenvolvimento infantil (BRASIL, 2013).

Dentre os Cadernos da Atenção Básica, destacamos nesse contexto o intitulado “Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento”, que apresenta uma série de protocolos clínicos, exames, imunização, saúde bucal, alimentação saudável, dentre outras questões imprescindíveis para o acompanhamento das crianças na denominada atenção básica (BRASIL, 2012a). É importante salientar que a equipe da APS possui como responsabilidade o acompanhamento do desenvolvimento de crianças em caráter contínuo.

Tendo como modelo a Atenção Primária em Saúde (APS), a ESF se operacionaliza mediante estratégias de prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos. Tais ações sendo executadas pelas equipes de Saúde da Família, que normalmente é composta por um médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, a equipe de saúde da família é responsável pelas ações de cuidado, acolhimento das demandas de saúde da comunidade, dentre outras (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012).



Diante desse contexto, onde possuímos uma política de saúde consolidada, tendo como um de seus princípios a integralidade é lançado o desafio de se pensar acerca da realidade dos sujeitos com Transtornos do Espectro do Autismo e qual o lugar dos mesmos nesta conjuntura complexa que é o SUS. Os cuidados primários de saúde estão sendo ofertados de forma integral a esses sujeitos? Somado a esse aspecto, no ano de 2012 foi instituída a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, sendo os sujeitos enquadrados nessa categoria diagnóstica, considerados *deficientes*. Tal legislação possui como uma de suas diretrizes o atendimento integral às necessidades de saúde (BRASIL, 2012c).

No entanto, essa tomada do sujeito autista como deficiente, mesmo que para fins de lei, somado ao fato de uma legislação assegurar o cuidado integral aos mesmos traz uma série de consequências na Rede SUS, essa questão será explanada posteriormente em detalhes e variações que se tornam evidentes conforme o percurso.

Essa realidade nos traz indagações passíveis de análise e discussão, torna-se necessário, então, uma revisão bibliográfica, a fim de embasar cientificamente as discussões e a questão norteadora, com a intenção de projetar luz, ordenar e fomentar a compreensão da realidade em questão. Para isso, é imprescindível traçar o estado da questão do objeto da pesquisa, inicialmente abordando os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), atualmente denominados TEA, conforme explanado acima.

#### **4.2 Transtornos Globais do Desenvolvimento e estado da questão**

Conforme salientamos anteriormente, inicialmente, utilizaremos a classificação Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), em virtude da busca textual ser dos últimos cinco anos. Essa categoria diagnóstica pode ser definida como Transtornos que causam prejuízos qualitativos, comprometimentos graves e globais em diversas áreas do desenvolvimento, destacando-se: interação social recíproca, linguagem, repertório de interesses restritos, comportamento estereotipado e repetitivo (APA, 1994). Os TGD são: Autismo, Síndrome de Rett, Síndrome de Asperger, Transtorno Desintegrativo da Infância e Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação.

De acordo com Filho & Cunha (2010) os prejuízos dos TGD são evidentes na realidade das crianças, destacando-se as dificuldades na aprendizagem, visto que várias funções estão comprometidas. Os autores colocam ênfase no comprometimento da função executiva, que dificulta o brincar, questão imprescindível para o desenvolvimento da criança.

A partir disso, podemos direcionar a discussão à categoria autismo, visto que a mesma é central para compreensão do fenômeno e ideias em torno dessas *classificações* nosográficas.

O autismo, tomado como uma categoria diagnóstica pela psiquiatria, necessita ser destacado para compreensão da “dita evolução” dos estudos acerca do tema, bem como ser apresentado um breve parecer histórico do mesmo, a fim de percebermos como foram se construindo as ideias em torno dessa categoria.

O termo autismo foi utilizado inicialmente por Bleuler em 1911, para caracterizar um sintoma específico da esquizofrenia, sendo posteriormente colocado como categoria diagnóstica por Leo Kanner em 1943 (BRASIL, 2013).

A partir da década de 60, Sir Michael Rutter e Donald Cohen criam o conceito de Transtornos Globais do Desenvolvimento como termo mais adequado para compreensão do autismo, pois o mesmo passou a ser explicado e descrito como um conjunto de transtornos qualitativos, não mais classificado como um tipo de psicose infantil, como era até então. Esse fato trouxe uma série de repercussões tanto clínicas quanto educacionais, supostamente ‘contribuindo’ na realidade de pacientes autistas, bem como com outros tipos de transtornos. Passou-se, então, a englobar em seus conteúdos às demais categorias diagnósticas citadas acima, além do aumento significativo de pesquisas buscando o tão cobiçado substrato biológico dos TGD (FILHO; CUNHA, 2010).

Nessa linha de raciocínio, em 1979 Wing e Gould criaram a categoria “Espectro Autista”, pois os mesmos detectaram nas crianças estudadas a incidência de dificuldades na reciprocidade social, mesmo não sendo estas autistas propriamente ditas. Por isso, a necessidade de inclusão de diferentes graus, sendo inseridos nesse grupo os Transtornos Globais do Desenvolvimento, entre outros diagnósticos que possuíam prejuízos característicos do quadro de autismo, ou seja, um contínuo (FILHO; CUNHA, 2010).

De acordo com Untoiglich (2013) a mudança atual da nomenclatura TGD para Transtorno do Espectro Autista (TEA), acompanha a transição do DSM IV para o DSM V, este último lançado em 2013. Essa nova edição do manual traz uma série de repercussões negativas na vida de crianças que passam a ser tachadas tendenciosamente pelos critérios nosológicos abertos e flexíveis, resultando, assim numa proliferação de diagnósticos. A psicanalista denuncia uma realidade, na qual o aumento de supostos casos de TEA é alarmante, passando 4,4/10.000, entre 1966 e 1991, para 12,7/10.000, entre 1992 e 2001. Atualmente estima-se 1/88 nos Estados Unidos, sendo 1/59 tratando-se de crianças do sexo masculino.

Nessa mesma discussão, pesquisadores não coincidem quanto aos critérios diagnósticos utilizados, apontando a pressão por parte de alguns países desenvolvidos quanto ao uso do *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)*<sup>13</sup> aos 18 meses de vida da criança, trazendo assim um aumento significativo de mais casos de TEA. Somado a esses aspectos, não se pode negligenciar o fato de que em torno do autismo circula um negócio de 90 bilhões de dólares ao ano (AFFALO, 2012 *apud* UNTOIGLICH 2013). Dessa forma, podemos pensar que questões políticas e econômicas estão em jogo na realidade que tratamos.

O contexto político e ideológico em torno do autismo traz à tona o conceito de sujeito na psicanálise, este tomado como uma das categorias essenciais do *corpus* teórico da mesma. Para compreensão desse conceito, é necessária uma abordagem histórica, desde sua concepção até o contexto atual.

O presente estudo traz essa questão, pois ao falarmos sobre os TEA, automaticamente nos remetemos à crítica psicanalítica em relação aos imperativos das nomenclaturas diagnósticas. Além disso, acreditamos ser importante convidar o sujeito para traçar uma compreensão ampla e não reduzida sobre o fenômeno. Assim, não pretendemos correr o risco de reduzi-lo a uma série de descrições de sinais e sintomas como é evidente nos manuais diagnósticos.

Com o surgimento da ciência moderna, por volta do século XVII, o conceito de sujeito moderno emergiu, saindo o mundo do fechado e explicado pela filosofia para o universo infinito, onde tudo é passível de investigação e descoberta. O homem passa então a se questionar sobre os fenômenos da natureza, não mais sua essência e sim sua funcionalidade (ELIA, 2010). Essa mudança de paradigma trouxe uma série de consequências no âmbito *científico*, passando o homem a adotar o método experimental como único modo produtor de *verdades*, o que excluiu o sujeito do cenário, pois a dimensão ontológica do ser passou a não ter mais valor.

Essa necessidade de saber e conhecer gerou a angústia no homem moderno, que anteriormente tomava o mundo e seus fenômenos como compreensíveis e representáveis. Passou o homem para uma condição de desconhecimento e dúvida, contexto esse provocado pelo corte entre a filosofia e a nova ciência moderna a partir de Descartes e o *Cogito, ergo sum*<sup>14</sup>. Posteriormente e após três séculos a psicanálise evidencia a relação de equivalência: *a emergência da angústia é a emergência do sujeito* (ELIA, 2004).

---

<sup>13</sup> Instrumento diagnóstico utilizado para detecção precoce de sinais e sintomas de autismo.

<sup>14</sup> Penso, logo sou - Passa o homem a ter dúvida, sendo somente sua certeza o pensar.

Não é anódino que o sujeito apareça em um momento que poderíamos qualificar de momento de angústia na história do pensamento. A aparição do sujeito no cenário do pensamento se fez através da angústia e da incerteza em relação ao que se dera até então como um mundo mais ou menos compreensível para o entendimento do homem (ELIA, 2004, p. 13).

O sujeito para a psicanálise pode ser pensado como um construto teórico e/ou uma categoria que exige do psicanalista uma elaboração teórica em virtude da experiência psicanalítica. Nesse rumo, supomos que um sujeito encontra-se em operação no inconsciente, devemos apostar nesse sujeito e nas possibilidades de emergência do mesmo.

Esses abalos podem ser evidenciados atualmente na realidade do autismo, visto que a ciência moderna, aqui tratando das neurociências, empreendem esforços extremados na busca do substrato biológico para os Transtornos Mentais. Dessa forma, partem da hipótese de que todos são distúrbios e/ou desequilíbrios em neurotransmissores e que possuem uma origem estritamente genética. Parece não haver, dessa forma, diálogo possível entre psicanálise, psiquiatria e neurociências, embora basicamente esses campos do conhecimento possuam o mesmo objeto de estudo: a mente (ALBERTI, 2006).

A ciência moderna, mais especificamente a neurociência, influenciada diretamente pelo discurso capitalista, “voltou-se a crer que há um mundo da representação para além dela mesma”. Nesse sentido, ela vem buscando em exames de ressonância magnética, tomografias, evidências da existência ou não de representações psíquicas, na tentativa de *imaginarizar*, ou seja, dar forma ao desconhecido, pois o que não se conhece ameaça a onipotência científica (ALBERTI, 2006, p. 85). É mais fácil adotarmos uma crença, quase dogmática, de que uma medicação ou um exame apenas será messiânico e acabará com as mazelas da sociedade, pois a desrazão incomoda!

Alberti (2006) ao fazer uma crítica às pretensões das neurociências nos traz a metáfora das partes que compõem o computador para explicar o contexto atual das pesquisas. Analogamente a teoria organodinâmica, cuja crença central é que problemas na constituição cerebral são idênticos às particularidades na inscrição significante. Dessa forma, os cientistas, cuja marca central é a tecnociência, vem investigando na parte física um problema que faz parte do sistema operacional, ou seja, significante.

No que tange ao autismo, esse diálogo que nos propomos com a teoria psicanalítica abre a possibilidade de questionamento dos posicionamentos presentes na ciência moderna e concomitantemente na saúde pública quanto à compreensão, diagnóstico, acolhimento e acompanhamento de *sujeitos autistas*. Visto o crescimento do número de casos de autismos, bem como uma baixa produção acadêmica de estudos vinculando o autismo à

saúde pública, essa realidade nos aponta não só problemas conceituais, como também uma rede fragmentada, conforme será detalhado abaixo com o estado da questão.

De acordo com Therrien & Therrien (2004) o estado da questão parte do princípio de levar o pesquisador ao registro de um “[...] rigoroso levantamento bibliográfico no estado atual da ciência ao seu alcance [...]” (p.07), resultando na delimitação do objeto e problema da pesquisa para alcançar o estado da questão. O presente estudo lançou mão da pesquisa em base de dados, tais como a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, BIREME/BVS<sup>15</sup>, entre outras revistas de saúde pública. Para isso utilizamos descritores que serão detalhados de acordo com o assunto.

O estado da questão configura então o esclarecimento da posição do pesquisador e de seu objeto de estudo na elaboração de um texto narrativo, a concepção de ciência e a sua contribuição epistêmica no campo do conhecimento. Poderíamos referir que na elaboração do estado da questão pelo estudante/pesquisador deveriam estar presentes [...] (THERRIEN & THERRIEN, 2004, p. 09).

Diante dos resultados da busca textual realizada, podemos perceber que maioria das contribuições acerca dos Transtornos Globais do Desenvolvimento<sup>16</sup> é da área da Fonoaudiologia, seguida da Pediatria e posteriormente Psicologia (CARDOSO et al., 2012; RODRIGUES; MOREIRA; LERNER, 2012; ARAÚJO; NACIMENTO; ASSUMPCÃO JR, 2011; VIEIRA; LINHARES, 2011; BAGAROLLO; PANHOCA, 2011; MECCA, et al., 2011; PAICHECO, et al., 2010; GERTEL; MAIA, 2010; MAGLIARO, et al., 2010; TEIXEIRA, 2010).

Nenhum dos estudos citados acima trata da interdisciplinaridade e sua articulação com a saúde pública, sendo o fenômeno dos Transtornos Globais do Desenvolvimento tratados de forma fragmentada, cada área do conhecimento com um olhar e abordagens específicos. Dessa forma, fica para Fonoaudiologia os prejuízos na linguagem, a Pediatria caracterizando sintomas e desenhando estudos de caso-controle para definição e precisão diagnóstica e finalmente a Psicologia, abarcando uma discussão em torno dos prejuízos no contato afetivo e interacional<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> O Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo seu nome original Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), é um centro especializado da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), orientado à cooperação técnica em informação científica em saúde. A sede da BIREME está localizada no Brasil, no campus central da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), desde a sua criação, em 1967, conforme acordo entre a OPAS (Organização Panamericana de Saúde) e o Governo do Brasil.

<sup>16</sup> Utilizamos o descritor “Transtornos Globais do Desenvolvimento” em virtude de abarcar um maior número de produções bibliográficas, em contrapartida, o descritor Transtorno do Espectro Autista ainda não é reconhecido como Decs (Descritores em Ciências da Saúde).

<sup>17</sup> Os quadros contendo as Revisões Integrativas encontram-se respectivamente nos Apêndices A e B.

Essa lógica de fragmentação do conhecimento em áreas circunscritas do saber remete-nos a Minayo (2013), que define Saúde Pública como uma dimensão histórica de intervenção do Estado na área social, de forma ampliada e indo além das diretrizes sanitárias oficiais. Para isso, a autora citada lança mão da discussão entre pesquisa básica, pautada num certo empirismo exacerbado e voltada à *unidisciplina* e em condição oposta estão os estudos interdisciplinares, que são duramente criticados pelos estudos positivistas, seja pela sua suposta falta de consistência teórico-metodológica ou ausência de rigor técnico. O nó nevrálgico nessa discussão é que as pesquisas básicas não dão conta da complexidade das políticas públicas, pois abordam somente uma característica mensurável do objeto. Nesse sentido, é importante ressaltarmos a necessidade de estudos interdisciplinares na saúde pública, pois um fenômeno e/ou problemática deve ser analisado a partir de um panorama amplo.

Apontando uma realidade desfavorável à Saúde Pública tanto como esfera política quanto de cuidado, pois a busca nos revelou o caráter incipiente da produção científica na área da saúde em relação aos Transtornos Globais do Desenvolvimento. Além disso, salientamos a lógica da especialidade das ciências em saúde ao tratar do assunto, retroalimentando a fragmentação, o reducionismo e a rigidez que se sustentam num modelo de ciência positivista, pautada na lógica unidisciplinar, revelando a incompreensão do autismo. Dessa forma, vamos de encontro à complexidade que uma análise crítica revelaria acerca da Saúde Pública e a temática em que nos debruçamos.

Essa conjuntura pode remeter-nos a leitura e crítica feita por Morin (2000) falando do paradigma da simplificação que pauta as ciências modernas, cujo resultado é a fragmentação, hiperespecialização e reducionismo. O referido autor parte da discussão das falhas da ciência contemporânea em relação às questões éticas e morais que a *tecnociência*<sup>18</sup> tem imposto aos cidadãos pelo controle político das descobertas *científicas*. Tratando-se assim de um jogo ideológico, cujo resultado é o desligamento das ciências naturais das ciências do homem.

Portanto, diante do quadro, há necessidade de aprofundamento de questões e estudos que tornem possível o diálogo entre os Transtornos Globais do Desenvolvimento/Transtornos do Espectro do Autismo e a Saúde Pública. Afinal, pessoas com TEA e demais formas de sofrimento psíquico possuem o direito de serem acolhidas na

---

<sup>18</sup> Edgar Morin (2000) denomina *tecnociência* o modelo científico moderno pautado num positivismo exacerbado que repudia as tentativas de diálogo e inserção das dimensões humanas e subjetivas em seu meio.

rede SUS de forma acessível e integral, tendo sua demanda respeitada e operacionalizada de forma eficaz.

Do material encontrado na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, podemos perceber que a maioria é anterior a 2010 (MELLO, 2001; BRASIL, 1996; BEREHOFF; SOARES, 1996; LEPPON; FREIRE, 1994; MINISTÉRIO DO BEM-ESTAR SOCIAL, 1993). Somente duas obras do Ministério da Saúde lançando uma linha de cuidado (BRASIL, 2013) e as diretrizes da rede SUS para atendimento de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (BRASIL, 2014a) foram produzidas recentemente. Esses aspectos, por sua vez, apontam para uma escassez de material tratando-se das publicações oficiais e normativas lançadas pelo referido ministério.

## 5 IMPLICAÇÕES ÉTICAS RELACIONADAS AOS TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO

Estima-se que 90 bilhões de dólares são gastos em assuntos vinculados ao autismo, seja em torno de pesquisas *de ponta* para formulação de terapêuticas, seja em função da descoberta do tão cobiçado *substrato biológico* do transtorno, cuja gênese é única e exclusivamente genética, conforme os auspícios da neurociência e psiquiatria biológica (UNTOIGLICH, 2013).

Entretanto, em termos de pesquisas vinculando à temática do autismo à saúde pública, em formatações interdisciplinares, vemos uma realidade desfavorável, pois há uma escassez considerável de estudos que articulem os mesmos (FURTADO; BRAYNER; SILVA, 2014). A saúde pública se insere nesse cenário, pois ela é a dimensão histórica de intervenção do Estado na área social, de forma ampliada e indo além das diretrizes sanitárias oficiais (MINAYO, 2013).

Essa lógica remete-nos à noção de *unidisciplina*, onde o modelo positivista impera, seguindo os padrões de estudos denominados *de ponta* ou padrão ouro das pesquisas com desenhos experimentais e que produzem “verdades absolutas”. Nesse sentido, são tidas como inquestionáveis, criando-se um espaço onde não há condições propícias à reflexão dos resultados ou impactos de tais descobertas em nossas vidas. É como se não fôssemos humanos e imbuídos de subjetividade, pois esse discurso cientificista empreende esforços para apontar o contrário.

Diante dessa constatação desenrolam-se várias questões passíveis de análise e reflexão, dentre elas situamos a dimensão ética, pois há inúmeras pesquisas e financiamentos em torno do *indivíduo portador* de Transtorno do Espectro do Autismo. Por outro lado, as tentativas de inserção da temática do sujeito e sua dimensão subjetiva não parecem bem-vindas no cenário científico atual, mesmo que essa compreensão seja importante para amenizarmos o impacto negativo das ditas *descobertas científicas* em torno não só do autismo, mas dos demais transtornos mentais.

Tais constatações nos levam a pensar que não tratamos de sujeitos de direitos, históricos e sociais, mas sim de indivíduos portadores de algo, cujas existências são puramente biológicas (RINALDI, 2006).

Essa questão da dominância das ciências objetivas em detrimento das subjetivas e/ou humanas não é nova e muito menos inédita em termos de análise e crítica. Ainda que as *evidências científicas* sejam dominantes e tomadas como *verdades universais* outros



segmentos, que embora menosprezados pelos anteriores, continuam apontando contradições e enriquecendo o debate em torno da dimensão humana inerente a todo e qualquer campo do saber.

Nesse sentido, refletimos acerca da Prática Baseada em Evidências (PBE) na área da saúde, cuja origem se deve ao trabalho do epidemiologista Archie Cochrane, consistindo na busca de evidências científicas para melhoria do cuidado e da prática na medicina, sendo posteriormente estendidas às demais áreas (SOUZA, 2010). Dentre as diversas áreas, citamos aqui a área médica, visto que a Medicina Baseada em Evidências influencia significativamente as políticas de cuidado e concomitantemente a saúde pública. Esse modelo da PBE consiste na “busca das melhores evidências de pesquisas disponíveis” para posterior avaliação acerca da qualidade das informações, a fim de julgar e embasar decisões clínicas (FLETCHER; FLETCHER, 2006, p. 22).

### **5.1 Dimensão ética e *suposto* discurso científico**

Nesse sentido, podemos pensar acerca das questões éticas, pois essa reflexão é imprescindível no contexto que apresentamos, um contexto (des) favorável, onde a criticidade e o exercício de pensar são (des) necessários, dependendo da perspectiva que é adotada, é claro. Nesse ínterim de questões, o que nos é pertinente apontar gira em torno da problemática do repúdio à reflexão e o pensar no campo das pesquisas em saúde, principalmente na saúde mental e suas questões éticas.

A palavra ética é derivada de *ethos* e está relacionada aos costumes e hábitos de homens, lida, basicamente, com a compreensão das noções e princípios que dão base à moralidade, bem como reflete acerca das ações sociais de homens enquanto sujeitos coletivos (CHAUI, 1994). De acordo com a autora, é necessário o agente consciente para que haja conduta ética, ou seja, para que o sujeito conheça e saiba discernir entre o certo e o errado, bem e o mal e enfim entre o permitido e o proibido. Essa forma de pensar é um exercício necessário para o agir, bem como ao processo de busca do conhecimento.

Ora, se estamos inseridos em uma ordem social e devemos refletir sobre a dimensão ética, levando em consideração o bem-estar coletivo, por que há uma tendência de repudiarmos essas reflexões no âmbito científico atual? Essa indagação se torna pertinente, pois assistimos a uma realidade desfavorável para a dimensão humana, principalmente quando pensamos em saúde mental.

Ao reportar-nos à saúde mental, deparamo-nos com um conceito controverso e paradigmático, pois não possuímos uma definição oficial do que seja *estar mentalmente saudável*. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) essa questão está fortemente influenciada por aspectos culturais e subjetivos, não havendo possibilidade de uma precisão em termos conceituais. Embora tenhamos essa impossibilidade conceitual, a maioria dos estudiosos em torno da temática é consensual ao afirmar que a saúde mental é algo mais do que a ausência de perturbações mentais (WHO, 2001).

Essa imprecisão pode ser vista, por nós, como positiva, pois estamos tratando de um conceito fortemente influenciado por questões ideológicas e políticas, como o é a própria ciência. Apesar dos esforços e “tendências” de objetivá-la ao máximo, não podemos esquecer que ela é produzida por humanos e para humanos, e o impacto dessa produção não é inócuo e muito menos voltado somente ao progresso e evolução da sociedade.

No entanto, vemos uma realidade que caminha rumo à *patologização* da sociedade, pois seguimos uma série de imperativos que nos dizem que somos doentes ou potencialmente doentes, acompanhando à lógica dos manuais diagnósticos. Desde a primeira edição do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) da Associação Americana de Psiquiatria até a 4ª edição (DSM IV- TR, 2000), as categorias diagnósticas cresceram mais de 200%<sup>19</sup> (PARDO; ALVAREZ, 2007).

Jules Romain, pseudônimo do autor francês Louis Farigoule (1885-1946), estreou em 1923 uma comédia intitulada “Dr. Knock ou O Triunfo da Medicina” que se tornou profética em relação ao futuro da medicina e da sociedade, pois antecipou o processo de medicalização e patologização da sociedade (MIRANDA, 2008).

A história se passa em um povoado de agricultores no sul da França, entre os personagens destacamos: Dr. Knock, jovem médico com métodos interventivos atuais e Dr. Parpalaid, velho médico local e em processo de aposentadoria. Nesse contexto, Dr. Parpalaid disse ao jovem médico que não teria tantos problemas, visto que as pessoas da aldeia eram saudáveis, entretanto, inconformado, Dr. Knock oferece consultas gratuitas aos aldeões e convence a todos que seus *sintomas* são doenças, trazendo-os para uma suposta existência médica (MIRANDA, 2008).

A cena é relacionada a questão moral que Dr. Parpalaid levanta em relação ao método de atendimento do jovem médico Dr. Knock.

---

<sup>19</sup> Atualmente estamos na 5ª edição (DSM V, 2012).

- Dr. Parpalaid: ¿Pero no es que en vuestro método, el interés del enfermo está un poco subordinado al interés del médico?
- Knock: Dr. Parpalaid, no olvide que hay un interés superior a esos dos: aquél de la medicina. Yo me ocupo sólo de ése (...) Usted me da un cantón poblado de algunos miles de individuos neutros, indeterminados. Mi rol es determinarlos, llevarlos a la existencia médica. Los meto en la cama y miro lo que va a poder salir de allí: un tuberculoso, un neurópata, un arterioescleroso, lo que se quiera, pero alguien ¡Buen Dios! ¡Alguien! Nada me disgusta más que ese ser ni carne ni pescado que usted llama un hombre sano. ¡La gente sana son enfermos que se ignoran<sup>20</sup>!

Frente a esse contexto, podemos pensar acerca da constituição da própria psiquiatria como uma maquinaria atendendo aos interesses de um Estado comprometido única e exclusivamente ao controle de sujeitos. Esses últimos são tomados nesse contexto como reles indivíduos que devem atender a uma lógica de *assujeitamento*<sup>21</sup>.

Foucault (2010) nos traz uma reflexão acerca da constituição da psiquiatria como *ciência médica* a serviço da higiene pública, ou seja, controle da carne e dos corpos, criando assim uma tecnologia e/ou novo regime administrativo. Constituiu-se assim, a psiquiatria, ao longo da história da sociedade ocidental, como um saber/poder sobre a loucura e demais formas de desvios à norma que se faziam/fazem presentes na sociedade (FOUCAULT, 2010, p. 102).

Foi como precaução social, foi como higiene do corpo social inteiro que a psiquiatria se institucionalizou. É um ramo da higiene pública e, por conseguinte, vocês não de compreender que, para poder existir como instituição de saber, isto é, como saber médico fundado e justificável, a psiquiatria teve de proceder a duas codificações simultâneas (FOUCAULT, 2010, p. 102).

Tendências, tecnologias<sup>22</sup> e evidências científicas são, portanto, os imperativos que devemos seguir e incorporar nos nossos discursos, muito embora, na letra tenhamos uma política de saúde mental de caráter histórico e comprometida com os ideais de uma Reforma Psiquiátrica *consolidada*<sup>23</sup> na realidade brasileira, por meio da Lei nº 10.216 de 2001<sup>24</sup> (BRASIL, 2001).

O Movimento pela Reforma Psiquiátrica articulou-se no final dos anos 80 com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e preconizava, principalmente, a substituição

<sup>20</sup> Frase do célebre patologista Claude Bernard, citado, inclusive na obra “O normal e o patológico” de George Canguilhem (1978).

<sup>21</sup> Um indivíduo *assujeitado*, tanto por uma “medicina mental”, ou seja, a psiquiatria, quanto pela aplicabilidade de uma lei, ou seja, a verdade judiciária (FOUCAULT, 2010).

<sup>22</sup> A palavra “tecnologia” tem sua origem no grego antigo, vem de “techne” que significa técnica, junto a “logos”, que pode ser interpretado como argumento, razão ou discussão. Ou seja, tecnologia é todo o conjunto de conhecimentos, razões em torno de algo e/ou maneiras de alterar o mundo de forma prática, com o objetivo de satisfazer às necessidades humanas (www.gramatica.net.br).

<sup>23</sup> Ou em processo de consolidação.

<sup>24</sup> A referida lei objetiva a reorientação do modelo assistencial, pautado, anteriormente, em um modelo hospitalocêntrico, que a partir de então, deve caminhar rumo ao cuidado integral (BRASIL, 2001).

desses por serviços abertos e de caráter comunitário, onde o usuário não fosse impossibilitado do seu convívio social (AMARANTE & TORRE, 2001). Essa lógica rumo a uma rede de serviços substitutivos, fora do eixo *hospitalocêntrico*, trouxe inúmeras modificações no cuidado à pessoa com transtorno mental. Entretanto, embora tenhamos consolidada a referida legislação, assistimos uma lógica de cuidado em descumprimento ao proposto pelos ideais dessa reforma (BEZERRA, 2013).

Importamos para nossa realidade estatísticas, adotamos recursos diagnósticos e terapêuticos de outras realidades que, embora embasados em “evidências científicas” se mostram como práticas iatrogênicas nos mais diversos contextos. Sofremos cotidianamente por não poder usufruir todas as tecnologias *de ponta*, produzidas em moldes europeus e/ou norte-americanos, nos países *desenvolvidos*. Entretanto, podemos nos questionar por qual motivo esses países que usufruem de todas essas tecnologias apresentam estatísticas desfavoráveis em relação aos países *em desenvolvimento* quando se trata de *melhorias* no tratamento da esquizofrenia, por exemplo?

Por outro lado, a mesma esquizofrenia parece ter melhor prognóstico nos países do terceiro mundo do que nos mais desenvolvidos. Assim, enquanto que a remissão de um processo psicótico nos países em desenvolvimento é de 63%, nos mais desenvolvidos é de 37%. O que acontece (PARDO; ALVAREZ, 2007, p. 14, tradução nossa)?

Quando nos reportamos a essas questões, não estamos falando somente da psiquiatria e neurociências, pois a psicologia acompanha esse suposto *desenvolvimento científico*. A psicologia, nos últimos anos, tem adotado e desenvolvido técnicas reconhecidas pela comunidade científica pautadas no modelo médico, concebendo os transtornos mentais como um quadro de sintomas que respondem a um suposto mecanismo psicológico interno disfuncional. Ou seja, um equivalente da condição biológica que o modelo médico supõe da doença, transpomos, nesse sentido, um modelo conceitual das ciências biomédicas para a realidade das ciências *psi* (PARDO; ALVAREZ, 2007).

Ora, se é consensual ser o conceito de saúde mental irredutível à noção de ausência de transtorno mental, por que as terapêuticas priorizadas giram em torno de psicofármacos e as pesquisas vinculadas ao tema buscam, em sua grande maioria, o substrato biológico e/ou desequilíbrio químico de neurotransmissores para todo e qualquer transtorno mental<sup>25</sup>?

---

<sup>25</sup> A ideia de Transtorno Mental traz consigo uma imprecisão do próprio modelo biomédico, pois não se pode afirmar a existência de doença mental, pois nem todas apresentam o substrato biológico e/ou se comportam e apresentam características como as doenças orgânicas (PARDO; ALVAREZ, 2007).

Onde estão as dimensões culturais e subjetivas supostamente reconhecidas pela OMS ao falar de saúde mental? É evidente que estamos lidando com questões políticas e éticas, entretanto, é necessária uma especulação conceitual acerca dessas questões, pois não refletimos a finalidade dessas “descobertas” no cenário da saúde pública e muito menos valorizamos os esforços das pesquisas qualitativas ao abordar o assunto. Estamos mesmo evoluindo enquanto sujeitos diante desses paradigmas, ou estamos retroalimentando uma lógica que nos aprisiona a uma vida puramente biológica e não subjetiva?

Essa questão do substrato biológico para toda experiência de doença não é nova, em 1943 Canguilhem nos traz algumas reflexões riquíssimas em torno da temática, o autor aponta a impossibilidade de afirmar que toda doença é uma modificação quantitativa do estado normal. No momento em que a ciência médica propôs-se restaurar a normalidade do homem, o patológico passou a ser visto como uma rele alteração do estado normal, passando a ser considerado objeto de estudo para o teórico da saúde e não mais visto em seu aspecto ontológico, ou seja, de um ser em sua dimensão de angústia e dor (CANGUILHEM, 1978).

Então, a partir desse momento histórico, não mais a ciência se interessa pelo humano, mas sim pelo ser puramente biológico, cujos problemas são alterações orgânicas nos órgãos e neurotransmissores. Mesmo se tratando da saúde mental que embora *imprecisa e fluida* tenha que se encaixar nos moldes científicos atuais, onde a *normalidade* é o princípio e a finalidade.

Temos então, visivelmente um exercício de poder em cima de um sujeito que deve ser pensando a partir de uma “norma”, trazendo para a realidade “um princípio de qualificação e um princípio de correção”, ou seja, uma lógica política e social de disciplinamento e normalização, e pensamos aqui de reabilitação (FOUCAULT, 2010, p. 43-44).

Essas são as *evoluções* que temos em torno da saúde mental, que embora seja um conceito multifacetado que carrega consigo questões subjetivas e culturais, está fortemente impregnada por um discurso biomédico que está a serviço de algo, que se retroalimenta para sustentar uma lógica. Nesse sentido, são ditadas as terapêuticas messiânicas e os métodos interventivos com *melhores resultados*, cujos custos requerem altos investimentos por parte dos países que desejam usufruir e/ou disponibilizar esses métodos aos seus cidadãos.

Acompanhamos uma série de *evoluções científicas*, descobertas e tecnologias que trazem uma ampla gama de impactos em nossas vidas, pois não somos imunes aos avanços científicos. Entretanto, assim como avançamos, retrocedemos e carecemos de reflexões em torno de assuntos que se fazem necessários para o processo de construção do conhecimento.

Nesse rumo, autores contemporâneos apontam a obscuridade do cenário científico atual, que calam e anulam qualquer tentativa de compreensão e reflexão acerca do conceito de ciência, homem e subjetividade (MORIN, 2005; ELIA, 2014).

De acordo com Morin (2005) a ciência se tornou uma poderosa instituição no centro da sociedade, porém, controlada pelos poderes econômicos e estatais, o que gera um processo “inter-retroativo”. Os grandes aparelhos econômicos (Estado, indústria, capital) utilizam os poderes que a investigação científica lhes dá, fabricando sujeitos e capturando a dimensão subjetiva dos mesmos. Cabe-nos refletir acerca desse fenômeno, pois a descoberta possui reflexos bons e maus em nossa sociedade, mas por que, afinal, não refletimos acerca dessas questões?

Há um desligamento grotesco das ciências ditas “naturais” das ciências do homem, sendo estas últimas julgadas como não científicas, pois carecem de um método objetivo de acordo com o crivo de uma ciência positiva. Entretanto, essa “enorme massa do saber quantificável e tecnicamente utilizável” se torna uma arma fatal se for privada de reflexão acerca de sua finalidade (MORIN, 2005, p. 21). Essa lógica nos aponta uma questão passível de análise: por que há um repúdio a outras formas de conhecimento que não as voltadas à tecnociência?

Morin (2005) é categórico ao afirmar que diversos trabalhos, tais como os de Popper, Kuhn, Lakatos, Feyerabend, entre outros, apontam uma questão em comum: a demonstração de que as teorias científicas possuem uma enorme parte submersa, não-científica, mesmo assim indispensável ao desenvolvimento da própria ciência. Portanto, existem outras características e formas de conhecimento que devem ser analisadas, senão correremos o risco de repetirmos chavões e reproduzirmos uma *lógica* que nos aprisiona.

Diante dessas reflexões, podemos constatar que nos tornamos acumuladores de evidências científicas, produtores de bancos de dados, esses manipulados pelo Estado, enfim, esse *progresso científico* produz potencialidades tanto subjugadoras quanto benéficas (MORIN, 2005). Vivemos em dois polos, entretanto, não devemos negligenciar um em detrimento de outro, pois assim, correremos sério risco de ficarmos cegos!

Longe de lançarmos respostas, o que se pretende é abrir uma reflexão acerca da temática, pois nos causa estranhamento como as questões éticas são tratadas em torno do objeto de estudo que aqui abordamos. De acordo com Furtado (2013) há certa fascinação em torno do autismo, tanto no âmbito científico, quanto da mídia e demais segmentos da sociedade. Dessa forma, paira sobre a figura do autista certo fascínio e tentativas científicas de desvendar seus *mistérios* e esforços políticos de controlar familiares e *portadores* desse

*transtorno mental de base biológica e genética*. Criticamos aqui essa tomada conceitual, pois sabemos os enormes problemas e impactos negativos ao tomar o sujeito a partir de chavões, descrições e séries de sinais e sintomas, conforme os auspícios neurocientíficos<sup>26</sup>.

### Figura 1: Notícia veiculada no site O Globo

## Cientistas tentam desvendar causas do autismo

No dia da conscientização sobre o distúrbio, reunimos quatro pesquisas recentes que buscam as suas origens

POR O GLOBO

02/04/2015 9:28 / ATUALIZADO 02/04/2015 9:31

Fonte: O GLOBO,... 2015.

Entretanto, os impactos dessas questões são evidentes na realidade da saúde pública, pois o cuidado e/ou assistência a esses *indivíduos* giram em torno da lógica da reabilitação, ou seja, um indivíduo incapaz deve adquirir automatismos socialmente adaptáveis (JERUSALISNKY, 2010), mesmo que para isso sua dimensão subjetiva seja *foraclusida* desse cenário político de cuidado: o SUS.

Nossa legislação em torno da saúde mental ilustra perfeitamente o modelo de cuidado adotado por parte das políticas públicas em torno das pessoas com transtornos mentais, ao dispor “sobre a proteção e os direitos das pessoas *portadoras* de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).

Ora, se tomarmos os sujeitos em situação de sofrimento mental a partir dessa lógica “biologizante”, estaremos produzindo saúde ou subjugando-os a um discurso que se diz científico e aponta um desequilíbrio neuroquímico como o único responsável pelos males dos sujeitos? Necessitamos avançar nessa questão, pois autistas e demais pessoas com transtornos mentais têm o direito de serem acolhidos em uma rede de serviços que caminhe rumo à integralidade, afinal a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

<sup>26</sup> Nosso objetivo não é desconsiderar os avanços nas neurociências em relação ao autismo, mas sim apontar que esses avanços possuem reflexos tanto positivos, no tangente à melhoria da qualidade de vida de sujeitos autistas, quanto negativo, quando possuímos legislações, normas e procedimentos que anulam o sujeito. Quando reduzem o sujeito autista à categoria pessoa com deficiência, temos uma série de impactos nas políticas públicas de saúde. O fato de existirem dados orgânicos/genéticos não explica o autismo e seus conteúdos. Não há marcadores biológicos descobertos.

## 6 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Devido ao caráter relativamente recente da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (BRASIL, 2012c), talvez se possa justificar a insuficiência de dados atualizados na Biblioteca Ministerial acerca do autismo<sup>27</sup> (MINISTÉRIO DO BEM-ESTAR SOCIAL, 1993; BEREHOFF; LEPOS; FREIRE, 1994; BRASIL, 1996; MELLO, 2001; SOARES, 1996).

Para instigar a questão, torna-se necessário salientar que uma das diretrizes dessa política é o “incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com TEA, bem como os pais e responsáveis” (BRASIL, 2012b). Devido ao contexto da pesquisa, remeter-nos-emos ao SUS, sua realidade na atenção primária e os desdobramentos dessa legislação nos arranjos organizativos da política pública de saúde.

O descritor “Educação Permanente em Saúde” obteve 54 materiais na Biblioteca Ministerial, devido os objetivos e hipóteses do levantamento bibliográfico, os materiais serão tratados de forma geral. Durante a busca textual, obtivemos quatorze folhetos informativos, oito folders, dezoito livros, dos quais quatro tratavam de diversos assuntos. Além disso, encontramos somente quatro artigos, sendo que dois abordavam especificamente da temática da Educação Permanente em Saúde (EPS) e os demais alguns aspectos referentes ao assunto, o restante do material encontrado foram CD-ROM, vídeos, materiais textuais, iconográficos e cartazes. Desses materiais, 31 encontravam-se indisponíveis em relação ao seu conteúdo completo, os demais, ou seja, vinte e três com conteúdo inteiramente disponível.

Devido os objetivos explanados anteriormente, tornou-se necessário filtrar o material encontrado. Dessa forma, optamos pelos quatro artigos, devido ao teor conceitual presente nos mesmos, além dos materiais que tratavam especificamente da EPS, tais como as portarias GM/MS nº 198 de 2004 (BRASIL, 2004) e 1.996 de 2007 (BRASIL, 2007) que tratam da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Os quatro artigos selecionados tratam da EPS, o primeiro é intitulado “Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão”, publicado em 2011 na revista O Mundo da Saúde de São Paulo, o estudo objetivava analisar a estruturação estabelecida no âmbito da Educação em Saúde entre os gestores. Para isso foi realizada pesquisa documental, consultando os documentos oficiais do conselho estadual de saúde e a Comissão Intergestores Bipartite de Santa Catarina, o estudo conclui que

---

<sup>27</sup> Quadro de revisão integrativa com a busca de dados realizada na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde com o descritor “Transtorno Autístico” encontra-se no Apêndice A.



o panorama estadual é favorável em termos da consolidação da educação permanente em saúde (ANDRADE; MEIRELLES; LANZONI, 2011).

O segundo artigo selecionado possui o título “Avaliação pedagógica nos cursos do Polo de Educação Permanente da Grande São Paulo: fragilidades e desafios”, publicado em 2007 na revista *O Mundo da Saúde*, o mesmo possuía como objetivo investigar as propostas de avaliação pedagógica das ações aprovadas e financiadas pelo Polo de Educação Permanente em Saúde da Grande São Paulo no período de 2004-2005, após a instituição da política nacional de educação permanente em saúde pelo Ministério da Saúde (MONTEIRO et al., 2007).

O terceiro artigo faz parte da mesma revista citada acima, intitulado “Competência e humanismo – uma reflexão crítica” publicado em 2010, a principal indagação do artigo é acerca do perfil necessário para um profissional da medicina atuar de forma competente e humanista. Para alcance dos objetivos propostos, o estudo lançou mão de publicações recentes para embasar suas ideias, salientamos que o mesmo não trata especificamente da EPS (LEVITES, 2010).

O último artigo foi publicado na mesma revista e ano que o citado anteriormente, cujo título é “Características da assistência à saúde a pessoas com Diabetes *mellitus* acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde”, o estudo visou caracterizar as pessoas com diabetes e analisar seu acompanhamento na Unidade Básica de Saúde, sensibilizando quanto à importância da educação permanente dos profissionais envolvidos no atendimento, mostrando resultados positivos (SILVEIRA et al., 2010).

A Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, entretanto, a mesma perdeu validade devido às novas diretrizes trazidas pelo Pacto pela Saúde em 2006. Posteriormente foi instituída a Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, dispondo sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

De acordo com essa última portaria, a EPS é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano das organizações e ao trabalho. Dessa forma, a EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas educacionais, acontecendo no cotidiano das pessoas e organizações (BRASIL, 2007).

Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as

relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007).

Há um intenso debate em torno dessa temática, principalmente no que tange à formação acadêmica dos trabalhadores do SUS, visto que há uma necessidade de ordenação dessa formação deslocando do eixo pautado na medicalização para a da atuação interdisciplinar (ROSSANI; LAMPERT, 2004).

A base de dados no Ministério da Saúde aponta para o fato da falta de materiais atualizados e/ou insuficiência de estudos nessa área do conhecimento. Nesse sentido, procuramos embasar-nos em documentos normativos disponíveis, além da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007), tratada acima.

A EPS é definida como estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005). Essa discussão nos direciona a um questionamento que se alinha ao presente estudo. Qual relação pode ser estabelecida entre as tecnologias de cuidado, recursos terapêuticos e diagnósticos disponíveis na Rede SUS às pessoas com TEA e a Educação Permanente em Saúde dos profissionais inseridos na política pública de saúde?

Na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que reúne revistas e periódicos científicos de maior impacto na área, tais como: SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*), entre outros, foram utilizados os descritores “Educação Permanente em Saúde” cruzados com o qualificador “Estratégia Saúde da Família”, a fim de obter o referencial teórico para posteriores análises e discussões.

Como critérios de inclusão foram adotados os estudos do período de 2010 a 2014, ou seja, os últimos cinco anos para evidências científicas atualizadas acerca da temática e materiais em língua portuguesa, em virtude da Estratégia Saúde da Família ser o modelo brasileiro preconizado pelo Ministério da Saúde para a Atenção Primária à Saúde (APS).

Durante a pesquisa na base de dados foram identificados 81 artigos para o descritor “Educação Permanente em Saúde” cruzado com o qualificador “Estratégia Saúde da Família”. Após, foram lidos os resumos e palavras-chave dos 81 artigos, seguimos com a seleção dos que tinham relação direta com a temática proposta no presente estudo, conforme explanado abaixo.

Dentre os 81 artigos identificados a partir do descritor e qualificador, foram filtrados os relacionados diretamente à temática da Educação Permanente em Saúde na

realidade da Estratégia Saúde da Família, totalizando 06 relatos de experiência, 15 artigos originais, 02 teses de doutorado, 02 dissertações de mestrado e 01 editorial.

Os 26 materiais filtrados serão analisados abaixo quanto a sua importância, achados teóricos, a fim de fornecer as evidências científicas na literatura brasileira acerca da temática para profissionais da saúde e demais atores sociais envolvidos no processo de cuidado da Atenção Primária à Saúde<sup>28</sup>.

Com o descritor “Educação Permanente em Saúde” cruzado ao qualificador “Estratégia Saúde da Família”, podemos perceber a vinculação do tema à questão da integralidade do cuidado. Esta categoria “integralidade” é tratada na maioria dos estudos em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BISPO; TAVARES; TOMAZ, 2014; LIBANIO; FAVORETO; PINHEIRO, 2014; OLIVEIRA, 2013; PONTES; LOIOLA, 2013; ELLERY; FERREIRA; BARBOSA, 2012; ASSIS, et al., 2012; HOLANDA; ALMEIDA; HERMETE, 2012; BARRETO, et al., 2012; PAULINO, et al., 2012; ZOBOLI; SOARES, 2012; MATSUMOTO, et al., 2012; DUARTE, et al., 2011; MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011; RADAELLI; ZAVAREZA, 2010; ARAÚJO-FARIA, 2010; ANDRADE; COMBINATO, et al., 2010).

Nesse sentido, a integralidade deve ser pensada a partir de duas dimensões: a primeira voltada ao reconhecimento de um sujeito integral e a segunda de uma rede de cuidados que tenha a capacidade resolutiva da demanda complexa que se apresenta cotidianamente nos serviços de saúde (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Afirma Tesser e colaboradores (2011) que essa constatação está em consonância com os objetivos da ESF, visto que a mesma é apontada como eixo estruturante da Atenção Primária a Saúde (APS) como estratégia do Ministério da Saúde para ações de promoção da saúde, prevenção das doenças, análise social e sanitária tendo como base a comunidade e as famílias.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012b) evidencia ser necessário citar que as equipes de saúde da família estão inseridas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para reestruturar o modelo de atenção. Nesse sentido, temos que as ações devem caminhar no rumo das práticas de saúde em defesa dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com direito à qualidade, à integralidade da atenção, à equidade, entre outros.

Segundo Pinto e outros (2008) a Educação Permanente em Saúde é vista como um meio de transformação das práticas educativas, de atenção, gestão e participação popular,

---

<sup>28</sup> O Quadro de Revisão Integrativa encontra-se em Apêndice C.

rumo à assistência integral. Justificamos a integralidade, devido ao fato da EPS ser desenvolvida na realidade, junto à comunidade e propiciando espaço para reflexão e posterior transformação do cuidado/assistência. Tal constatação é evidenciada na maioria dos estudos, visto que os mesmos objetivam o alcance de uma suposta integralidade nos serviços, onde a educação é vista como objeto de transformação do processo de trabalho. Nesse sentido, a EPS é referida como educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diversos serviços, cuja finalidade é melhorar da saúde da comunidade.

Dessa forma, a educação permanente dos profissionais deve constituir parte do pensar e do fazer dos trabalhadores, com a finalidade de propiciar o crescimento pessoal e profissional destes, bem como contribuir para a organização do processo de trabalho, através de etapas que possam problematizar a realidade e produzir mudanças. Essas questões buscam fomentar o alcance ou a aproximação dos objetivos de universalização, integralidade e equidade, e ao mesmo tempo qualificando a atenção à saúde (BALBINO et al. 2010, p.250).

Para se alcançar a aprendizagem significativa<sup>29</sup>, este sendo o principal objetivo da EPS, a maioria dos estudos cita a interdisciplinaridade como meio necessário para tal fim. Nesse sentido, temos evidenciado que os estudos a denominam como um conjunto de disciplinas em ampla conexão, uma quebra com a lógica fragmentada das disciplinas (PRADO et al.2013).

A interdisciplinaridade, enquanto diálogo entre os diversos núcleos profissionais no campo da Saúde Pública, não é vista e muito menos operacionalizada, de acordo com a maioria dos estudos. A assistência prestada, preponderantemente, tem um caráter clínico e individualista. Os autores lançam críticas ao modelo hegemônico de disciplina arraigado nos profissionais vinculados aos serviços. Esse modelo disciplinar traz impactos negativos, pois resultam em práticas curativas e pontuais, alimentando a lógica reprodutiva da especialidade<sup>30</sup> (BISPO; TAVARES; TOMAZ, 2014). Oposta a essa perspectiva, a interdisciplinaridade deve ser pensada no campo teórico e prático, indo de encontro à cristalização de práticas rígidas, essas marcadas pela cisão teoria e prática, fruto de um ensino não comprometido com a realidade social e sanitária das populações.

Conceituado dessa forma, o termo interdisciplinaridade pressupõe trabalho coordenado e com objetivo comum, partilhado por vários ramos do saber, de forma integrada

---

<sup>29</sup> A aprendizagem significativa acompanha a maioria dos estudos ao conceituar a EPS, todos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde prevista na Portaria do Ministério da Saúde nº 1996 de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007).

<sup>30</sup> Esse tema será tratado adiante.

e convergente. Isso nos reporta imediatamente ao conceito de trabalho em equipe multidisciplinar, base da atuação na ESF (EZEQUIEL e col., 2010, p.113).

Quando adentramos no debate da formação, é importante salientar que os estudos apontam a necessidade de refletir e mudar esse processo. Acrescentamos à discussão que as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde devem contemplar às necessidades do sistema de saúde vigente no país, ou seja, o Sistema Único de Saúde (SUS), visto que historicamente as práticas vinculadas à Saúde Pública seguem formatações médico-curativas.

De acordo com Rossoni & Lampert (2004) as diretrizes curriculares foram elaboradas na década de 90 e foram homologadas em 2001 e 2002, num cenário de debate entre ideologias e diferentes concepções de sujeito. O grande desafio das instituições de ensino superior para esse milênio, de acordo com os autores citados, gira em torno da formação de profissionais, buscando-se formatações mais humanistas. Ou seja, voltadas ao cuidado e valorização do vínculo entre usuários e profissionais.

Nesse ínterim, destacamos a reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais para formação na área da saúde, fruto da articulação entre os Ministérios da Saúde e Educação ao longo da última década, para efetivação de mudanças nos modelos de formação desses profissionais para o Sistema Único de Saúde (CYRINO et al. 2012).

[...] os profissionais de saúde devem estar apropriados da capacidade de articular e mobilizar competências, o que lhes confere o domínio ético e afetivo de um saber ser e saber conviver, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em um determinado território, assegurando a resolução das demandas de assistência da comunidade (BALBINO et al. 2010, p. 257).

Frente às dificuldades encontradas nos serviços, cisão da teoria e prática e necessidade de problematização da aprendizagem em direção a uma prática integral, onde a assistência, formação, gestão e participação estejam articuladas entre si, o Ministério da Saúde lança programas, capacitações e incentivos, os quais serão citados nos estudos elencados abaixo.

Os estudos citam atividades voltadas à Educação Permanente de profissionais da Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e dentistas da ESF, entre outras categorias profissionais. Entretanto, a enfermagem se destaca em relação ao número de estudos, vinculando diretamente à imagem dessa categoria profissional à EPS. Os estudos

citam o Programa Nacional de Telessaúde<sup>31</sup>, PET-Saúde<sup>32</sup>, Pró-Saúde<sup>33</sup>, capacitação em bioética<sup>34</sup>, preceptoria de território<sup>35</sup>, entre outros, como ferramentas com impacto positivo nas práticas dos profissionais inseridos na APS (MORAES-LOPES, 2013).

Destacam-se nesse cenário os relatos de experiência, que em sua grande maioria sustentam que a reflexão propiciada por programas e capacitações voltados à EPS trazem impactos positivos no cuidado. Entretanto, salientam que há necessidade de avanços, visto que a concepção de profissionais sobre EPS, na maioria das vezes, limita-se à educação continuada (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Diante dessa constatação, podemos pensar a contradição das práticas vigentes em relação ao preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2007), que visa a superação da educação continuada rumo à aprendizagem significativa, ou seja, um modelo crítico e propositivo com a realidade. Para a efetivação desse objetivo, acreditamos que se torna necessário ir de encontro à lógica da transmissibilidade do conhecimento, onde há uma verticalização no processo educativo. O ideal é um modelo horizontalizado, onde haja interação e comprometimento com a realidade e as reais necessidades que se apresentam no cotidiano do serviço, pois quando o modelo de educação é modificado, concomitantemente a prática se transforma (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Nesse *continuum* reflexivo acerca das práticas de educação executadas, alguns estudos colocam o conceito de educação em saúde presente no cotidiano dos serviços, como práticas profissionais que visam mudar o repertório de hábitos e comportamentos dos usuários em relação aos cuidados com alimentação, necessidade de atividades físicas, etc. Entretanto, podemos constatar que esse conceito dos profissionais da ESF é extremamente culpabilizador, individualista, colocando o usuário do serviço como único responsável pela sua saúde. O resultado dessa concepção reducionista e cristalizada de educação em saúde culmina em

---

<sup>31</sup> Relato de experiência sobre o Programa Telemamentação voltada aos profissionais da Enfermagem no município de São Paulo para proporcionar informações sobre os aspectos da amamentação (PRADO et al. 2013).

<sup>32</sup> Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituído pela Portaria Interministerial, dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), nº 1.802/08, que almeja fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

<sup>33</sup> Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, visa a incorporação de programas que auxiliem na substituição do modelo de cuidado hospitalocêntrico para um mais humanizado, para isso o Ministério da Saúde lança programas, entre eles o PET-Saúde (HORA et al. 2013).

<sup>34</sup> Relato de experiência sobre capacitação de profissionais da saúde da família, para o desenvolvimento de habilidades práticas e competência para analisar e resolver conflitos éticos no cotidiano dos serviços (ZOBOLI; SOARES. 2012).

<sup>35</sup> O estudo aponta a importância do trabalho do preceptor que atua diretamente com os residentes na Estratégia Saúde da família como educador, auxiliando na reflexão de conceitos da saúde coletiva (PAGANI; ANDRADE, 2012).

práticas curativas, de caráter individual e não voltadas à realidade social e sanitária da comunidade na qual a ESF está inserida (ROECKER, 2011).

De acordo com Roecker (2011) essa realidade evidencia a necessidade de transformação das práticas de educação em saúde no cotidiano dos serviços. O autor aponta ser premente a mudança do modelo tradicional de educação, aquele vinculado a práticas limitadas ao ensinamento de comportamentos saudáveis para um modelo mais efetivo e resolutivo, por meio da integração das ações educativas com a comunidade. Ou seja, partindo de uma lógica interventiva focada no aumento do repertório de hábitos saudáveis do indivíduo/paciente para um modelo de atenção sensibilizado com as questões do usuário/sujeito.

Santana Oliveira e Wendhausen (2014) afirmam que mesmo após a Reforma Sanitária, a educação em saúde manteve-se prescritiva e autoritária. Para superação dessa questão, em 2007 o Ministério da Saúde adotou as metodologias ativas de aprendizagem, dentre elas a educação em saúde emancipatória, este modelo pautado em Paulo Freire. Esse fato deve-se a constatação de que a formação dos profissionais da saúde no Brasil é insuficiente para trabalhar na comunidade. Realidade fruto da segmentação das disciplinas, cuja origem se deu pelo Relatório Flexner<sup>36</sup> publicado em 1910, que pauta até os dias atuais a formação, por meio do modelo da *história natural das doenças*.

Esse quadro torna a presente pesquisa pertinente, visto que a mesma parte do princípio de análise e conhecimento acerca das tecnologias de cuidado, recursos terapêuticos e diagnósticos na Rede SUS e a possibilidade de articulação com a ESF, visto que ao nos remetermos a essa questão, podemos trazer a EPS para o contexto. Dessa forma, acreditamos que ao refletir sobre essas questões, problematizamos tanto o cuidado como a própria formação dos profissionais vinculados aos serviços da rede.

A Educação Permanente em Saúde se faz presente na realidade da Estratégia Saúde da Família por meio de programas advindos do Ministério da Saúde como: Telessaúde, PET-Saúde, Pró-Saúde, entre outros criados a partir da realidade e necessidade dos municípios e comunidades, tais como: capacitação em bioética, capacitação de Agentes Comunitários de Saúde para ações de vigilância epidemiológica, educação continuada de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, entre outros. É necessário que a educação dos

---

<sup>36</sup> De acordo com Hora (2013) o modelo de educação médica proposto por Abraham Flexner com a publicação do *Medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching*, gerou impacto profundo no modelo de educação médica e das demais profissões da área da saúde.

profissionais da saúde seja entendida como processo permanente, iniciando na graduação e mantida na vida profissional.

A realidade aponta que, apesar das discussões, implementação das ações de EPS nos municípios, a noção desta ainda está voltada ao modelo de educação continuada, com forte tendência à educação bancária<sup>37</sup>, onde o professor ensina e o aluno aprende, o que está em contradição com o preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída em 2007. Os avanços na problematização das práticas de assistência, ensino, gestão e participação popular são necessários, bem como a articulação entre esses segmentos para a efetivação de uma aprendizagem significativa embasada no problema que se apresenta no cotidiano dos serviços, somente dessa forma que a atenção integral poderá ser operacionalizada.

A cristalização e reprodução de práticas curativas, individualizadas e medicalizantes são desafios a serem superados pela EPS, por meio da discussão e problematização do cuidado prestado. Entretanto, é necessário envolvimento e quebra de paradigmas que são frutos de séculos de práticas ineficazes e modelos de ensino e formação rígidos, embasados no modelo da história natural das doenças. O desafio está lançado, refletirmos prática e teoria no cotidiano dos serviços, rumo à aprendizagem significativa, ou seja, deslocar do eixo da medicalização para o da atuação interdisciplinar.

---

<sup>37</sup> Pressuposto de Paulo Freire (1996).



## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 7.1 O sujeito autista na rede SUS: (im) possibilidade de cuidado

Atualmente denominado Transtorno do Espectro Autista (TEA) pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (APA, 2013), o autismo acompanha os primórdios da Psiquiatria desde a virada do século XVIII para o XIX, inicialmente atrelado à noção de *idiotia*<sup>38</sup>. No contexto de então, o tratamento moral de Pinel passou a ser questionado quanto a sua efetividade com esses pacientes, apostando-se no método clínico-pedagógico, esse desenvolvido pelo célebre médico francês Jean Itard<sup>39</sup> (BRASIL, 2013).

Instalado esse debate em torno da pedagogia *versus* tratamento que se tornou evidente nos primórdios da Psiquiatria Infantil, mais especificamente no campo das *idiotias*, destacando-se as teorias de Paracelso, Pinel e Itard sobre a deficiência intelectual. Muitos fatos e uma série de acontecimentos em torno da figura do autista sucederam-se, fatos que ainda hoje permanecem e podem-se evidenciar resquícios dessa “confusão” e/ou dúvida se o quadro diagnóstico é uma psicopatologia ou deficiência. Embora o debate seja secular, os campos das neurociências e teorias comportamentais, nos dias atuais, sustentam uma visão do sujeito autista atrelado à deficiência<sup>40</sup> (BATISTA, 2012).

No âmago da questão encontrava-se a necessidade de distinção entre os quadros de deficiência intelectual/retardo mental e psicoses, pois até então, os mesmos eram tomados como de mesma categoria<sup>41</sup>. Entretanto, em 1818, Esquirol propôs uma diferenciação entre loucura e idiotia, pois para a primeira haveria uma suposta cura, enquanto o idiota era mantido numa posição de incurabilidade e estigmatizado como o “degrau zero da humanidade” (ZAFIROPOULOS, 1981 *apud* BATISTA, 2012, p.42).

Em 1943, Leo Kanner, médico austríaco, radicado nos Estados Unidos, publicou o artigo “Os distúrbios autísticos de contato afetivo”, utilizando o termo “autismo” que Eugen

<sup>38</sup> Nos primórdios da Psiquiatria *idiotia* é considerada precursora da noção de retardo mental, psicoses infantis e o próprio autismo (BATISTA, 2012).

<sup>39</sup> Jean Itard ficou conhecido pelo caso de Victor de Aveyron “O menino selvagem” que foi encontrado nu, com rosto e pescoço cobertos de cicatrizes nos arredores de uma aldeia no sul da França em 1800, o menino não falava e nem respondia à fala (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

<sup>40</sup> Embora a deficiência intelectual seja uma comorbidade *possivelmente* relacionada ao autismo e seja apontada como um dos critérios a ser descartado e/ou corroborado no processo de diagnóstico diferencial.

<sup>41</sup> Atualmente possuímos o diagnóstico diferencial para descartar hipóteses diagnósticas e comorbidades associadas ao quadro diagnóstico central.

Bleuler<sup>42</sup> havia usado para descrever um dos sintomas da esquizofrenia, caracterizado pelo isolamento e desinteresse do indivíduo pelas pessoas e objetos externos (BRASIL, 2013). Desde então, percebemos uma história atrelada a avanços e retrocessos no âmbito científico em torno do autismo, conforme ilustrado no quadro abaixo.

**Quadro 2- Evolução das ideias em torno da categoria “autismo”.**

Acontecimento	Período	Características importantes
Diagnóstico de <i>Idiotia</i> por Pinel	Em torno de 1800	Categoria loucura passa a ser doença e alvo do Tratamento Moral no Asilo de Bicêtre.
Método clínico-pedagógico por Jean Itard	1801	Passou-se a questionar a doença mental a partir do caso de Victor de Aveyron que foi educado no Instituto de Surdos-mudos por dez anos na França.
Diferenciação entre <i>Idiotia</i> e loucura por Esquirol	1818	Divisão dos distúrbios mentais de substrato orgânico dos funcionais, considerando o idiota como um indivíduo que não se desenvolveu.
Descrição das psicoses infantis por De Sanctis e <i>dementia infantilis</i> por Heller	1906 e 1908	Ambas as descrições seguiram o crivo da <i>dementia praecox</i> do alemão Emil Kraepelin
Descrição da esquizofrenia e sintoma de autismo presente no quadro por Eugen Bleuler	1911	Bleuler foi influenciado por Freud, utilizou o termo autismo em referência ao termo “autoerotismo” ao relacionar a esquizofrenia à “perda de contato com a realidade”, retirando o prefixo “eros” por atrelar sexualidade à esfera da genitalidade.
Publicação do artigo “Os distúrbios autísticos do contato afetivo” por Leo Kanner	1943	Descrição de 11 crianças com distúrbios cujos sintomas circundavam em torno do isolamento extremo, comportamento estereotipado e não aquisição da linguagem.
Publicação do artigo “Psicopatia autística na infância” por Hans Asperger	1944	Descrição de quatro crianças com transtorno no relacionamento com o ambiente ao seu redor, porém, de alto nível de originalidade no pensamento e atitudes.
Publicação do livro “A fortaleza vazia” por Bruno Bettelheim	1967	Introdução do termo “Mãe-geladeira”, para o autor os quadros de autismo possuíam como psicogênese ambientes familiares pouco afetuosos.
Autismo como um distúrbio do desenvolvimento	1970 até hoje	Ascensão da teoria cognitivista e queda da compreensão psicodinâmica dos transtornos mentais e autismo.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da leitura de Brasil (2013).

Relacionado à questão dos avanços e retrocessos, no Brasil destacamos o fato da criação e aprovação da Lei 12.764 (Lei Berenice Piana), de 27 de dezembro de 2012 que

<sup>42</sup> Nessa discussão, salientamos que Eugen Bleuler utilizou o termo “autismo” influenciado pela teoria freudiana, mais especificamente da noção de autoerotismo, que para Freud consistia no indivíduo tomar o próprio corpo como objeto sexual, para descrever o sintoma da esquizofrenia pela recusa aos objetos externos, entretanto, Bleuler suprimiu o prefixo Eros, por acreditar não estar a esquizofrenia ligada à sexualidade, ficando assim autismo (ALBERTI; BETEILLE, 2014).

instituiu a Política Nacional de Proteção da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista<sup>43</sup>. A referida legislação passou a tomar, para fins de lei, o autista como pessoa com deficiência (BRASIL, 2012c). Esse fato nos traz inúmeras repercussões, tanto no âmbito científico quanto social, visto que pais de autistas tiveram grande participação para a elaboração e aprovação da referida lei.

A partir dessa vinculação da figura do autista à deficiência temos uma série de reflexos na política pública de saúde, pois nos surpreende que atualmente os governos e familiares façam essa associação do autismo à deficiência, ainda que historicamente o deficiente tenha sido mais estigmatizado que o louco (BATISTA, 2012). Essa realidade dá margem a várias discussões, dentre elas a que nos interessa é a configuração/organização da Rede SUS no tangente a atenção/cuidados aos usuários autistas e que desdobramentos dessa vinculação do autismo com a deficiência intelectual/cognitiva traz no contexto em questão, a saúde pública.

## **7.2 Documentos oficiais e normativos do Ministério da Saúde referentes aos Transtornos do Espectro do Autismo**

Para alcance dos objetivos traçados no presente estudo, lançamos mão da leitura dos documentos lançados pelo Ministério da Saúde nos anos de 2013 e 2014 em torno dos TEA e os respectivos papéis dos diversos dispositivos da Rede frente ao cuidado e acompanhamento dos sujeitos em questão. Dessa forma, procuramos apresentar os documentos e traçar uma reflexão teórica a partir de autores psicanalíticos que abordam o tema autismo.

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”, foi lançado em 2013<sup>44</sup>. O mesmo destina-se a gestores e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e “[...] objetiva contribuir para a ampliação do acesso e à qualificação da atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) e suas famílias” (BRASIL, 2013, p. 09).

O segundo material foi lançado preliminarmente em 2013, sendo sua versão definitiva realizada em 2014 e denomina-se “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa

---

<sup>43</sup> Anexo A.

<sup>44</sup> No início desse capítulo nos deteremos mais à Linha de Cuidado em detrimento dos outros. Entretanto, os demais documentos serão problematizados posteriormente, levando em consideração seus pontos problemáticos e contraditórios.

com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)” que consiste na apresentação 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. 07).

E por fim “Risperidona no Transtorno do Espectro do Autismo” que foi lançado em abril de 2014 e refere-se a um relatório final sobre a medicação psicotrópica “Risperidona”<sup>45</sup> como tecnologia a ser incorporada no SUS para usuários da Rede com diagnóstico de TEA.

Em consonância ao princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde<sup>46</sup> (SUS), a Linha de cuidado objetiva uma série de medidas e recomendações para os profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como apresenta uma ampla discussão em torno dos TEA, sua inserção e acolhimento na rede SUS. Além disso, apresenta aspectos teóricos e nosológicos levantados por estudos atuais, destacando-se os da área genética, ciência cognitivo-comportamental, psicanálise, dentre outras.

O referido documento evidencia uma ampla gama de abordagens, teorias e evidências científicas em torno do tema, salientando a pluralidade de visões acerca dos TEA, além de uma breve contextualização do autismo (BRASIL, 2013). Esse aspecto, justificamos devido o mesmo ter sido divulgado para Consulta Pública<sup>47</sup>, sendo possível a elaboração e acompanhamento democrático por parte de cidadãos, profissionais da saúde e pesquisadores interessados para posterior publicação oficial. Dessa forma, evidenciamos o lugar ocupado pelos idealizadores do referido documento, pois o *referente*<sup>48</sup> transmite uma mensagem, através do texto contido na linha de cuidado. Essa mensagem é condicionada a partir de determinado lugar e dessa forma podemos afirmar que “[...] o discurso é efeito de sentidos entre locutores” (ORLANDI, 2001, p. 21).

---

<sup>45</sup>Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS).

<sup>46</sup>A saúde é um direito de todos e dever do Estado, previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, esta denominada Constituição Cidadã, pois emergiu num cenário político de lutas e reivindicações da nação brasileira no processo de redemocratização do país após vinte anos de ditadura militar. O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto da luta do Movimento pela Reforma Sanitária que data desde a década de 70, somado a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, cujo desdobramento principal foi a consolidação da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispendo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (SCOREL, 2008).

<sup>47</sup> O Sistema Único de Saúde - SUS utiliza o mecanismo de "Consultas Públicas" para colher contribuições, tanto de setores especializados quanto da sociedade em geral, sobre as políticas e os instrumentos legais que irão orientar as diversas ações no campo da saúde no país (PORTAL SAÚDE, 2015).

<sup>48</sup> Termo utilizado pela Análise de Discurso para evidenciar o lugar ocupado pelo agente produtor do discurso, salientando que esse lugar aliado a outros fatores contextuais condicionam as possibilidades discursivas, bem como a produção de ideologias (ORLANDI, 2001).

Salientamos que o documento, em relação a sua elaboração, contou com a participação de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, instituições estruturadas a partir dos ideais levantados pelo processo de Reforma Psiquiátrica<sup>49</sup>, além de profissionais da Psiquiatria e Psicologia. Somado a esses aspectos, ressaltamos, igualmente, a participação de representantes de outras áreas técnicas do Ministério da Saúde no processo de elaboração da linha de cuidado, tais como: Área Técnica da Pessoa com Deficiência, Aleitamento Materno, Rede de Urgência e Emergência, assim como representantes intersetoriais, dentre eles o Ministério da Educação e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Portanto, podemos afirmar que o lugar de referente e/ou agente discursivo do referido documento posiciona-se em consonância aos conceitos e égides erguidos pelo processo de reforma psiquiátrica, bem como ao conceito de intersetorialidade.

A linha de cuidado possui 160 páginas e está dividida em um capítulo introdutório, seguido de cinco capítulos. Sua introdução versa sobre os objetivos da linha de cuidado, reafirmando os princípios *ético-técnico-políticos* para a organização dos pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além disso, situa a Saúde Pública como direito previsto na Constituição Federal de 1988, bem como na Lei Orgânica da Saúde, ou seja, Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dessa forma, situa o leitor acerca da organização e características da RAPS, salientando sua estruturação e influências em relação aos ideais levantados pela Reforma Psiquiátrica e o conceito de território.

O capítulo um, “Transtornos do Espectro do Autismo: Construção Histórica do Conceito, da Definição e da Nomenclatura”, apresenta os precursores do autismo, bem como sua relação e afiliação aos *transtornos mentais* e *transtornos do desenvolvimento*. No capítulo seguinte, “Avaliação e diagnóstico dos transtornos do espectro do autismo”, são delineados o processo diagnóstico do transtorno, sua detecção precoce e respectiva classificação diagnóstica.

No capítulo três, “Diretrizes para o cuidado”, são apresentados os conceitos de integralidade, garantia de direitos, além disso, são discutidos os arranjos organizacionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e algumas Tecnologias de Cuidado que devem ser disponibilizadas na rede. O capítulo quatro, por sua vez, versa sobre a organização da Rede de Atenção Psicossocial e a respectiva articulação entre seus pontos, sejam eles da APS (ESF, NASF) e demais níveis de atenção.

---

<sup>49</sup> Explanaremos posteriormente sobre a Reforma Psiquiátrica na realidade brasileira.

O último capítulo “Redes e articulações intersetoriais” traz a necessidade das parcerias que devem ser estabelecidas entre Saúde, Assistência Social e Educação para a garantia de direitos das pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo. Nesse sentido, apresenta a Política Nacional de Educação Inclusiva, parceria com a Assistência Social e a perspectiva da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência em relação aos TEA.

### 7.3 Psicanálise e autismo: panorama atual

O Autismo vem sendo tratado pela mídia, ciência e diversos movimentos com certa ênfase nos últimos anos. Cercado de mistérios e jogos políticos, o autismo tem se tornado objeto de pesquisas e debates incessantes, sendo a figura do autista entronizada, pairando sobre si certo fascínio (FURTADO, 2013). No entanto, apesar das inúmeras contribuições para a compreensão não só do autismo, mas de outras psicopatologias, a psicanálise é afastada por um discurso pseudocientífico, no qual a psiquiatria nosológica e as neurociências imperam com certo absolutismo, apontando uma tendência à “biologização” dos transtornos mentais<sup>50</sup>.

Em consonância a essa questão, Elia (2014) nos fala da obscuridade do cenário científico atual, que reduz a ciência a “repetição de chavões, protocolos, esquemas estereis de pensamento” (p. 19). Nesse sentido, assistimos a certo repúdio a toda e qualquer forma de compreensão da subjetividade de sujeitos em sofrimento psíquico. Destacamos aqui a aversão à teoria psicanalítica. Conforme Elia (2014) nos aponta, essa aversão à psicanálise é uma estratégia política perversa para controle dos sujeitos e medicalização de seus sintomas, cuja remissão imediata é necessária!

Dentro dessa discussão, vemos uma forte tendência dita *científica* e nos arriscamos a afirmar *política* que tomam o processo de adoecimento exclusivamente a partir do “modelo endógeno ou exógeno”. Nessa concepção as problemáticas são provenientes exclusivamente do interior ou do exterior e, dessa forma, são as únicas responsáveis pelo processo de adoecimento. Nessa perspectiva há sempre um agente interno ou externo causador da doença, tomado como inimigo e passível de intervenção médica (GAZZINELLI et al., 2005, p. 201). Essa é a receita na qual os interesses dominantes se sustentam, tornando o

---

<sup>50</sup>A partir de 1980, podemos perceber uma eclosão dos Transtornos Mentais que introduziu uma nova roupagem em relação às doenças mentais. Sob os auspícios de uma Psiquiatria Biológica, altamente influenciada pela venda e descoberta dos ansiolíticos, as doenças mentais passaram a ser transtornos mentais de base biológica, mais especificamente uma desordem em neurotransmissores. Nesse contexto destacou-se a retirada de termos psicanalíticos do DSM III, que embora tenha causado controvérsias, imperou e impregnou toda a Psiquiatria mundial com um discurso biologicista (PARDO; ALVAREZ, 2007).

sujeito extremamente subordinado a uma lógica que o excluiu do processo, uma espécie de forclusão<sup>51</sup> da dimensão subjetiva no mundo contemporâneo, e concomitantemente no autismo, como nos aponta Furtado (2013).

Partindo da crítica a essa *tendência atual* da busca do substrato biológico para todo e qualquer transtorno mental, cujo modelo de ciência é pautado no objetivismo exacerbado, vemos uma tentativa de transposição deste modelo teórico-conceitual ao campo da psicanálise, sendo a mesma acusada de utilizar métodos tendenciosos e demasiadamente subjetivos. Definitivamente, tal acusação é totalmente infundada, porque a tecnociência e a teoria psicanalítica não tratam da mesma questão. Essa convoca o sujeito a produzir o saber e não o trata como objeto passível de aplicação de determinado conhecimento como naquela (ELIA, 2014).

Ressaltamos que o conceito de sujeito aqui tomado pelo estudo está em consonância com a psicanálise, ou seja, regido por um desejo que não possui “inscrição biológica ou código da natureza” (BEZERRA, 2013, p. 65), sujeito este constituído a partir da alienação ao Outro, seguindo a teoria lacaniana. Nessa problemática, Ribeiro (2012) ressalta que a questão central no autismo é que no processo de constituição psíquica do mesmo não houve a operação de alienação e separação, por isso explica-se a dificuldade em lidar com a linguagem e o processo de comunicação com o outro.

Nesse contexto, torna-se imprescindível introduzirmos a temática da integralidade, esse um princípio do SUS, que consiste na oferta de um “conjunto contínuo e articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p.04). Somado a essa definição constante na Lei 8.080, também chamada Lei Orgânica da Saúde, há necessidade de incluir os aspectos processuais, individuais, coletivos e singulares de cada sujeito (ANDRADE; COSTA, 2010).

A letra da referida legislação traz consigo, uma série de prerrogativas ao usuário do SUS, tomando-o em sua integralidade, ofertando serviços que abarquem suas esferas “biopsicossociais”, não podendo o mesmo ser compartimentalizado, eis uma das problemáticas que nos debruçamos.

Ao trazer o conceito de integralidade como a principal diretriz de cuidado às pessoas com TEA, tomamos a discussão na sua dimensão complexa. Penetramos assim, no campo da assistência propriamente dita, até a dimensão política e científica que circunda a

---

<sup>51</sup>Repúdio e/ou rejeição ao significante Nome-do-Pai, mecanismo implicado na estrutura psicótica (ROUDINESCO; PLON, 1998).

realidade não só da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como também outros pontos que fazem a conexão intersetorial com a mesma.

A respeito da integralidade, a linha de cuidado aponta que “Esta concepção de sujeito e cuidados se coloca em oposição à ineficiência produzida pela visão fragmentada dos sujeitos e segmentação de ações e serviços, que tem como consequência a segregação e exclusão da população em questão” (BRASIL, 2013, p. 64). Esta questão se torna uma necessidade no seio da Saúde Pública e ao mesmo tempo uma problemática para nosso estudo, vejamos!

Historicamente, temos uma *suposta rede* que se mostra fragilizada, visto que ainda possuímos uma visão fragmentada e segmentada das ações e serviços, cujo resultado é uma segregação e exclusão não só da população com TEA, mas dos demais sujeitos *portadores* de transtornos mentais<sup>52</sup>.

É consensual, entre muitos autores, a contradição entre o conceito de integralidade e a hegemonia do modelo biomédico, que centra a compreensão da doença nos aspectos e alterações fisiológicas. Há uma desvalorização dos determinantes sociais e subjetivos em saúde, dessa forma reduzem e/ou minimizam tanto a compreensão acerca da experiência de adoecimento, como também a assistência a uma série de procedimentos e protocolos baseados em evidências (HORA et al. 2013; ANDRADE; COSTA, 2010; GAZZINELLI et al. 2005; ROSSONI; LAMPERT, 2004; OLIVEIRA, 2002).

Essa leitura nos direciona ao conteúdo da linha de cuidado citada acima, pois ao tratar das diversas teorias e técnicas<sup>53</sup>, contidas no documento, para lançar uma reflexão sobre os TEA e as perspectivas a serem seguidas na Rede SUS para a atenção a essas pessoas, vemos um discurso que aponta primordialmente para a necessidade da integralidade do cuidado. Nesse sentido, o documento aponta a necessidade de assegurar um processo diagnóstico que leve em consideração o caráter singular da pessoa, sua história e características únicas “fornecendo o contexto indispensável à compreensão do sofrimento ou transtorno mental de cada sujeito” (BRASIL, 2013, p. 45b).

Destacamos no trecho citado acima, a (im) possibilidade e/ou incompatibilidade da linha de cuidado no referente à integralidade. Justificamos tal posicionamento, pois as tendências científicas atuais adotadas no documento apresentam uma concepção de sujeito em

---

<sup>52</sup> Utilizamos essa nomenclatura, conforme a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas *portadoras* de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Entretanto, sabemos as consequências da referida terminologia no cuidado ofertado nos serviços, bem como na própria disposição da rede que se diz integral.

<sup>53</sup> Psicanálise, Ciência Cognitivo-Comportamental, Psicologia, Fonoaudiologia, Psiquiatria, Tecnologias de Cuidado, etc.



contínua alternância, ou seja, entre a deficiência e transtorno mental, a primeira como *mental disability*, enquanto a segunda como categoria nosológica psiquiátrica. Dessa forma, apontamos que para a compreensão e intervenção na Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>54</sup> quanto aos casos de autismo, embora haja a psicanálise como campo teórico citado timidamente, há a redução do sujeito autista ora à categoria de deficiência, ora transtorno mental.

Desta forma, o autista transita em alguns momentos, no discurso contido na linha de cuidado, entre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>55</sup> e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Afinal, qual é o lugar do sujeito autista na rede SUS? Essa questão nos intriga, pois o próprio documento parece não definir com precisão o lugar que deve ser ocupado por esse sujeito na Rede, embora prioritariamente ser citada a RAPS.

A RAPS possui diversos dispositivos<sup>56</sup>, dentre eles podemos destacar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que é um serviço comunitário, substitutivo dos hospitais psiquiátricos e que deve operar de “portas abertas, sem barreira de acesso ou agendamento” (BRASIL, 2013, p. 102). Pode ser considerado como um dos serviços de referência às pessoas com TEA, possuindo como estratégia a oferta de serviços como: atendimentos individuais ou em grupo, atividades comunitárias e de reabilitação psicossocial<sup>57</sup>, tratamento medicamentoso, entre outros. Nos últimos anos os CAPS têm se destacado pela oferta de Apoio Matricial às Equipes de Saúde da Família, desenvolvendo, dessa forma, a potencialização da capacidade resolutiva das equipes da ESF em assuntos/problemas voltados à saúde mental (BRASIL, 2013).

Se nos remetemos à RAPS, por que falar em deficiência intelectual e/ou cognitiva, 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

---

<sup>54</sup> Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010- Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

<sup>55</sup> Portaria GM nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011- Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

<sup>56</sup> De acordo com a Portaria 3.088 os componentes da RAPS são: Atenção Básica, Atenção Psicossocial, Atenção à Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

<sup>57</sup> A reabilitação Psicossocial consiste na inserção do usuário em atividades econômicas e comunitárias, fortalecendo o vínculo e sentimento de pertença à determinada comunidade, visando a ampliação de laços sociais (BEZERRA, 2013).

que demanda cuidados específicos e singulares de habilitação e reabilitação (BRASIL, 2013, p. 115-116).

Essa questão nos faz mergulhar num paradigma histórico, conforme apontado acima, acompanhando a discussão em torno das *idiotias versus* loucura. Apesar da linha de cuidado priorizar a discussão do acompanhamento da pessoa com TEA na RAPS, traz mesmo assim a articulação com a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2013). Dessa forma, evidenciamos inúmeras problemáticas, pois mesmo sendo a pessoa com TEA, considerada deficiente para fins de lei, cabe ao SUS direcionar o modelo de atenção atrelando esses sujeitos a uma categoria de incapacidade? Mesmo seguindo os parâmetros da Organização Mundial da Saúde por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pode a Saúde Pública se organizar em torno do eixo da deficiência a esses sujeitos?

No momento em que há a redução do sujeito a uma deficiência intelectual, mesmo que para fins de lei, temos uma impregnação, ou retorno aos primórdios da discussão em torno da *idiotia versus* loucura. As abordagens utilizadas na Rede de Atenção à Saúde (RAS), mais especificamente na RAPS, devem apontar para uma “narrativa aberta” no processo de diagnóstico e cuidado (BRASIL, 2013, p. 37).

Desta forma, eis uma questão central nesta discussão: Podemos falar em singularidade e narrativa aberta para pessoas com TEA, mesmo limitando-as ora a uma nomenclatura diagnóstica que dita o prognóstico para esses sujeitos, ora à categoria deficiência *incapacitando-as* sob as regras desenvolvimentistas construídas por um discurso voltado à reabilitação? Esse questionamento se encaixa ao estudo, pois nos propomos a analisar o discurso dos documentos lançados pelo Ministério da Saúde, dessa forma, a linha de cuidado aponta essa questão.

Embora a linha de cuidado faça referência especialmente à RAPS, Bezerra (2013) aponta em seu estudo que a singularidade nem sempre é levada em consideração na rede de saúde mental. A referida autora afirma que sujeito do inconsciente é *foracluso* nos diversos dispositivos dessa rede. Desta forma, seguimos e/ou nos moldamos por uma lógica política e científica da contemporaneidade, onde a *ciência moderna* torna-se um poderoso modo de controle social dessas instituições que deveriam estar a serviço da escuta<sup>58</sup> e não somente do olhar.

---

<sup>58</sup> A autora citada traz a Clínica da Escuta como possibilidade de intervenção psicanalítica dentro da Rede de Atenção Psicossocial como resgate do Sujeito, este conceito lacaniano que remete ao sujeito do inconsciente. Em condição oposta temos a clínica do olhar, onde somente a dimensão física e biológica é vista, ou seja, uma abordagem superficial (BEZERRA, 2013).

A autora utiliza a dimensão da escuta atrelada à clínica psicanalítica e a clínica do olhar ao saber psiquiátrico, que em consonância com a leitura de Foucault remete a busca do “verdadeiro essencial sob a individualidade”, lançando um olhar diferenciado sobre a história de constituição da clínica (FOUCAULT, 2004, p. 106 *apud* BEZERRA, 2013, p. 32).

Mesmo constatada a (im)possibilidade de se chegar ao cuidado integral, o documento aponta uma alternativa para assegurar tal princípio do SUS. Desta forma, através do Projeto Terapêutico Singular (PTS), supostamente, podemos consolidar a integralidade. O PTS, nesse sentido, consiste no “direcionamento das ofertas de cuidado construído a partir da identificação das necessidades dos sujeitos e suas famílias nos contextos reais de vida, englobando diferentes dimensões” (BRASIL, 2008 *apud* BRASIL, 2013, p. 77). O PTS deve ser conduzido e acompanhado pelos profissionais da equipe de referência<sup>59</sup> e demais atores sociais envolvidos no *continuum* do cuidado, destacando-se que não deve restringir-se às ações e tecnologias intrasetoriais, necessitando englobar neste processo as ações intersetoriais.

Entretanto, podemos perceber, num documento apenas, uma confusão e dissonância de opiniões e posicionamentos que parecem não dialogar. Neste sentido, acreditamos que há necessidade real da revisão do conteúdo da linha de cuidado, pois o diálogo entre as partes ressoa no todo. Essa questão nos aponta quão complexo é o quanto não sabemos sobre o autismo.

As Tecnologias de cuidado trazem essa dimensão da falta de consenso em torno do autismo, direcionando que não deve haver privilégio entre uma abordagem e outra (BRASIL, 2013). Entretanto, há claros indícios da priorização pelas abordagens “objetivas”, visto que as mesmas possuem evidências científicas. Dentre as abordagens citadas no documento citamos: Tratamento clínico de base psicanalítica, Análise do Comportamento Aplicada (*Applied Behavioral Analysis*), Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA), Integração Sensorial, Tratamento e Educação para crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (TEACCH), dentre outros<sup>60</sup>. É importante salientar esse aspecto, em virtude das inúmeras pesquisas em torno do autismo e a tentativa constante em desvendar este “mistério” que o cerca. Desta forma, talvez, justifiquem-se os altos investimentos financeiros no mesmo, o que traz consigo desfechos significativos, dentre eles discutiremos posteriormente acerca da incorporação de psicofármacos no tratamento dos quadros.

---

<sup>59</sup> É importante salientar que os casos de TEA devem possuir como equipe de referência os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), além de contar com a articulação da rede intrasetorial e intersetorial, englobando outros arranjos e dispositivos de cuidado, como o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), UBS (Unidade Básica de Saúde), Atenção à Urgência e Emergência, SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), Leitos ou Enfermarias em Hospital Geral, Centros de Convivência e Cultura, etc. (BRASIL, 2013).

<sup>60</sup> Discutiremos acerca das Tecnologias de Cuidado no capítulo 9.

## 7.4 Autismo, transições conceituais e implicações nos arranjos organizativos da Rede SUS

A leitura dos documentos ministeriais remete-nos a discussão acerca da historicidade da saúde mental no Brasil, bem como ao processo de Reforma Psiquiátrica<sup>61</sup>. Apesar dos avanços da letra no tangente aos direitos dos usuários dos serviços ligados à RAPS, podemos localizar pontos de divergências, convergências de saberes e técnicas priorizadas em cada ponto dessa rede. Para isso, vamos nos situar na primeira contradição constatada no referente ao autismo, as transições entre transtorno do desenvolvimento, transtorno mental/espectral e deficiência.

Essas transições de perspectivas e posicionamentos<sup>62</sup> são evidentes entre os documentos Linha de Cuidado e Diretrizes de Atenção, pois o primeiro traz uma discussão ao mesmo tempo ampla e problemática sobre os TEA, enquanto o segundo reduz o quadro a uma deficiência intelectual, passível de tratamento e reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

O documento “Diretrizes de Atenção à reabilitação da pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)” possui 85 páginas, está dividido em doze capítulos e resulta de uma pesquisa bibliográfica que utilizou material nacional e internacional dos últimos 70 anos a respeito da problemática. Desta forma, contou com a colaboração de “[...] profissionais, pesquisadores e especialistas com experiências reconhecidas em diversas profissões da área da Saúde e pertencentes a sociedades científicas e profissionais” (BRASIL, 2014a).

O objetivo desta diretriz é oferecer 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, 2014a, p. 07).

As diretrizes foram elaboradas, com destaque especial, por profissionais da Fonoaudiologia<sup>63</sup>, Neurologia e representantes da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. Dessa forma, podemos perceber uma filiação direta do documento ao campo da deficiência e numa perspectiva voltada à reabilitação. Nesse sentido, destacamos de qual

<sup>61</sup>De acordo com Amarante (1995) *apud* Bezerra (2013) a Reforma Psiquiátrica Brasileira data desde a década de 70, onde a Psiquiatria Clássica e o modelo de manicômio passam a ser questionados por uma vertente de pensamento, cujo expoente era o psiquiatra italiano Franco Basaglia, a partir de então uma série de repercussões e serviços substitutivos começaram a ser criados a partir da década de 90, dentre eles o principal é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

<sup>62</sup> Ora pessoa com Transtorno Mental, ora pessoa com deficiência intelectual.

<sup>63</sup> A diretriz contou com a participação maioritária de profissionais da Fonoaudiologia, 05 especificamente. Ressaltamos que as funções de coordenação e organização desse documento foram exercidas por esses profissionais.

lugar o documento que ora analisamos nos fala, salientando sua filiação teórica e seu posicionamento frente a problemática do autismo, pois essas são questões imprescindíveis na Análise de Discurso francesa (ORLANDI, 2001).

Além dessas características citadas acima, as diretrizes possuem os seguintes eixos norteadores: Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência de 2007<sup>64</sup>, Decreto nº 6.949/2009<sup>65</sup>, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência<sup>66</sup> e por fim, Lei nº 12.764/2012<sup>67</sup>.

Iniciamos com a descrição do capítulo dois<sup>68</sup> que apresenta a metodologia utilizada para elaboração do relatório, seguidos do capítulo introdutório que apresenta o histórico em torno do autismo desde a concepção inicial de Leo Kanner até a atual classificação denominada “TEA”. Dessa forma, podemos perceber que as diretrizes utilizam como marco referencial a suposta *descoberta* de Kanner dos *distúrbios autísticos de contato afetivo* em 1943. Nessa discussão, é interessante sublinhar que a versão preliminar das diretrizes constava que o autismo era considerado uma “síndrome neuropsiquiátrica” (p.14), na versão definitiva, ao contrário, temos uma “amenização” desse discurso determinista.

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 *apud* BRASIL, 2014<sup>a</sup>, p. 13).

Mesmo tendo sido descartado o termo “síndrome neuropsiquiátrica”, ainda assim o documento apresenta predominantemente um discurso voltado à síndrome. Justificamos assim, a ênfase dada ao trabalho de Sir Michael Rutter em 1978 e sua “[...] fundamental importância para o desenvolvimento do conhecimento na área”. Rutter foi o responsável pela caracterização da “síndrome” em relação ao nível de desenvolvimento “neuropsicomotor e cronológico” (BRASIL, 2014a, p. 13). Nesse sentido, podemos evidenciar e constatar quais as

---

<sup>64</sup>A convenção foi realizada em Nova Iorque no ano de 2007 e teve como ponto central a discussão em torno da acessibilidade. Nesse sentido, amplia-se a noção de deficiência, indo além da perspectiva de um indivíduo *portador* de uma anormalidade (BRASIL, 2014a).

<sup>65</sup> O referido decreto resultou numa mudança conceitual em relação ao conceito de deficiência, dessa forma, a pessoa com deficiência é aquela que “[...] tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009).

<sup>66</sup>A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência é parte do programa Viver sem Limite: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência lançado em 2011. A Rede de Cuidados, vinculada ao SUS, estabelece diretrizes para o cuidado às pessoas com deficiências, sejam elas temporárias ou permanentes, regressivas ou estáveis, intermitentes ou contínuas (BRASIL, 2014a).

<sup>67</sup>Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (BRASIL, 2012c).

<sup>68</sup> O primeiro capítulo apresenta o objetivo do documento, questão que fora ressaltada anteriormente.

filiações teóricas e posicionamento das diretrizes em relação ao autismo, que em seu conteúdo e textualidade é uma síndrome.

Em “Importância da detecção de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento”, capítulo seguinte, o documento nos traz a importância da detecção precoce de problemas no desenvolvimento. Justificando o fato de que “A maior plasticidade das estruturas anátomo-fisiológicas do cérebro nos primeiros anos de vida e o papel fundamental das conexões neuronais para a constituição psicossocial, tornam este período um momento sensível e privilegiado para intervenções” (BRASIL, 2014a, p. 16).

Para ilustrar, o documento traz os indicadores de desenvolvimento e sinais de alerta para TEA nas esferas da interação social, linguagem, brincadeiras e alimentação. São apresentadas, essas esferas, nas seguintes faixas etárias: de zero a 06 meses; 06 a 12 meses; 12 a 18 meses; 18 a 24 meses e 24 a 36 meses<sup>69</sup> (BRASIL, 2014a).

No capítulo 5 são apresentados os “Indicadores comportamentais de TEA”, salientando os prejuízos motores, sensoriais, rotinas, fala e aspecto emocional. Entretanto, o documento aponta que o aspecto comportamental não é um bom preditor para TEA, pois “[...] várias crianças com TEA não os apresentam e, quando os têm, costumam demonstrá-los mais tardiamente” (BRASIL, 2014a, p. 33).

O capítulo 6 aponta os principais instrumentos diagnósticos para rastreamento/triagem de indicadores de desenvolvimento infantil e dos TEA. Dessa forma, salienta que os instrumentos são importantes para identificação de problemas específicos, pois o diagnóstico de TEA ainda “[...] permanece essencialmente clínico e é feito a partir de observações [...]” (BRASIL, 2014a, p. 36).

Em “Avaliação diagnóstica e classificações” o documento traz a importância do diagnóstico nosológico, além de ressaltar o papel da equipe interdisciplinar frente a esse processo. Nesse sentido, a diretriz aponta que as equipes devem contar com os seguintes profissionais: psiquiatra e/ou neurologista e/ou pediatra, psicólogo e fonoaudiólogo (BRASIL, 2014a).

A cada profissional, corresponde uma série de atribuições elencadas abaixo, conforme o que nos 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

---

<sup>69</sup> Uma parte dos indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta presentes nas diretrizes encontram-se no Anexo B.

que necessitem de avaliação mais precisa e de intervenções medicamentosas, geralmente é recomendada a atuação dos especialistas das áreas de neurologia e/ou psiquiatra (BRASIL, 2014a, p. 39-40).

Quanto aos profissionais da Fonoaudiologia e Psicologia, ao primeiro corresponde a avaliação dos aspectos linguísticos, traçando dessa forma uma distinção entre as peculiaridades dos quadros de TEA dos demais distúrbios de linguagem e/ou deficiências auditivas. Em relação ao profissional da Psicologia, o documento aponta que ao mesmo compete as avaliações cognitivas e neuropsicológicas.

Já a avaliação psicológica compreende entrevistas de anamnese com os familiares e a avaliação da interação social por meio de brincadeiras (no caso de crianças) e de entrevistas (no caso de adolescentes e adultos que apresentam linguagem oral). Envolve ainda a avaliação nas áreas cognitiva e neuropsicológica (questo importante tanto para o diagnóstico diferencial quanto para o PTS) e a entrevista de devolução dos resultados para os familiares (BRASIL, 2014a, p. 41).

No capítulo “Comorbidades e causas” são apresentadas as principais características sintomatológicas dos quadros de TEA e a associação do quadro a causas genéticas, apontando as estatísticas de alguns estudos na área. Dessa forma, o documento discute sobre a possibilidade da existência de duas sintomatologias de quadros diagnósticos distintos no indivíduo com TEA, principalmente no tangente à Deficiência Intelectual e TEA (BRASIL, 2014a).

A diretriz segue com os capítulos “O momento da notícia do diagnóstico de TEA”, “Projeto Terapêutico Singular: Habilitação e Reabilitação da pessoa com TEA”, “Apoio e acolhimento da família da pessoa com TEA, e por fim, “ O fluxograma de acompanhamento e atendimento da pessoa com TEA na Rede SUS”. Nesse sentido, nos deteremos na questão da habilitação e reabilitação, visto que essa questão é problemática, pois percebemos que o documento que lança as diretrizes possui um discurso determinista e voltado às neurociências.

A discussão em torno da (re) habilitação<sup>70</sup> é problemática e passível de análise quando se toma como questão a centralidade do cuidado. Ao se propor uma reabilitação ao sujeito autista, denotamos um anterior estado de normalidade e percebemos o condicionamento do discurso de profissionais e familiares carregados de um aspecto desenvolvimentista atrelado à adaptação de um “indivíduo” a uma norma social. Seguindo esse parâmetro, percebemos o quanto o discurso de profissionais, familiares e demais atores

---

<sup>70</sup> A noção de reabilitação está em consonância ao Relatório sobre as Deficiências da OMS, entendendo o conceito como um processo global e dinâmico para recuperação física e psicológica da pessoa com deficiência (BATISTA, 2012, p. 49).

sociais envolvidos no processo de cuidado está impregnado pela noção de deficiência, onde um indivíduo incapaz e denominado *paciente* deve ser reabilitado seguindo as diretrizes de uma CIF (BATISTA, 2012).

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, 2014a, p.63-64, grifo nosso).

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 (p.48).

Neste sentido, o Brasil como signatário e Estado membro da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência realizada em Nova York em 2007, lança uma série de medidas e ações inclusivas. No contexto do presente estudo, destacamos a criação: APACS (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo) em 2002, criação de novos procedimentos para os “Transtornos do Desenvolvimento” em 2008, Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência e os Centros Especializados de Reabilitação II, III, IV (BATISTA, 2012).

A tentativa de relacionar deficiência ao autismo por parte do modelo de ciência que aqui criticamos, não dialoga com a teoria psicanalítica, que ao dar a palavra ao sujeito autista, torna possível a inserção do mesmo no laço social, não o reduzindo a uma entidade nosológica, cujos sintomas são descritos por manuais.

De acordo com Batista (2012) para o autista o Outro é ameaçador, enquanto para o débil o Outro é absoluto. Desta forma, deixamos claro que quando falamos no autista, remetemo-nos a uma posição subjetiva e não apenas a um quadro caracterizado por prejuízos e incapacidades da ordem das faculdades mentais e habilidades cognitivas.

O trabalho clínico psicanalítico abre possibilidades para que cada um possa construir laços sociais, sorver a celebração de viver e contribuir para uma sociedade humana. O que interessa é que a pessoa com autismo usufrua da vida com todas as suas potencialidades, com um futuro em que há caminhos a escolher e percorrer (PACHECO, 2012, p. 105).

É imprescindível acrescentar à discussão que, a linha de cuidado foi posta à Consulta Pública, enquanto o segundo documento é uma diretriz, cujo objetivo central é



“oferecer orientações às equipes multiprofissionais<sup>71</sup>”. Este último documento foi elaborado por pesquisadores e “especialistas” reconhecidos nas áreas da saúde e sociedades científicas (BRASIL, 2014. p. 09).

O primeiro salienta a pluralidade e intersectorialidade, enquanto o segundo especifica e direciona o autismo ao campo das deficiências e a um ponto da rede apenas. Neste sentido, criamos o quadro abaixo para apontarmos as principais características e dissonâncias entre esses documentos que nos propusemos analisar.

**Quadro 3 – Características e dissonâncias entre a linha de cuidado e diretrizes terapêuticas**

Itens	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	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 a 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 8069/1990, Lei 10.216/2001, Lei 12.764/2012, Decreto nº 6949/2009, Decreto nº 7.508/2011, Portaria GM nº 336/2002, Portaria GM nº 4.279/2010, Portaria GM nº 3088/2011, Portaria nº 793/2012 e Portaria SAS nº 854/2012.	Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência 2007, Decreto nº 6.949 de 2009, Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência de 2011, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Lei 12.764/2012.
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 (CSA), Integração Sensorial, Tratamento e Educação para crianças com Transtornos do Espectro do Autismo	Não utiliza a terminologia “Tecnologias de Cuidado”, embora esse seja exercido, de acordo com o documento através: Instrumentos de Rastreamento,

<sup>71</sup> Seguindo a lógica dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas no Sistema Único de Saúde, que são baseados na “melhor evidência científica” (BRASIL, 2011).

	(TEACCH), Acompanhamento Terapêutico e Aparelhos de Alta Tecnologia.	Avaliação 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, intersectorialidade e garantia de direitos.	Detecção 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: Elaborado pelo autor a partir da leitura de Brasil (2013) e Brasil (2014a).

Dentre as palavras presentes nas diretrizes, temos: plasticidade, quadro sintomatológico, sinais iniciais, problemas no desenvolvimento, instrumentos de rastreamento, aconselhamento genético, entre outros que salientam o caráter desenvolvimentista, no qual as teorias cognitivo-comportamentais são priorizadas como produtora de verdades<sup>72</sup>.

Além dessas questões, percebemos o quanto a dissonância presente entre a Linha de cuidado e as diretrizes possui um posicionamento político pró e contra os ideais da Reforma Psiquiátrica. De acordo com Angelucci e Sotilli (2015) de um lado tivemos a pressão que familiares de autistas e profissionais que não estão de acordo com a política de saúde mental e que exerceram pressão sobre o poder executivo federal para elaboração de lei específica e diretrizes. No entanto, essa pressão exercida focou na concepção de que o cuidado deve ser exercido tendo como centralidade o diagnóstico, colocando ênfase nas especificidades da patologia e assim estabelecendo as diretrizes que ora criticamos. Por outro

<sup>72</sup>É interessante acrescentar que historicamente a Educação em Saúde no âmbito do SUS tem se mostrado ineficaz, justamente por utilizar técnicas da psicologia comportamental na tentativa de “aprendizagem de hábitos saudáveis”, ou seja, aumentar o repertório de comportamentos positivos dos indivíduos, gerando um hiato entre teoria e prática (GAZZINELLI, 2005).

lado, temos a linha de cuidado fortemente embasada nos ideais levantados pela Reforma Psiquiátrica e focando na singularidade, procurando superar estigmas e valorizando a pluralidade.

Temos assim, então, o marco que caracteriza esta situação de ambiguidade no Brasil: uma política baseada na Reforma Psiquiátrica e nos princípios da luta antimanicomial que, no âmbito específico dos transtornos do espectro autista, está estruturado tendo como base dois documentos que revelam posições antagônicas: um expressa o processo de construção grupal por parte dos profissionais e o outro que revela o poder das associações de familiares e alguns (as) profissionais contrários às diretrizes atualmente vigentes (ANGELUCCI; SOTILLI, 2015, p. 209, tradução nossa).

Essa busca obcecada para compreensão do suposto e referido quadro clínico leva não só a comunidade científica, mas a sociedade como um todo a um equívoco, generalizações indevidas e necessidade de compreender um fenômeno a partir de uma série de ensaios clínicos e estudos genéticos, tomando o método experimental como única forma de produzir verdades em relação ao objeto que nos debruçamos.

Essas generalizações são grandes equívocos das sociedades científicas, pois as tentativas da epigenética – estuda as interações causais entre os genes e seus produtos que dão lugar ao fenótipo – por exemplo, não dão respostas conclusivas acerca da gênese do autismo. Mesmo assim, são lançadas supostas verdades, embora os resultados desses estudos não terem sido realizados com um número significativos de sujeitos, entre outros problemas metodológicos<sup>73</sup> (BENASAYAG; FLORES, 2015). Caímos na necessidade de dar contornos ao desconhecido e dessa forma, lançamos supostas verdades que nos aprisionam e fazem-nos repudiar a reflexão e o pensamento.

Alberti (2006) aponta que tendemos a “imaginarizar”, pois não suportamos o Real e nesse sentido necessitamos “gestaltizar” o mundo em que vivemos, numa tentativa constante de representação e/ou simbolização do mesmo. A questão da ciência moderna não destoa dessa compreensão, pois há uma necessidade premente de dar contornos a todo e qualquer enigma que se levante, pois, a ciência promete dissolver todas as problemáticas. Entretanto, nesse ínterim se destaca a discussão em torno dos objetos de estudo da Psicanálise, Psiquiatria e Neurologia que, embora haja uma suposta intersecção<sup>74</sup> entre os campos “a mente humana”, existem igualmente pontos particulares, caso contrário, não se configurariam como disciplinas do conhecimento (p.95).

---

<sup>73</sup> Além do número insuficiente de pacientes na pesquisa, são detectados outros problemas como: não há critério unânime para definir o que é o autismo, não há definição precisa de causalidade, pois muitas vezes correlação é confundida com causa, etc. (BENASAYAG; FLORES, 2015).

<sup>74</sup> Alberti (2006) aponta a Teoria dos conjuntos da Matemática, onde dois conjuntos podem ter pontos de intersecção, ou seja, elementos em comum, pertencentes a ambos conjuntos.

O grande problema nessa questão está na tentativa de transpor modelos conceituais e metodológicos partindo do pressuposto de um método universal, não levando em consideração as vicissitudes de cada campo. Na Psicanálise o sujeito, por exemplo, está implicado no processo de construção do saber, enquanto para as “neurociências” o mesmo é sempre “um *atrapalhador* a ser bem controlado ou deixado de lado em prol da objetividade que se quer dar ao experimento” (ALBERTI, 2006. p.86, grifo nosso).

Essa confusão e tentativa de lançar uma crítica à teoria psicanalítica, utilizando como argumento a falta de objetividade da mesma e um suposto uso de métodos demasiadamente subjetivos, é apontada por vários autores da Psicanálise como uma crítica infundada e errônea. A todo e qualquer custo a neurociência quer lançar luz sob os mistérios da mente humana, querem evidenciar a vulnerabilidade psicobiológica e incidirem nela com psicofármacos. Neste rumo, há uma pressa quase maníaca, se assim podemos dizer para dar respostas aos anseios criados pelos cientistas e enfim apontar o invisível: o significante (ALBERTI, 2006).

Elia (2014), ainda nessa crítica, aponta-nos que a transposição do esquema teórico-conceitual das tecnociências para o plano da constituição do sujeito é um engodo, pois o sujeito psicanalítico é heteróclito e irreduzível ao corpo físico. Desta forma, não pode jamais ser reduzido ao seu aspecto somático, pois o sujeito não é uma identidade resumida a um esquema de interações organismo-ambiente.

Somado a este aspecto, vemos a tentativa de redução do campo da Saúde Mental à lógica da compartimentalização do modelo de educação médica. O esquema da educação médica, ainda hoje, é embasado no modelo da História Natural das Doenças, com forte conotação biologicista e hospitalocêntrica, fruto do modelo proposto por Abraham Flexner em 1910<sup>75</sup> (HORA et al. 2013).

Frente a esta leitura acerca do conceito de sujeito e autismo, vemos que há uma redução do mesmo à categoria de indivíduo com uma série de sintomas, comprometimentos e incapacidades passíveis de intervenção clínico-pedagógica. De acordo com a diretriz, então, o método messiânico para intervenção no campo dos TEA é o cognitivo-comportamental, cuja finalidade é a aquisição de automatismos adaptáveis à realidade. Dessa forma, aponta-nos o Grupo Gestor do Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MPASP) em entrevista realizada por Pacheco (2012) “Busca-se, assim, exclusivamente a adaptação das pessoas com autismo aos padrões sociais aceitos sem considerar singularidade de cada sujeito” (p. 109).

---

<sup>75</sup> Ficou conhecido pelo famoso processo de reforma da formação dos profissionais da medicina nos Estados Unidos, influenciou a formação de muitas profissões na área da saúde, além da medicina.

Esta questão aponta-nos o repúdio e ressentimento não só em relação à Psicanálise, mas a outras áreas do saber, como uma espécie de *afogamento da palavra e subjetividade* no tangente à garantia de direitos aos sujeitos autistas na sociedade contemporânea. O advento do pragmatismo e cognitivismo<sup>76</sup> desloca a abordagem do autismo da saúde para a educação, mais especificamente, da desvinculação do autismo do campo das psicoses e inserção na categoria diagnóstica Transtorno Invasivo do Desenvolvimento<sup>77</sup> (FURTADO, 2012).

O autor citado acima evidencia-nos a grande discussão, facetas teóricas e políticas em torno do autismo, dentre as quais se destacam as de caráter epistemológico e institucional, pois há um grande movimento por trás empregando um falso discurso inclusivo.

Acreditamos que é através de perguntas muitas vezes mal formuladas, epistemologicamente equivocadas e clinicamente irresponsáveis, que práticas engessadas e instituições autorizadas por seus discursos ‘inclusivos’ promovem suas ‘verdades definitivas’ com vendáveis métodos ‘mais eficientes’ e altamente dispendiosos, não apenas financeiramente, mas especialmente (FURTADO, 2012. p. 68).

Como no Brasil não possuímos estatísticas em torno do autismo, acompanhamos a tendência norte-americana<sup>78</sup> importando para nossa realidade uma estimativa de 02 milhões de casos, imperativo esse da Organização Mundial da Saúde (OMS) (JUNIOR, 2014). Salientamos que é extremamente complexa essa transposição de uma estatística norte-americana para nosso país, cujas variações e diferenças são incontestáveis, entretanto, trata-se de uma das ‘imposições’ de órgãos internacionais.

Na busca das melhores evidências científicas, somos reféns de uma lógica perversa, cujos imperativos nos condicionam a determinada forma de agir, pensar e ser. No caso, os TEA enquanto entidade nosológica, talvez, possuam um lugar, mas o sujeito autista, este como uma posição subjetiva nos leva a questionar a possibilidade ou não de o mesmo ocupar um espaço na Saúde Pública. O sujeito o qual nos propomos a falar é um sujeito do desejo, cuja intervenção terapêutica não deve se limitar à reabilitação e aquisição de automatismos adaptativos que a abordagem cognitivo-comportamental se propõe. Nós, numa vertente psicanalítica, desejamos contribuir inserindo um sujeito no laço social, fazendo dos automatismos letra, conforme nos aponta Jerusalinsky (2010).

---

<sup>76</sup> Podemos afirmar que esse movimento dialoga perfeitamente com o discurso capitalista.

<sup>77</sup> Transtorno Invasivo (Global) do Desenvolvimento, ambas as traduções do inglês *Pervasive Developmental Disorder*.

<sup>78</sup> Pesquisa desenvolvida pelo *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC) do governo dos Estados Unidos que estima 01 em cada 68 casos de autismo no país no ano de 2010 (JUNIOR, 2014).

Há uma confusão de papéis nesse cenário, cujo pano de fundo é a Rede SUS, o discurso científico pautado num objetivismo exacerbado, exclui as contribuições de outras áreas. A psicanálise, pautada na criticidade e inventividade pode contribuir nesse aspecto, excluí-la desse campo é perverso e mascara um discurso político, cuja intenção é limitar e aprisionar a subjetividade de seres falantes.

O uso do “antipsicótico de ação antagonista dos receptores de dopamina e serotonina” Risperidona<sup>79</sup>, por exemplo, ilustra perfeitamente o ápice do poder político e estratégia de controle do sujeito autista e familiares. É constatada que a eficácia clínica do psicofármaco é evidente somente nos sintomas acessórios e/ou secundários do quadro (Irritabilidade e agressividade) sendo os sintomas centrais (Inibição social e estereotípias) praticamente inalterados pelo medicamento (BRASIL, 2014). De que índice terapêutico e benefícios estamos falando?

Nesta perspectiva, podemos perceber o quanto a noção de doença e remissão dos sintomas se fazem presentes, totalmente em concordância com o modelo instituído pelo DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) 10ª edição e CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde). Esses manuais trazem uma redução do sujeito à categoria de indivíduo, transformando-o em reles objeto de estudo, no qual determinado saber e/ou técnica pode ser aplicado.

A questão que se torna evidente neste cenário é a necessidade de “tratar de sintomas”, que embora secundários e não centrais à descrição diagnóstica presente no manual, não são tomados, em nenhum momento, como sinalizadores de um processo de constituição subjetiva. Esses sintomas são tratados como se nada nos dissessem ou denunciasses, apenas são marcadores de uma nomenclatura presente em um manual, corroborando a hipótese “consensual”, por parte da psiquiatria e neurociências, do desequilíbrio neuroquímico para todo e qualquer transtorno mental (PARDO; ALVAREZ, 2007).

Embora haja tentativas de superação deste modelo reduzido de pensamento vigente na Saúde Pública, por meio da implementação de outras formas de cuidado e ensino, ainda assim são apresentados desafios no cotidiano dos profissionais vinculados ao SUS. Reorientarmos a formação desses profissionais, por meio do deslocamento do eixo da medicalização para o da atuação interdisciplinar é um desses desafios, pois ainda vemos

---

<sup>79</sup> A incorporação de tecnologias, mais especificamente de medicamentos segue as diretrizes instituídas a partir do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dentre as inovações está a constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

imperar tanto na formação quanto na prática um cuidado pautado na lógica hegemônica onde educação e saúde não se articulam de maneira efetiva e dessa forma, não transformam a prática. Neste sentido, não são levados em consideração os princípios e diretrizes do SUS (ROSSONI; LAMPERT, 2004).

Esse debate em torno da formação se insere aqui, pois somos condicionados a reproduzir uma prática fragmentada e que vai de encontro à integralidade, prática essa que resulta de um ensino tecnicista, fragmentado e pautado na lógica dos *especialismos* (ANDRADE; COSTA, 2010). Nosso interesse no autismo e sua inserção na Rede SUS segue essa configuração, pois vemos uma lógica de reprodução de práticas e intervenções supostamente “terapêuticas” sob os auspícios do termo “reabilitação” de um indivíduo que precisa se desenvolver a todo custo, adquirindo habilidades para as Atividades da Vida Diária (AVD) e dessa forma ter uma vida mais próxima possível do “normal”.

Dessa forma, a rede e seus arranjos organizacionais se estruturam subordinadas a essa lógica, subjugadas a todas essas formas de saber e práticas, então nos questionamos sobre a possibilidade ou não de termos uma *narrativa aberta* em relação aos TEA como a linha de cuidado nos aponta ser necessário.

Pais, familiares, profissionais da saúde e sujeitos autistas assistem uma realidade desfavorável se construir em torno da Rede SUS, pois seu direito à saúde rumo a uma suposta integralidade fica à mercê dos imperativos do capitalismo. Esses últimos são travestidos por um discurso da melhor evidência científica, da redução do seu sofrimento à categoria de deficiência intelectual e por fim, sendo inserido numa Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, com aval de todos os atores sociais citados acima.

Somos limitados a pensar então, que apenas nos constituímos a partir da interação de milhares de neurotransmissores e que o desequilíbrio neuroquímico, advindo de uma carga genética desfavorável é o depositário e único responsável pelos nossos transtornos mentais (PARDO; ALVAREZ, 2007).

A ciência moderna e todos os seus condicionantes históricos, sociais e políticos possuem um reflexo direto na política de saúde, esse aspecto é incontestável, pois vemos avanços e outros aspectos significativos. A incorporação de tecnologias no cuidado, diagnóstico e reabilitação dos sujeitos adoecidos ou em processo de adoecimento apontam esses avanços, esse contínuo é marcado por uma série de repercussões, sejam elas na formulação, corroboração de hipóteses, elaboração de projeto de intervenção e cuidado propriamente dito.

Entretanto, não podemos mascarar e encarar essa dinâmica apenas em seu aspecto “progressista”, pois assim como avançamos, retrocedemos. Ao tirarmos de cena o sujeito que está num processo contínuo de exclusão em virtude dos imperativos da evolução científica, tornando-o a variável interveniente que deve ser controlada, pois ele poderá interferir no processo de dominação e descoberta. O discurso cientificista da prática baseada em evidências, paradigma do risco, predisposição, entre outros, devem ser transpostos com o máximo de cautela no campo da saúde mental, pois se assim não for, correremos o “risco” de criarmos um exército de sujeitos adoecidos.

Há que se considerar e ouvir esse sujeito, chamá-lo para contribuir nesse processo de construção de um saber, senão, construiremos uma ciência não humana, passível de uma objetivação grotesca que culminará em práticas iatrogênicas de assistência à saúde. Desta forma, não podemos resumir o homem e seu sofrimento a uma desordem neuroquímica e muito menos o incapacitando como consta nas “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autista (TEA)”.

Ampliar as possibilidades de inserção do autista no laço social, produzir autonomia, levar em consideração a singularidade e garantir direitos é uma questão complexa e que se faz necessária na Rede SUS. Entretanto, restringir-nos às práticas e abordagens que limitam a participação do sujeito, engessam o processo de cuidado e inviabilizam a construção de uma rede viva. Para avançar é preciso discutir e convocar os diferentes saberes que abordam e lançam luz sob os fenômenos, é assim que se faz ciência, caso contrário, estaremos reproduzindo uma lógica de imperativos supostamente científicos e legitimando o cenário obscuro atual.



## 8 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA: DA SAÚDE PÚBLICA À COLETIVA

Partindo do pressuposto da opacidade da linguagem, tomamos como unidade de análise os documentos oficiais e normativos lançados pelo Ministério da Saúde sobre os TEA e procuraremos descrever a relação dos mesmos com as categorias promoção e prevenção que são eixos estruturantes da Atenção Primária à Saúde (APS) (STARFIELD, 2002). Salientamos que essas categorias são frequentes no discurso tanto dos materiais lançados pela referida instituição, quanto dos profissionais que compõem a Saúde Pública<sup>80</sup>, mais especificamente nos pontos da Rede vinculados à ESF. Além disso, acrescentamos que para a compreensão de conceitos e categorias há necessidade de nos remetermos à realidade histórico-social, sendo assim, construiremos um percurso acerca da definição e constituição das categorias que ora analisamos.

Orlandi (2001) nos traz contribuições importantes no tangente à Análise de Discurso (AD), transitando por conceitos que se fazem pertinentes à análise que nos propomos no presente estudo. Dentre os conceitos citamos os seguintes: dispositivo teórico e dispositivo analítico da AD. A autora levanta a questão de que a AD não é uma ciência, muito menos objetiva sê-la, entretanto, propõem-se a uma reflexão teórica acerca da linguagem e sua produção de sentidos, partindo do dispositivo teórico formado por três ciências, quais sejam: linguística, filosofia e ciências sociais.

Esse instrumental teórico cria condições propícias para que o analista de discurso, aqui os pesquisadores, defina a natureza do material e a finalidade da análise diante da questão colocada e/ou proposta. Salientamos que a AD não propõe uma interpretação do texto em sua literalidade, como faz a Análise de Conteúdo e a própria hermenêutica, mas sim, propõe uma compreensão (con) *textual*. Essa compreensão é complexa, pois nela consta uma série de fatos, marcados por nuances discursivas, polissemia e interdiscursos que se materializam nas relações sociais e sociedade, assumindo assim, formas concretas.

Adotamos como unidade de análise, os documentos acima referidos, inicialmente, vamos tratar das categorias promoção e prevenção no âmbito da Saúde Pública, procurando estabelecer uma relação entre as mesmas e a realidade dos TEA, conforme nos propusemos. Tratamos aqui a promoção e a prevenção como categorias, pois as mesmas são conceitos

---

<sup>80</sup> Saúde Pública é um conceito, pois é uma unidade de significação que define a forma e o conteúdo de uma teoria.

classificatórios, ou seja, termos carregados de significação, através dos quais a realidade é vista de forma hierarquizada (MINAYO, 2013).

No manual SUS de A a Z a Promoção da Saúde “é uma das estratégias de produção de saúde, um modo de pensar e de operar que, articulado às demais estratégias e políticas do SUS, contribui para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde” (BRASIL, 2009, p. 294). Por não constar no referido manual a palavra prevenção, optamos por trazer a definição etimológica da mesma no dicionário. Dessa forma, prevenir vem do latim *praevenire*, “antecipar, perceber previamente”, literalmente “chegar antes”, de *prae-*, “antes”, mais *venire*, “vir”. Quem “chega antes” tem condições de evitar que algo indesejável aconteça tomando as medidas necessárias, em saúde significa preparar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize (FERREIRA, 1986 *apud* CZERESNIA, 2003).

Segundo Westphal (2012) a Promoção da Saúde foi denominada, pela primeira vez, por Henry Sigerist no início do século XX, ao conceber as quatro funções da medicina: Promoção da Saúde, Prevenção da Doença, Tratamento dos Doentes e Reabilitação. Para esse sanitarista, a promoção estava vinculada às ações de Educação em Saúde, bem como ações do Estado para melhorar as condições de vida de sua população. Desde já, podemos traçar uma relação entre a Promoção da Saúde e a Educação em Saúde, figurando aqui as Estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS), discutidas no capítulo II. Entretanto, essa vinculação possui uma genealogia que necessita ser elucidada para compreendermos como esse processo se constituiu historicamente e tentarmos lançar uma reflexão crítica acerca do tema.

A Promoção da Saúde, bem como a Prevenção da Doença possuem forte conotação social, pois desde os primórdios da civilização existe uma preocupação com essas questões. Na Grécia antiga, em torno de 460 a.C. a 146 a.C., havia uma preocupação em torno do *indivíduo* saudável e suas condições de vida; nos escritos de Hipócrates, por exemplo, saúde e ambiente e sua relação intrínseca eram tratados na trilogia *Ar, Água e Espaços* (WESTPHAL, 2012). Após a destruição de Corinto em 146 a.C. os conhecimentos e concepções gregos migraram para Roma, entretanto, a noção de indivíduo grego passa a ser substituída pela noção de Estado romano, justamente porque nesse outro contexto o indivíduo não era uma questão de importância primária.

A Idade Média não apresentou avanços significativos na área da saúde, pois nesse contexto não se preocupava com o corpo e sim com o espírito, em função da dominância do clero nessa estrutura social. O Renascimento, por sua vez, apesar do advento da ciência moderna e outros empreendimentos, não apresentou grandes avanços, mesmo a Europa sendo

tomada por uma crise de epidemias, doenças e moléstias que dizimaram um enorme contingente populacional (WESPHAL, 2012).

A descoberta do microscópio, os avanços na medicina e o desenvolvimento científico frutos dos séculos XVII e XVIII trouxeram impactos significativos no âmbito da Saúde Pública que nesse contexto estruturava-se. Embora tomando forma, a Saúde Pública apresentava uma forte conotação autoritária, devido à vigência do modo de governança na época: o absolutismo autoritário. Nesse contexto a *polícia sanitária* era a política de saúde vigente, obrigando os indivíduos sadios a se comportarem de determinada forma e os doentes a serem isolados como medida profilática (WESPHAL, 2012).

Dentre os nomes no século XIX, destacamos o trabalho de Rudolf Virchow sobre a Epidemia de Tifo na Prússia, em 1847-1848, considerado um precursor das estratégias de promoção utilizadas até hoje, por ter incluído em sua análise questões como educação, pobreza e os impactos dessas nos níveis de saúde da população (WESTPHAL, 2012). Estrutura-se então, o discurso da causalidade, relacionando o ambiente e seus determinantes às condições de saúde da população<sup>81</sup>.

Os avanços científicos no campo biomédico, marca do século XX, continuaram a se desenvolver nesse período denominado “a era bacteriológica”. Entretanto, apesar do avanço anterior no século XIX em termos da relação da saúde e ambiente, passou-se a deslocar o pensamento causal em saúde “do ambiente físico e social para agentes patogênicos concretos: a doença tem só uma causa, com um germe originando cada etiologia” (WESPHAL, 2012, p. 638).

De acordo com Nunes (2012) as descobertas bacteriológicas de Robert Koch tiveram um impacto significativo na Saúde Pública, entretanto, essas acabaram limitando as noções de saúde e sua interface com fatores sociais. Uma série de fatos e acontecimentos se sucedeu, entretanto, essa concepção biológica pairou sobre a Saúde Pública e discurso epidemiológico, dominando até hoje as práticas nesse campo, embora tenhamos tentativas de repensar essas concepções, como tem feito a própria Saúde Coletiva<sup>82</sup>.

Diante dessa leitura e concepção inicial, podemos pensar que é a partir da própria noção de Promoção da Saúde levantada por Sigerist que se desenrolam as demais ideias em torno da temática. Principalmente a “formação do marco referencial da Promoção da Saúde

---

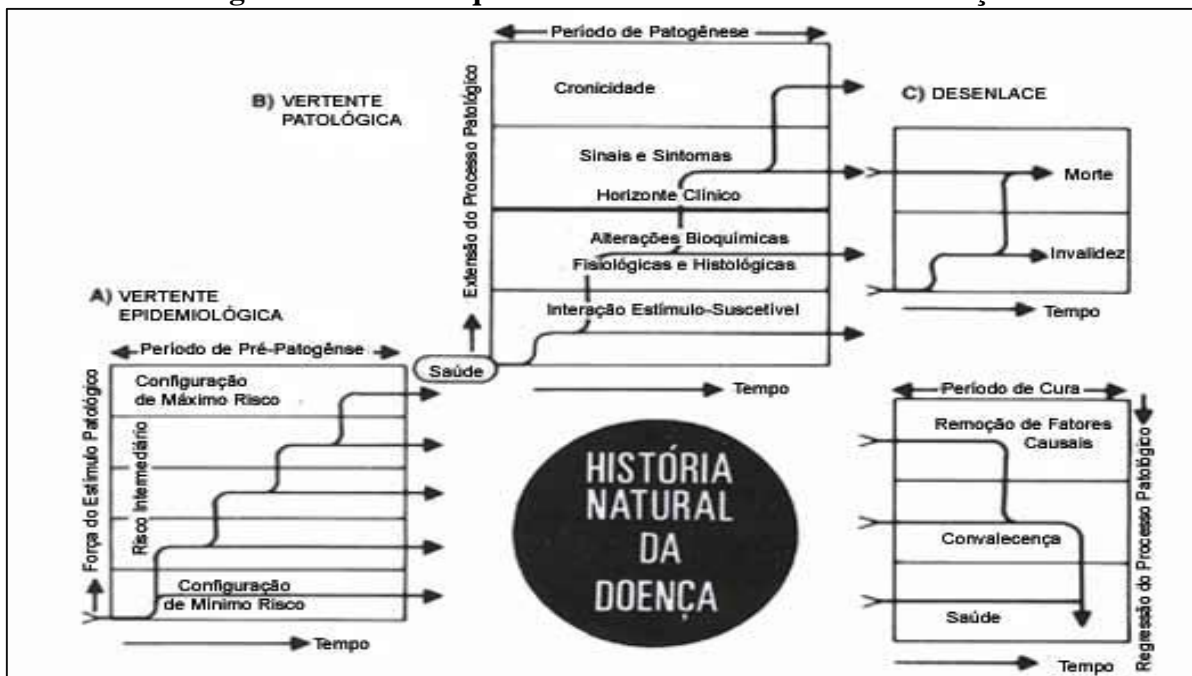
<sup>81</sup> Adiante, discutiremos acerca da noção de determinantes em saúde.

<sup>82</sup> A Saúde Coletiva é um campo amplo, interdisciplinar que vai de encontro à lógica naturalista do saber médico que paira sobre a Saúde Pública (NUNES, 2012). Pode ser considerada, ainda, um movimento político que emergiu na sociedade brasileira, num contexto ditatorial, mas que apesar disso, propôs reflexões em torno de questões sociais, políticas e econômicas que influenciam direta e indiretamente nos níveis de saúde da população.

que focaliza suas intervenções nos determinantes da saúde” (WESTPHAL, 2012, p. 640). Esses determinantes da saúde ampliam e/ou deveriam ao menos, ampliar a noção de saúde no campo da Saúde Pública, visto que engloba questões como: determinantes sociais, condicionantes, noção de susceptibilidade ambiental, contexto, etc.

A partir de então, passou-se a formular e pensar acerca de um modelo hierarquizado para a prevenção da doença, modelo esse que foi inserido no clássico quadro da “história natural das doenças”<sup>83</sup>, utilizado até os dias atuais no âmbito da Saúde Pública. Entretanto, devido à evolução dos conceitos e até mesmo da própria Saúde Pública, esse quadro necessitou e ainda necessita de reformulações, como destacamos no texto abaixo.

**Figura 2 - Clássico quadro da História Natural das Doenças**



Fonte: Rouquayrol & Goldbaum (1999).

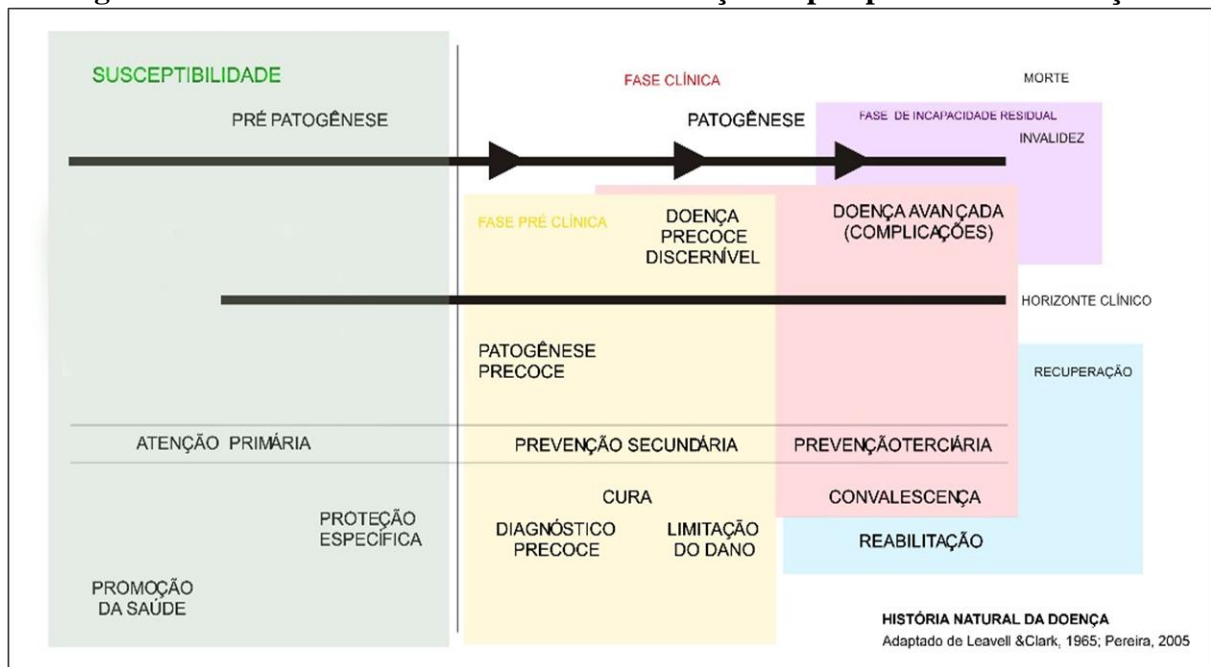
De acordo com Westphal (2012) o modelo proposto para a aplicação de medidas preventivas na história natural das doenças, ou seja, o modelo Leavell & Clark de 1965<sup>84</sup> se divide em: *Prevenção Primária*, na qual entra a promoção, bem como medidas gerais e educativas para resistências às agressões do ambiente; *Prevenção Secundária*, ou seja, aquela que opera em dois tipos de população, quais sejam: indivíduos sadios potencialmente em risco e indivíduos doentes para cura e/ou evitar possíveis complicações. *Prevenção Terciária*, por

<sup>83</sup> A medicina e demais profissões da saúde foram e ainda são influenciadas em suas práticas pelo modelo clássico da História Natural das Doenças.

<sup>84</sup> Veremos no capítulo seguinte que esse discurso da prevenção foi pensado por Caplan à abordagem da saúde mental nos Estados Unidos.

sua vez, objetiva a recuperação ou manutenção do equilíbrio funcional, atuando por meio de atividades físicas, fisioterapia e saúde mental.

**Figura 3- Modelo da História Natural das Doenças na perspectiva da Prevenção**



Fonte: Pereira (2005).

Ora, a prevenção primária nesse sentido, pode ser confundida com a promoção? Diante dessa questão, lançamos mão de uma reflexão em torno da Saúde Pública e as categorias prevenção e promoção. A primeira vinculando-se a questões mais focais e atrelada a intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, “reduzindo sua incidência e prevalência nas populações” (CZERESNIA, 2003, p 45). Terris (1990 *apud* CZERESNIA, 2003) nos afirma que a promoção, por sua vez, é definida de maneira mais ampla, como medidas que não se dirigem às doenças, mas sim à saúde e o bem-estar, objetivando a transformação da vida, ou seja, uma abordagem intersetorial. Acrescentamos que *promoção em saúde*<sup>85</sup> é caracterizada como direito social e humano, devendo caminhar no sentido de construir ações que possam responder às necessidades sociais em saúde (ROUQUAYROL, 2012).

Essa diferenciação entre a Prevenção da Doença e Promoção da Saúde é um debate corrente entre alguns pesquisadores na área da Saúde Coletiva. A maioria desses estudiosos aponta o quanto essas questões estão condicionadas, e nos arriscamos a afirmar subordinadas a questões econômicas e da própria lógica da racionalidade científica. No

<sup>85</sup> Promoção em Saúde é empregada no sentido de garantia de direitos, enquanto Promoção da Saúde é circunscrita ao contexto de práticas de saúde.

momento em que temos um Estado, pautado numa lógica neoliberal<sup>86</sup>, por exemplo, as políticas públicas desse, nada mais reproduzirão que um modelo de saúde estritamente médico-científico e não implicado com questões sociais.

Esses fatores explicam, em parte, uma realidade institucional que se caracteriza pela fragmentação e desumanização dos serviços, pela desigualdade no atendimento, pela ineficácia das ações e pela insatisfação dos usuários do Sistema Público de Saúde (SUS). Concorrem, igualmente, para um estilo de gestão marcado por práticas clientelistas e autoritárias e pelo descompromisso dos trabalhadores: divididos entre a apatia burocrática e os interesses corporativos e as necessidades dos usuários (CARVALHO, 2009, p. 28).

Nesse contexto, presenciamos ações voltadas à lógica de elaboração de protocolos clínicos focados na doença, pois essa última é o objeto da medicina; e, por sua vez, a Saúde Pública, desde sua constituição, gira em torno, exclusivamente, dessa tal ciência. Nesse sentido, é questionável a própria concepção de promoção, visto que esta é tomada em moldes tecnicistas, individualistas e funcionando a partir do eixo neoliberal. No entanto, a promoção, apesar da dificuldade de diferenciá-la da prevenção, deve ser pensada além desse crivo positivista que a aprisiona, pois, a mesma tem sua potencialidade quando pensada a partir da perspectiva ampliada em saúde.

A ideia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle (CZERESNIA, 2003, p. 47-48).

As necessidades de saúde demandam abordagens direcionadas aos procedimentos objetivos, ou seja, especificidade, por outro lado, os problemas de saúde requerem abordagens mais complexas no campo da Saúde Pública (CASTELLANOS, 1997 *apud* CZERESNIA, 2003). Ora, a vida não pode ser reduzida aos mecanismos físico-químicos que estruturam seu funcionamento, nem ao menos ser vista somente a partir de uma experiência subjetiva. Nesse rumo, afirmamos que essa questão não deveria tomar essa nuance binária, pois ambas as instâncias estão intrincadas ao ser humano.

Se, ao falarmos em promoção, como apontado acima, devemos nos remeter à intersectorialidade, é contraditório as intervenções e práticas de saúde circularem,

<sup>86</sup> De acordo com Therborn (1995 *apud* CARVALHO, 2009) o neoliberalismo surgiu nos anos 50 na Europa e nos Estados Unidos, porém na década de 90 que o mesmo começou a pautar a vida econômica, política e cultural da maioria das nações. Assim, a partir desse eixo neoliberal, temos uma hipertrofia de mercado e um gradativo esvaziamento do papel do Estado, gerando uma série de fatores, entre eles: desregulamentação, desuniversalização dos direitos, ampliando assim as desigualdades, exclusão social e transformação da saúde em mercadoria. A saúde, por sua vez, no contexto neoliberal vai de encontro aos princípios constitucionais, resultando em uma dupla problemática: saúde a serviço do mercado, ao invés do usuário e a gradativa desresponsabilização do Estado diante dos direitos universais da população aos serviços de saúde.

exclusivamente, no eixo da especificidade. Onde fica a intersectorialidade que é tão citada em legislações, portarias e linhas de cuidado? A partir de então, podemos observar uma série de discussões, tanto no âmbito da Saúde Pública quanto da Coletiva acerca das categorias promoção e prevenção, transitando pela lógica da economia, direitos, ideologia, entre outros.

Para entendermos essas questões vinculadas à Promoção da Saúde e Prevenção da Doença de forma crítica e histórica, não basta conceituá-las pontualmente, mas sim refletirmos as vertentes político-ideológicas a que elas estão filiadas. Desde o século XX a Saúde Pública, especificamente, está subordinada a uma série de imperativos e regras de uma ciência moderna, cujo avanço *tecnológico* caminha no rumo da simplificação e ordenação dos fenômenos, sejam eles naturais ou humanos<sup>87</sup>.

É inquestionável que esses avanços científicos e tecnológicos trazem melhorias para a humanidade, como as estatísticas acerca dos níveis de saúde da população apontam em alguns países, por exemplo (ROUQUAYROL, 2012). Entretanto, na medida em que esses avanços são tomados como verdades universais, não sendo criticados e nem ao menos pensados, acabam assumindo facetas ideológicas perigosas, no sentido de afetar políticas públicas de saúde que passam a ser pensadas e priorizadas a partir de uma faceta do fenômeno apenas. Visão unilateral e simplificada são prerrogativas de uma ciência que reduz, ordena e classifica os fenômenos, como se toda ciência vinculada à saúde fosse única e exclusivamente natural e conseqüentemente desligada das ciências humanas (MORIN, 2005).

A ciência, o Estado e concomitantemente as políticas públicas, dentre elas a da saúde, tomam o ser humano como indivíduo, passível de controle por parte dessa maquinaria que se forma em torno dele. As ações de Promoção da Saúde, em sua vertente político-ideológica libertadora, ou seja, ações que visem o reconhecimento de um sujeito<sup>88</sup> de direitos que deve ser emancipado a partir de ações de um Estado comprometido com seu bem-estar são inviabilizadas por uma lógica neoliberal. É como se as conferências, documentos e questionamentos levantados pelos diversos atores sociais que apontam a Promoção da Saúde como movimento político rumo à emancipação, fossem esforços inúteis diante de um Estado a serviço da economia globalizada.

Informe Lalonde de 1974, Conferência Alma Ata em 1978, Carta de Ottawa e outras instâncias tiveram importância circunstancial no entendimento e reflexão sobre Promoção da Saúde. Unânime, entre elas, o entendimento da categoria promoção e a dificuldade de operacionalização da mesma diante de uma sociedade capitalista, onde os

---

<sup>87</sup> Não acreditamos ser possível a existência de um fenômeno estritamente natural ou humano.

<sup>88</sup> Entendemos sujeito aqui como uma posição subjetiva.

direitos se esfacelam e aumentam cada vez mais as desigualdades entre os países ricos e pobres. Como pensar, operacionalizar uma “Saúde para todos”, uma saúde vista em sua positividade, uma saúde que deve ser vista como recurso e não como objetivo (WESTPHAL, 2012)?

Esses movimentos apontam a saúde em sua amplitude, multifacetada e resultante de uma complexa interação entre o homem e seu ambiente, indo além da concepção epidemiológica tradicional “agente-susceptível”. Nesse sentido, afirmamos que as políticas em saúde devem sair da lógica culpabilizadora, que torna o indivíduo o único responsável por sua saúde; e sim caminhar rumo a um pensamento que tome em conta vários princípios, tais como: Ações de Promoção da Saúde pautados numa concepção holística, equidade, intersetorialidade, participação social e sustentabilidade (WESTPHAL, 2012).

Instalou-se nesse debate da promoção da saúde, desde então, o campo da Saúde Coletiva, como um movimento político e acadêmico articulado tanto às ciências sociais como pelo próprio campo da Saúde Pública, no sentido de uma crítica às práticas curativas e a abordagem epidemiológica biologicista. A Saúde Coletiva se destaca, na realidade brasileira, por ser a “matriz teórico-conceitual” do movimento pela Reforma Sanitária que surgiu num contexto de ditadura militar onde as práticas curativas e voltadas à lógica biomédica imperavam, bem como o modelo de medicina previdenciária (TEIXEIRA, 1985, p. 97).

O campo da Saúde Coletiva, então, fortemente atrelado à medicina social, se constituiu como um movimento que criticou duramente a “triade ecológica” proposta por Leavell & Clark, por não considerar aspectos como as condições de vida, condições de trabalho e acesso a bens e serviços; pois estes influenciam sim os níveis de saúde da população (WESTPHAL, 2012, p. 642). Apesar da Epidemiologia<sup>89</sup> ter surgido atrelada às condicionantes sociais do processo saúde-doença, a partir do século XX a mesma passou a assumir uma faceta conservadora e biológica em detrimento de uma abordagem social e crítica (WESTPHAL, 2012). Esses são pontos críticos para o Campo da Saúde Coletiva, campo esse interdisciplinar e que visa problematizar questões políticas e ideológicas em sua interface com a Saúde Pública.

A Saúde Pública, no Brasil, privilegia nos seus serviços de saúde a atenção à doença, subordinando-se a lógica médica do mercado, utilizando tecnologias e aparatos

---

<sup>89</sup> A Epidemiologia está engessada na lógica biomédica, pois prioriza apenas a análise e distribuição de doenças em populações, pois demonstrar o impacto das desigualdades sociais e econômicas não é interessante para o Estado neoliberal. O “Informe Lalonde”, por exemplo, propôs a noção de “Campo da Saúde” afirmando que as políticas governamentais de saúde deveriam considerar o ambiente, a biologia humana, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde vigente (WESTPHAL, 2012, p. 643).



médicos de acordo com as injunções desse mercado (WESTPHAL, 2012). Aí podemos constatar que o Estado é subordinado à ciência, que por sua vez é gerida e funciona a partir de regras mercadológicas, para nós, então, as políticas públicas de saúde são geridas por esse Estado subjugado aos imperativos de um mercado. Justifica-se assim o porquê da precisão de uma Saúde Coletiva como movimento acadêmico e político no Brasil que há quatro décadas vem tentando ampliar concepções na Saúde Pública.

### 8.1 Promoção, Prevenção e Transtornos do Espectro do Autismo: dissonâncias

Diante das questões levantadas, podemos perceber a origem da tomada pelo Estado das questões vinculadas à Promoção da Saúde e Prevenção da Doença na sua interface com a educação da população. Esse processo se estruturou e ainda se estrutura no contexto atual em que dispomos de uma política pública de saúde consolidada ou em processo de consolidação, pois como apontamos ao longo, não se trata de algo estático e sim dinâmico em processo de (des) construção.

É, no mínimo, interessante como se articulam essas *instituições* Educação-Saúde-Estado na vida não só dos sujeitos *portadores*<sup>90</sup> de TEA, mas de todos os sujeitos assistidos por políticas públicas de saúde ofertadas/gerenciadas por esse Estado. Diante dessa discussão, Foucault (2014) nos traz que todo sistema de educação possui como objetivo político “manter ou modificar a apropriação dos discursos” (p.41). O que pode ser dito, o que deve ser calado e/ou falado está subjugado a toda uma maquinaria de poder que se articula de maneira complexa. Há assim, um disciplinamento sutil em torno da lógica discursiva em que circula esse poder, disciplinamento esse caracterizado e construído no campo da busca da verdade.

Ora, se dispomos de uma Saúde Pública que deve caminhar rumo à integralidade<sup>91</sup>, ou seja, em direção a uma oferta de serviços cuja competência técnica e operacional deve sanar as demandas de saúde das pessoas com TEA. E mais, levando em consideração o ser *biopsicossocial*<sup>92</sup>, por que não conseguimos visualizar, muito menos constatar esse diálogo entre a Saúde Pública, TEA e Educação Permanente em Saúde, por exemplo?

---

<sup>90</sup> Anteriormente, levantamos a problemática de tomar esses sujeitos a partir da palavra *portadores* e discutimos que por trás dessas questões existem interesses políticos e ideológicos.

<sup>91</sup> Discutimos anteriormente a (im) possibilidade do cuidado do sujeito autista na Rede SUS.

<sup>92</sup> Tenta-se pensar a unidade do sujeito, como integração “bio-psico-social”, entretanto, o mesmo é pensando de forma fragmentada, mediante conceitos que não dialogam com facilidade entre si.

### ***8.1.1 Arranjos organizativos da Rede SUS e o problema da integralidade***

Antes de nos determos na questão do arranjo organizacional da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e sua articulação à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), torna-se imprescindível caracterizarmos o lugar da integralidade e de como esse conceito tomou forma na legislação no campo da Saúde Pública e o processo de tomada do mesmo pela Saúde Coletiva.

O conceito de integralidade teve sua primeira *aparição* em 1987 quando se instituiu o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) para consolidação das Ações Integradas em Saúde (AIS), ambos projetos foram frutos dos debates e questionamentos erguidos na VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>93</sup> (BEDIN; SCARPARO, 2011). Dentre as diretrizes das AIS, figuravam as seguintes: universalização, equidade, *integralidade dos cuidados*, regionalização, etc. Posteriormente, esse conceito institucionalizou-se como diretriz na Constituição Federal de 1988 e posteriormente foi inserido na Lei Orgânica da Saúde- Lei 8.080/90, tal como a conhecemos hoje “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para todo caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

A integralidade, nesse sentido, demanda na situação prática a superação do olhar e atenção focados na doença. Sendo, portanto, mais que um princípio doutrinário da política de Saúde Pública, pois se busca caminhar rumo a uma sociedade mais justa e solidária (BEDIN; SCARPARO, 2011). Salientamos que esse conceito influenciou decisivamente os rumos tanto da Reforma Sanitária quanto da Psiquiátrica no Brasil (AMARANTE, 2011).

Reportando-nos às demandas de saúde mental, no final de 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) “cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental [...]” (BRASIL, 2011).

No referido ato administrativo que institui a RAPS figuram, constantemente, os termos promoção, prevenção e integralidade, bem como se constitui como uma de suas diretrizes a *integralidade do cuidado*. Princípio doutrinário incorporado então, na saúde mental, devendo o sistema operacionalizá-lo levando em consideração todos os aspectos conceituais, legais e organizativos que o termo carrega e demanda.

---

<sup>93</sup> Foi considerada um marco histórico para os avanços na Saúde Pública brasileira, bem como para constituição e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa *suposta* rede integral, na qual a RAPS se destaca, também presente em sua tessitura a Atenção Básica em Saúde (ABS)<sup>94</sup>, perguntamo-nos: por que não falamos da inserção do sujeito autista na Estratégia Saúde da Família<sup>95</sup>, por exemplo? Por que, historicamente falando, esse sujeito está restrito a instituições especializadas em autismo? Por que assistimos uma série de “tendências” e reivindicações no seio da sociedade brasileira para construção de espaços educacionais e de saúde especializados em autismo? (ANGELUCCI; SOTILLI, 2015).

Salientamos nesse ínterim de questões que a Saúde da Família além de ter surgido como uma política de reordenamento do sistema de saúde, ou seja, do modelo hospitalocêntrico e curativo para o cuidado propriamente dito, é também uma das responsáveis pela oferta de serviços de promoção e prevenção. Dessa forma, trabalha com a lógica do território como meio de facilitar o acesso e a ampliação dos vínculos entre os serviços de saúde e as comunidades.

Portanto, parece-nos arriscado afirmar que dispomos de todo esse aparato conceitual, pois, embora tenhamos assegurada na letra uma rede integral disposta à oferta de serviços de promoção, prevenção e recuperação, por outro lado, carecemos de uma articulação entre os níveis de atenção e até mesmo de uma concepção de sujeito deveras integral.

A linha de cuidado possui um capítulo específico intitulado “Como organizar a Rede de Atenção Psicossocial” que consiste em apontar os arranjos organizativos dos vários pontos da rede, principalmente a articulação da RAPS aos serviços de Atenção Básica, ou seja, a ESF. Justifica-se, de acordo com o documento, essa articulação a esses pontos e à ESF principalmente, pois as pessoas diagnosticadas com TEA também possuem o direito aos seguintes itens: “ações nos campos de puericultura, desenvolvimento neuropsicomotor, intervenção precoce, reabilitação, atenção às situações de crise [...]” (BRASIL, 2013, p. 95).

Visando essa garantia de direitos à saúde, a RAPS possui vários princípios, destacamos a promoção de estratégias de educação permanente, pois essa se faz necessária para que profissionais dos diversos pontos da rede tenham capacidade técnica e de acolhimento às pessoas com TEA nos serviços. A ESF, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência e Cultura, Atenção à Urgência e Emergência, Leitos ou Enfermarias de Saúde Mental em Hospital Geral e Estratégias de Desinstitucionalização, são esses pontos que necessitam estar articulados,

---

<sup>94</sup> Alternamos entre Atenção Primária à Saúde (APS) conceito; e Atenção Básica em Saúde (ABS) termo presente na maioria dos documentos oficiais e normativos lançados pelo Ministério da Saúde, conforme expusemos em nota de rodapé anterior. O documento tratado nesse momento traz a nomenclatura ABS.

<sup>95</sup> Ordenadora da Rede SUS, porta de entrada para os cuidados em saúde.

bem como os profissionais que compõem essas equipes estejam capacitados para tal (BRASIL, 2013). Entretanto, os profissionais que vivenciam cotidianamente esses serviços, percebem uma fragmentação nessa rede, gerando inúmeros desencontros e problemas para ofertar serviços que atendam a complexidade da demanda de pessoas com TEA (BRASIL, 2013).

Essas inquietações demandam uma análise histórica das categorias que pretendemos analisar relacionando-as com os TEA, pois como apontado acima, há necessidade de transitarmos nos caminhos em que essas ideias se estruturaram. Questões, dúvidas e problemáticas requerem, então, essa análise conceitual, pois não concebemos uma Saúde Pública desvinculada da história e de seus fatos<sup>96</sup>. Os TEA necessitam ser abordados de forma crítica, não bastando, é claro, lançarmos uma série de atos administrativos, regulamentações e legislações para sanarmos todos os problemas que circundam esse objeto.

Causa-nos estranheza a temática da prevenção da doença, principalmente da promoção da saúde no tangente aos casos de TEA, pois nos questionamos: como evitar o autismo e promover a saúde desses sujeitos no âmbito da Rede SUS, cujas tecnologias de cuidado giram em torno da noção de reabilitação (BRASIL, 2014a)?

Mesmo sendo evidente essa problemática em torno da vinculação da categoria prevenção na realidade dos TEA, as diretrizes apontam uma suposta “Prevenção e aconselhamento genético” (BRASIL, 2014a, p. 59). Justifica-se, através desse documento, a incidência de casos de TEA similarmente em “[...] algumas situações de síndromes genéticas [...]”, o que nos deixa evidente de qual lugar tal documento nos fala e quais são seus reais objetivos (BRASIL, 2014a, p.60).

Dessa forma, a questão levantada no parágrafo acima nos mostra duas problemáticas, tanto um discurso que afirma a possibilidade de uma prevenção e aconselhamento genético ao mesmo tempo, quanto a constatação da impossibilidade de promover saúde levando em consideração os princípios e diretrizes do SUS. Esses são alguns dos nós que podemos evidenciar através da leitura atenta do manual, pois vemos um discurso contraditório. O autismo é complexo e não pode ser resumido ao esquema referencial das diretrizes de atenção, nesse sentido, garantir direitos, prevenir a doença e promover saúde levando em consideração a filiação teórica da Saúde Pública e Reforma Psiquiátrica requer uma ampliação dessa discussão.

---

<sup>96</sup>Czeresnia (2003) nos fala que a Saúde Pública, especificamente, acompanha a lógica de visão de mundo de uma sociedade neoliberal, lógica essa que engessa a própria noção de ciência, pautada no paradigma da simplificação e ordenação do mundo a partir de fórmulas e conceitos abstratos.

Czeresnia (2003) enriquecendo essa questão, fala-nos que a Saúde Pública, apesar de conceitualmente ampla, tem seu conhecimento e institucionalização de suas práticas configuradas e articuladas à medicina. Dessa forma não há compreensão desse campo a partir do conceito de saúde em sua positividade<sup>97</sup>, mas sim de doença, pois a medicina institucionalizou-se tomando esta (a doença) como objeto.

O desenvolvimento da racionalidade científica, em geral, e da medicina, em particular, exerceu significativo poder no sentido de construir representações da realidade, desconsiderando um aspecto fundamental: o limite dos conceitos de saúde e de doença referentes à experiência concreta da saúde e do adoecer (CZERESNIA, 2003, p 40).

Tendo a medicina se estruturado a partir do crivo de uma ciência positiva, focando suas atenções no objeto “doença”, como podemos pensar uma articulação possível da Saúde Pública, constituída sob os auspícios de uma biomedicina, com a realidade dos TEA? Apesar de os TEA serem tratados como uma mera nomenclatura diagnóstica, sabemos as enormes repercussões que essa visão política e *científica* traz para a realidade no campo em que estamos inseridos. Outra questão é, como pode uma Saúde Pública contribuir/intervir no sentido de promover a saúde enquanto suas práticas se organizam em torno de conceitos como doença mental/transtorno mental?

Destacamos essas questões, visto a enorme dissonância em torno dos TEA, pois se trata de uma nomenclatura cercada de caracterizações problemáticas, bem como é um “conceito”<sup>98</sup>, cuja definição não é consensual e implica uma análise histórica e discursiva detalhada. Interesses, jogos de poder e historicidade, eis aspectos que necessitam de um olhar e análise discursiva em torno.

Nesse sentido, fala-nos Canguilhem (1978) que a doença se constituiu como uma redução do corpo humano, pensando a partir de uma anatomia patológica sua fisiologia, forma e conteúdo. A doença é então, dotada de uma identidade própria, formada por alterações quantitativas de órgãos e funções, ou seja, uma concretude dentro da ciência médica para que essa possa se estabelecer como tal em meados do século XVIII.

<sup>97</sup> Apesar de nas últimas décadas vários países, dentre eles o Brasil, pensarem no redirecionamento das práticas de saúde rumo à promoção e enfoque na saúde em sua positividade/hábitos saudáveis, vemos intenções políticas e econômicas de um Estado neoliberal para o controle e racionalização dos gastos em saúde. Progressivamente, sob a roupagem “promoção da Saúde” o Estado responsabiliza os indivíduos pelas suas respectivas saúdes. Ibid., 2003.

<sup>98</sup> O documento “Linha de Cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial e do Sistema Único de Saúde” traz em seu conteúdo que a nomenclatura TEA é um conceito, perguntamo-nos, conceito de qual ciência, a psiquiatria?

Embora denominado transtorno<sup>99</sup>, os TEA são tomados nas *entrelinhas* como doença, cujo comportamento, incidência, sinais e sintomas devem ser descritos para poder adquirir o estatuto patológico presente e reconhecido no âmbito científico da medicina. Acrescentamos que para se tornar ciência médica, a psiquiatria tomou como modelo a medicina, cujo objeto de estudo e intervenção são as doenças. Os transtornos mentais, aqui os TEA “... síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento ou incapacitação...”, embora etiologicamente não “desvendados” pelas neurociências, são tratados como se fossem realmente doenças. Essas, na maioria das vezes, resultantes de uma suposta “complexa interação entre fatores genéticos e ambientais” (BRASIL, 2013, p. 36).

Nesse rumo, podemos pensar acerca da constituição da própria *medicina mental*, denominada assim, a psiquiatria, por Foucault (2010) na obra “Os anormais”. O que é a psiquiatria, como ela se estruturou e qual o seu objetivo na sociedade em que vivemos? Essas são questões pertinentes para refletirmos acerca da constituição dessa ramificação da medicina como prática de poder/saber.

A Psiquiatria, inicialmente e antes de se constituir como saber médico, era atrelada à higiene pública, como domínio da proteção social, contra os perigos da doença, nas palavras do autor “[...] como precaução social, foi como higiene do corpo social inteiro que a psiquiatria se institucionalizou [...]” (FOUCAULT, 2010, p. 101). Para se tornar ciência, a psiquiatria, ao longo do século XIX, tomou a loucura como objeto e a codificou/classificou como doença, foi preciso dar um estatuto patológico ao erro e as ilusões da loucura para que, então, a psiquiatria adquirisse o reconhecimento como área médico-científica.

Foucault (2010) nos fala que a “dupla codificação” (p.101) da loucura, como doença e perigo para a sociedade, é que estruturou a psiquiatria, que a partir de então goza de um poder/saber sobre os atos criminosos em que a mesma era convidada pela instância judiciária para julgar naquele contexto<sup>100</sup>. Desde já, podemos ver como se estrutura (ou) esse saber e como o mesmo adquire o poder de falar verdades sobre a loucura, julgar crimes a partir da lógica razão-desrazão. Conforme a maquinaria do poder e o disciplinamento se movimentam, esse saber psiquiátrico se molda a serviço de manter-se sólido na estrutura da sociedade.

O passo decisivo que nos interessa, é quando a psiquiatria, para continuar gozando de suas prerrogativas no seio da sociedade, vai além da noção da razão-desrazão, consciênci-

<sup>99</sup> Já tratamos dessa discussão anteriormente.

<sup>100</sup> Hoje a psiquiatria julga o que é normal ou anormal; o que é transtorno ou excentricidade; etc.

delírio, fazendo a seguinte operação: tornando psiquiátrica toda uma série de condutas, perturbações, desordens, ameaças, todas da ordem do comportamento, esse, por sua vez, visível e observável (FOUCAULT, 2010). A partir dessa roupagem, inúmeros aspectos de nossas vidas se tornam passíveis de intervenção médica, tudo passa a ser objeto de domínio dessa dita ciência. Dessa forma, a psiquiatria passa a *patologizar* tanto o doente quanto sua família, essa última, alvo de toda uma tecnologia e um poder/saber médicos que a *medicaliza*.

Foucault nos deixa claro, então, como se constituiu esse discurso médico-psiquiátrico no interior de uma sociedade burguesa, cujos comportamentos, desvios e anomalias são tomados como referência “num desenvolvimento normativo” (p.270). A psiquiatria está, então, consolidada e estruturada no seio social. Como lógica científica que necessitou *criar* uma série de edifícios teóricos, inicialmente apoiada na ideia de delírio, posteriormente nas noções de razão, seguidas pelo instinto e enfim o comportamento, caracterizando e organizando o patológico a partir de um conjunto de síndromes (FOUCAULT, 2010).

Essas questões trabalhadas até o momento nos evidenciam o quanto o conceito de integralidade se torna inviabilizado, tanto em termos dos arranjos organizativos quanto em termos conceituais. Parece que a integralidade, como aponta Merhy (2005) é utilizada como uma forma de justificar modelos e práticas corporativo-centradas. Nessa ordenação, vemos o quanto a Rede SUS e Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>101</sup> está subordinada a um quadro ideológico neoliberal.

## **8.2 Linha de Cuidado, intersetorialidade, garantia de direitos e demais aparatos conceituais**

Refletindo acerca do 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”, podemos perceber uma série de fatos que necessitam ser refletidos quanto ao seu processo de constituição, bem como sua relação com a política de cuidado adotada. A linha de cuidado, cujo título e conteúdo teórico são extensos, dirige-se a gestores e profissionais da RAPS do SUS e visa contribuir rumo à ampliação do acesso e qualificação da atenção às pessoas com TEA e suas famílias.

---

<sup>101</sup> Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

Objetivando, então, a qualificação da atenção e ampliação do acesso à RAPS e Rede SUS, a linha de cuidado busca orientar gestores e profissionais buscando um breve diálogo entre a estruturação dessa rede com os processos diagnósticos e de cuidado dessas pessoas em sua própria trama (BRASIL, 2013). O documento, marcado por uma pluralidade<sup>102</sup> tanto a nível teórico, quanto no referente à sua formulação, visa estabelecer um diálogo entre as vertentes teóricas e entidades que lutam pelos *direitos* das pessoas com TEA e seus familiares. Salientamos que o documento foi submetido à Consulta Pública, democratizando sua elaboração e concomitante aprovação.

O documento apresenta, constantemente, a importância e necessidade do trabalho intersetorial visando o seguinte: “garantia da produção do cuidado continuado, o trabalho comunitário-territorial”, esse último, característica da porta de entrada da Rede SUS, ou seja, a Atenção Básica, conforme o documento denomina (BRASIL, 2013, p. 10). Portanto, podemos perceber que há necessidade de um trabalho que faça uma conexão entre os diversos dispositivos da rede, reafirmando os princípios ético-técnico-políticos tanto para organização dessa, quanto para a “atenção qualificada”. Salienta-se com veemência esse trabalho intersetorial, pois as demandas de usuários com TEA requerem esforços políticos e de cuidado no tangente à garantia de direitos e acessibilidade tanto a equipamentos sociais como de saúde.

No sentido de uma rede que deve estar em ampla conexão, intersetorialmente e visando à garantia de direitos, verificamos que o documento toma para si o conceito ampliado de saúde, constante não somente na Constituição Federal<sup>103</sup>, mas também em conferências nacionais e internacionais que trataram da temática da Saúde Pública, Coletiva e Mental. Analisamos, então, como os discursos se constroem e se repetem tomando como referência o conceito de paráfrase para a AD (ORLANDI, 2001), ou seja, há uma repetição constante, sob novas nuances discursivas do conceito ampliado de saúde, esse que só pode ser ofertado através do reconhecimento de condicionantes sociais do processo saúde-doença. Repete-se, reformula-se, entretanto, não parece operacionalizado.

O trabalho intersetorial figura como um dos eixos centrais no cuidado de pessoas com TEA e seus familiares, pois o documento apresenta um aparato conceitual amplo, complexo e marcado por dissonâncias entre as vertentes teóricas. Repousa sobre o

---

<sup>102</sup> Ressaltamos essa pluralidade, pois a elaboração do documento reuniu um Grupo de Trabalho formado por diversos atores sociais, dentre eles: profissionais da RAPS de diversos locais do Brasil, representantes de Universidades, sociedade civil, gestores e militantes políticos na causa dos TEA,

<sup>103</sup> A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).



documento, como afirmamos anteriormente, o conceito ampliado de saúde, pois para se afirmar um trabalho intersetorial, necessitamos pensar e reconhecer os fatores condicionantes da saúde como decisivos nesse processo. Para refletirmos essas questões, vamos analisar a que rumos essa noção de intersetorialidade nos direciona quando falamos da RAPS.

A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. A intersetorialidade como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população (BRASIL, 2009, p. 193).

Apesar de trazer vários posicionamentos teóricos<sup>104</sup> a respeito dos TEA, tanto em relação ao diagnóstico quanto ao tratamento, é visível que essas concepções parecem não dialogar entre si<sup>105</sup>, justificando-se assim a necessidade de construção de uma “narrativa aberta”, não só em termos diagnósticos, como também a nível de cuidado e compreensão desses *sujeitos de direitos* em suas respectivas singularidades (BRASIL, 2013, p.37).

Na sua introdução o documento traz o conceito de singularidade<sup>106</sup>, defendendo que cada sujeito, e aí se subentende uma posição subjetiva, experiencia situações adversas de maneira particular, não sendo diferente, é claro, nos casos de pessoas com TEA, pois esses também experenciam as situações de forma singular. Nessa direção, portanto, há necessidade de empreender esforços para compreender a experiência subjetiva de pessoas diagnosticadas como *portadoras* de TEA, pois esse diagnóstico “é uma descrição e não uma explicação”, como o próprio documento aponta (p.39).

As áreas da saúde mental e psiquiatria nos trazem o texto, não devem se reduzir e serem abordáveis “por procedimentos estritamente científicos”, pois elas dependem de questões sociais e culturais (BRASIL, 2013, p. 39). Entretanto, essa singularidade destacada na linha de cuidado é pensada e relacionada ao processo diagnóstico, afirmando, o documento, que teremos acesso ao ser singular através desse processo. Isso é um equívoco,

---

<sup>104</sup> A linha de cuidado é marcada por várias nuances teóricas, ora vemos o discurso psicanalítico, ora o psiquiátrico, etc. Justamente pela dificuldade de conciliar esses discursos, o documento apresenta um histórico da construção da categoria TEA, bem como, posteriormente as diretrizes e algumas tecnologias para o cuidado.

<sup>105</sup> Ciência cognitivo-comportamental, intervenções educativas, acompanhamento terapêutico, psicanálise, etc.

<sup>106</sup> O documento traz que o processo diagnóstico “permite colocar em destaque a pessoa singular, com sua história e características únicas, favorecendo o contexto indispensável à compreensão do sofrimento ou do transtorno mental de cada sujeito” (BRASIL, 2013, p. 45). Entretanto, sabemos os prejuízos e estigmas levantados por categorias diagnósticas.

pois se estamos trabalhando com sujeitos, logo, não devemos reduzi-los a um processo diagnóstico apenas e a uma série de descrições diagnósticas contidas em manuais.

Necessitamos apontar esses nós críticos no documento, a fim de abordar com mais cuidado essas questões voltadas tanto à intersectorialidade, quanto à singularidade, relacionando-as com os demais itens críticos presentes no texto. A própria regulamentação dos serviços, por exemplo, necessita de uma análise cuidadosa, pois os pontos da Rede devem estar em ampla conexão, vejamos!

Em consonância à Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010) e Decreto Presidencial nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011) o SUS é orientado a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS), consistindo em arranjos organizativos que visam integrar técnica e logisticamente as diferentes densidades tecnológicas em saúde. Portanto, as ações de promoção, prevenção e recuperação necessitam estar articuladas, na realidade que tratamos, a Atenção Básica (ESF, UBS, Centros de Saúde da Família e NASF) necessita estar articulada à RAPS, por exemplo.

A RAPS, a Rede de Atenção às Urgências, a Rede Cegonha, e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, se apresentam como redes cuja implantação é prioritária para o Ministério da Saúde. Nesse rumo, há necessidade de uma conexão entre as mesmas para garantir e operacionalizar a série de princípios e objetivos propostos pela Saúde Pública, enquanto política. Vale ressaltar que o desafio está colocado não só para implantação e expansão dos pontos de atenção dessas redes, mas também para articulação e a corresponsabilidade do cuidado dos usuários por parte da sociedade civil e demais setores, considerando a singularidade de cada história e a diversidade em que operam a lógica do cuidado (BRASIL, 2013, p. 13).

Na conjuntura do documento que ora analisamos é citado o Movimento pela Reforma Psiquiátrica, bem como a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 e concomitantemente o conceito de território como peças fundamentais para a saúde mental (BRASIL, 2013).

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das relações e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns (BRASIL, 2005, p. 26).

Pensamos esses aspectos da lei e o conceito de território como bases e conquistas da sociedade brasileira no tangente à implantação e implementação dos serviços substitutivos de Saúde Mental. Esses aspectos trazem avanços significativos como a própria criação da rede

de serviços comunitários e territoriais em saúde mental, destacamos aqui os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS<sup>107</sup>. Avanços que necessitam ir além, visando à construção da autonomia e inserção social de pessoas em intenso sofrimento decorrentes de transtornos mentais.

Além do arranjo logístico e organizacional da RAPS, destacamos o lugar das legislações vinculadas aos TEA, pois os mesmos passaram a ocupar o lugar de deficiência<sup>108</sup> para poder gozar/usufruir de uma série de direitos e prerrogativas que esse lugar lhes dá. A linha de cuidado cita a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência<sup>109</sup>; sendo, então, o Brasil signatário, nosso país passa a adotar as diretrizes e pressupostos dessa convenção, ratificados por Emenda Constitucional no ano de 2009. Desde então, uma série de direitos devem ser assegurados às pessoas com deficiência e o Estado tem por obrigação essa oferta; a saúde mental, por sua vez, é convocada a partir de então, a se reestruturar e inserir em sua lógica essa nova *característica* (BRASIL, 2013).

O fato dos TEA adquirirem o estatuto de deficiência fez emergir no seio da saúde mental uma discussão em relação à terminologia *mental disability*, essa controversa e que merece destaque e análise pormenorizados. Na qualidade de deficiente mental, as pessoas que são *portadoras* de TEA vêm sofrendo uma série de estigmas<sup>110</sup>, discriminação e exclusão duplas<sup>111</sup>. Justificamos essa questão pelo fato dessa terminologia acentuar em sua definição o comprometimento de longo prazo e os fatores sociais negativos a que estão sujeitos seus *portadores* (DREW et al. *apud* BRASIL, 2013).

Ora, falamos em singularidade, integralidade, garantia de direitos e intersetorialidade em indivíduos cuja terminologia *mental disability* traz um prognóstico fechado e um destino traçado. Dessa forma, talvez estejamos restringindo as possibilidades desses *sujeitos de direitos* transitarem nessa *suposta* rede integral, cuja narrativa deveria ser aberta. Sabemos que não são reles questões, pois essas trazem um enorme impacto tanto na formulação de políticas públicas, quanto na mentalidade e subjetividades de pessoas diagnosticadas com TEA e seus familiares. Essas são questões que afetam a formulação da

<sup>107</sup> No capítulo seguinte será discutido sobre o CAPS, sua regulamentação e características.

<sup>108</sup> A partir da sanção da Lei 12.764, de 27 de dezembro de 2012 que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, que passa a ser considerada, desde então, pessoa com deficiência.

<sup>109</sup> Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09.07.2008 e Decreto Federal nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.

<sup>110</sup> O estigma é um risco presente nas categorias diagnósticas psiquiátricas, pois essas categorias colocam em questão a própria pessoa, enquanto sujeito (BRASIL, 2013).

<sup>111</sup> Ressaltamos a discriminação e exclusão dupla, pois a categoria transtorno mental somada à categoria deficiência estigmatiza ainda mais esses sujeitos (BATISTA, 2012).

política de saúde mental, bem como se materializam e tomam forma nas relações sociais entre os pares, isso não é inócuo e muito menos uma simples categorização!

*Qualityrights*, por exemplo, é uma proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) para melhorar as condições dos serviços de saúde mental, constantemente articulado ao movimento da sociedade civil. *Qualityrights* têm como principais objetivos: introduzir os direitos humanos, aumentar a qualidade dos serviços, capacitar usuários, familiares e profissionais, desenvolver movimentos da sociedade civil e contribuir no desenvolvimento de experiências e boas práticas (BRASIL, 2013, p. 17). Então, mais um conceito é lançado nessa conjuntura, mais um direito do cidadão, mais um dever do Estado, dessa forma são lançadas propostas no seio de uma sociedade que não as operacionalizam, paradoxos, talvez.

Merhy (2005) aponta as artimanhas da lógica corporativa da medicina ao capturar conceitos que deveriam ampliar as concepções em torno da saúde. Assim toma-se a integralidade, lança-se uma série de programas, serviços e tecnologias, cujo interesse é a manutenção da captura do trabalho vivo em ato<sup>112</sup>. Nas palavras do autor “Na maioria das vezes a integralidade está sendo capturada por modelos de praticar a produção do cuidado em saúde bem tradicionais, bem corporativo centrados” (MERHY, 2005, p. 196).

Diante desse aparato conceitual e vinculação dos TEA à categoria *mental disability*, vemos o quanto a própria política pública de saúde mental, especificamente a RAPS possui uma forte influência e impacto desses conceitos em seus arranjos logístico e organizacional. A gestão dessa rede que necessita estar articulada à RAS, deve incorporar nesse aparato e política de cuidado terminologias supracitadas como *mental disability* ou *psychosocial disability* e se *avizinhar* a uma Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência como aponta a própria linha de cuidado.

Tratamos de um transtorno, entidade nosológica psiquiátrica ou de uma incapacidade *disability*, ou seja, “impedimento de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial” que obstrui a participação social desses sujeitos (BRASIL, 2009). Afinal, do que tratamos? Existem possibilidades de um diálogo entre essas vertentes e a garantia de direitos, tão explicitada pelo aparato conceitual contido em ambos os documentos ministeriais? Estamos entre a cruz e a espada, entre o DSM-V e a CIF<sup>113</sup>, entre o transtorno mental e a deficiência e mesmo assim, encorajamo-nos a falar em singularidade, intersectorialidade e narrativa aberta.

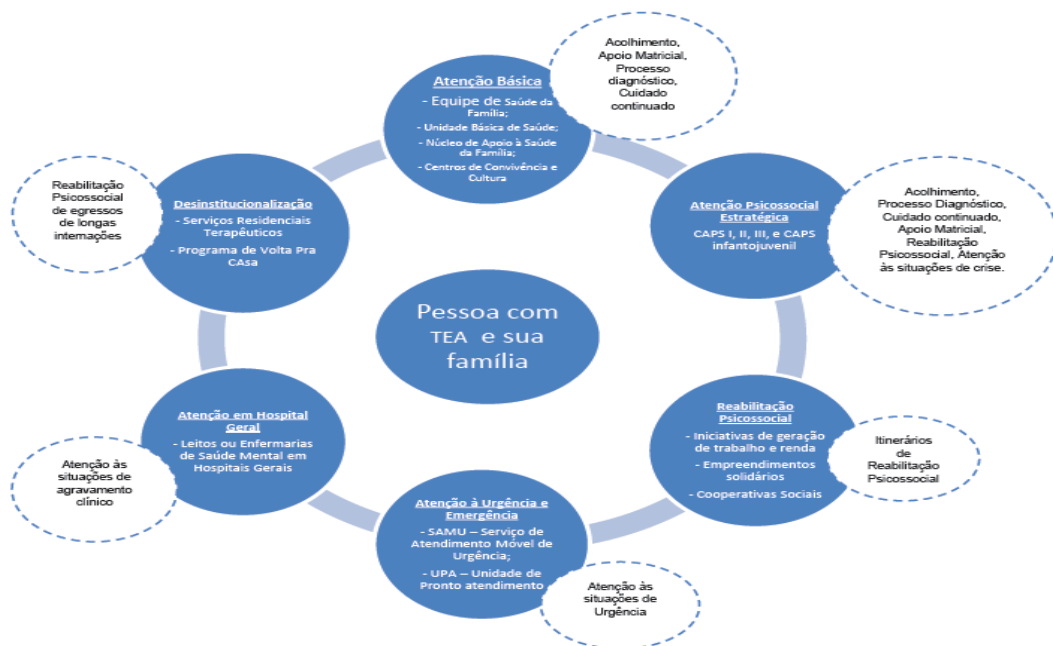
---

<sup>112</sup> No capítulo seguinte trabalharemos os conceitos levantados por Emerson Merhy no que tange ao trabalho em saúde.

<sup>113</sup> CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2001).

Esse arranjo organizacional, no qual a política de saúde mental deve caminhar articulada aos demais setores, ou seja, uma intersectorialidade, justifica-se pelo fato dos TEA serem complexos e multifacetados como aponta a linha de cuidado; entretanto, essa organização logística garantirá o cuidado integral, respeitando a singularidade do usuário nos serviços? Acrescentamos que a RAPS é articulada intrasetorialmente de forma que os serviços estejam dispostos de forma integral, conforme aponta a linha de cuidado.

**Figura 4- Rede de Atenção Psicossocial e as ações de cuidado**



Fonte: BRASIL, 2013.

Por outro lado, ações intrasetoriais não dão conta dessas demandas complexas e muito menos garantem direitos sozinhas. Torna-se necessário pensar outras instituições articuladas para a garantia da participação social e combate ao estigma que *portadores* de TEA são alvos, juntamente com suas famílias. Salientamos que esses estigmas são fomentados e reproduzidos por vários atores sociais, estranhamente, incluímos aí movimentos de pais que *lutam* pelos *direitos* de filhos *portadores* de TEA, mesmo que para garantia desses direitos eles sofram mais um estigma: ser deficiente (BATISTA, 2012).

**Figura 5- Rede de Atenção Ampliada**



Fonte: BRASIL, 2013.

A Política Nacional da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva de 2003. Destacamos aqui o Atendimento Educacional Especializado (AEE), assegurado aos alunos com Transtornos Globais do Desenvolvimento<sup>114</sup> por meio de atividades e programas educacionais especializados. No campo da Assistência Social, por sua vez, observamos que as políticas afirmativas, dentre elas a própria Lei 12.764/2012, visa, principalmente, a construção de uma sociedade onde haja igualdade de oportunidades para as pessoas com TEA.

Nesse sentido, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) executa ações, através de seus dispositivos, de forma articulada às demais políticas públicas na garantia e defesa de direitos. A pessoa com deficiência, aqui no caso o *portador* de TEA, necessita ter

<sup>114</sup> No contexto da Educação o termo “Transtornos Globais do Desenvolvimento” é frequentemente mais utilizado que Transtornos do Espectro Autista ou do Autismo, justamente por abranger uma discussão em torno do desenvolvimento humano.

seus direitos assegurados, em virtude dos seus impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial (BRASIL, 2009). Vemos aqui essa política utilizar as mesmas definições e conceitos levantados pela própria Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), assim como pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Essa leitura e reflexão amplas nos fazem pensar que essa realidade político-sanitária é composta por muitos nós e contradições que necessitam de análises e reformulações no que tange à regulamentação dos serviços que compõem a Rede SUS. Primeiramente, constatamos que não podemos ofertar serviços de promoção para pessoas com TEA, pois além da categoria promoção estar conceitualmente relacionada a direitos sociais, equidade em serviços de saúde e empoderamento de sujeitos, ela é impossibilitada, também pelo fato de que a promoção está vinculada à prevenção primária<sup>115</sup>, ou seja, realizada no período de pré-patogênese.

Como promover saúde nos casos de TEA? Existem possibilidades de prevenir o transtorno por meio de medidas educativas para que indivíduos resistam às agressões dos agentes<sup>116</sup>? Como promover direitos de sujeitos se as pessoas com TEA não são tomadas como sujeitos, mas sim nomenclaturas, ou seja, uma entidade psiquiátrica para um “indivíduo” que apresenta/manifesta uma série de sinais e sintomas ou doenças?

Como emancipar politicamente um indivíduo se ele não é sujeito? Como promover saúde, levando em consideração o aparato conceitual levantado pela Saúde Coletiva e pelas obrigações firmadas pela Saúde Pública se os serviços de saúde caminham e se ordenam por uma lógica de mercado? Na atualidade, está clara a relação de subordinação da desse modelo de ciência à produtividade econômica, bem como é evidente que *cientistas* estão a serviço da produção de banco de dados e estatísticas que retroalimentam a lógica da tecnociência (RESTREPO, 2012).

A integralidade é pensada a partir de dois posicionamentos, ou seja, de um ser biopsicossocial de um lado e de uma rede de serviços cuja capacidade técnica articule os serviços de promoção, prevenção e recuperação (BRASIL, 2009). Diante desses aspectos, como ofertar serviços de promoção e prevenção a um indivíduo *portador* de TEA, se seu transtorno já está caracterizado e diagnosticado? Podemos pensar em um ser integral quando o

---

<sup>115</sup> Mesmo havendo tentativas de rastreamento de sinais precoces para TEA, bem como avaliação de risco é muito complexo falar em promoção da saúde e prevenção de doença em casos de TEA.

<sup>116</sup> Está claro que Transtorno do Desenvolvimento não é um processo fundamentalmente determinista e de base estritamente genética (BRASIL, 2013).

caracterizamos como um indivíduo cujas habilidades cognitivas e mentais são tomadas sob o crivo de uma deficiência intelectual/cognitiva?

Muitos são os nós, poucas são as respostas, pois nosso objetivo é apontar a enorme contradição entre o proposto pelos documentos oficiais e normativos lançados pelo Ministério da Saúde em torno dos TEA. Dispomos de todo um aparato conceitual no campo da Saúde Coletiva e uma série de direitos por parte da Saúde Pública não são suficientes para a garantia de uma rede integral que tome o autista como sujeito de direitos, cujo tratamento deve ser operacionalizado levando em consideração os múltiplos aspectos que circundam essa posição subjetiva.



## 09 SAÚDE MENTAL, TECNOLOGIAS DE CUIDADO E REABILITAÇÃO: COMO CONCILIÁ-LOS?

Para uma compreensão lógica e linear da temática que tratamos, bem como uma possível relação desta com os conceitos de Saúde Mental, Tecnologias de Cuidado e Reabilitação, pretendemos traçar um histórico de como se constituiu o processo de Reforma Psiquiátrica na realidade brasileira. Transitaremos então, num terreno arenoso e repleto de posicionamentos político-ideológicos que repercutem, é claro, no modelo técnico-assistencial que ora dispomos.

A Reforma Psiquiátrica está intimamente ligada ao movimento pela Reforma Sanitária, cujos primórdios são datados desde a década de 70 no seio da ditadura militar<sup>117</sup>. Caracterizavam-se, ambos os movimentos, por almejarem uma sociedade mais justa, solidária e, principalmente, uma saúde pública de qualidade (AMARANTE, 2011).

Em 1964 instalou-se no Brasil o golpe militar, resultando em duas décadas de ditadura, englobando os governos de marechal Castelo Branco (1964-1967), general Costa e Silva (1967-1969), General Médici (1969-1974) e Geisel (1974-1979). Esse período foi caracterizado pela supressão de direitos civis e uma série de violações aos direitos humanos. A saúde por sua vez, nessa conjuntura, era privatizada e subordinada a órgãos e financiamentos estrangeiros, ou seja, um sistema estatal de saúde voltado à lógica da medicina previdenciária<sup>118</sup> (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Nesse contexto que tratamos, a saúde pública, considerada um *subsetor*, era deixada a cargo do Ministério da Saúde, entretanto, esse com poucos recursos não conseguia manter os níveis de saúde da população brasileira com estatísticas favoráveis. Restringia-se assim, esse ministério, a uma série de campanhas de baixa eficácia no controle das doenças. Era evidente que o país passava por sérios problemas: elevadas taxas de mortalidade infantil, tuberculose, hanseníase, entre outras mazelas que assolavam o país (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Com efeito, chega-se a 1973 com um quadro de saúde pública muito grave, configurado pela conjugação de enfermidades crônico-degenerativas ao lado das infectocontagiosas; pela ocorrência nos centros urbanos de endemias antes apenas rurais, como a doença de Chagas etc.; pelo retorno da tuberculose como enfermidade

<sup>117</sup> A Reforma Psiquiátrica vem sendo desenvolvida no Brasil desde o final da década de 70 (GONÇALVES; SENA, 2001).

<sup>118</sup> Somente tinha acesso à medicina previdenciária os contribuintes do INPS (atual INSS), ou seja, os trabalhadores formais. Os demais ficavam à mercê da filantropia por meio das Santas Casas, consultórios e clínicas privadas (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

significativa nacionalmente; pela vigência da desnutrição e de altas taxas de mortalidade infantil (BRAGA; PAULA, 2006, p. 93).

De acordo com Braga e Paula (2006) os gastos com a saúde pública na ditadura militar foram decrescentes em relação a períodos anteriores, enquanto que os investimentos para o modelo de medicina previdenciária, ou seja, atendimentos curativos e isolados foram crescentes. Essas questões iam ao encontro da lógica que se sustentava, uma época de expansão das importações, crescimento do PIB, entretanto, esse *milagre econômico* nada impactava positivamente nos níveis de saúde da população (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

De acordo com Scorel e Teixeira (2008) nesse período repressivo que ora tratamos, surgiu um pensamento médico-social<sup>119</sup>, visando à abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde. Os autores nos trazem que foi no âmbito das universidades que esse novo movimento social emergiu, passando-se a pensar um modelo *preventivista* para a saúde. Destacamos aqui a criação dos programas de medicina comunitária tanto nos países latino-americanos, como também na realidade brasileira. Surgia e discutia-se, então, sobre uma medicina social implicada com a realidade e comunidades.

Segundo Scorel e Teixeira (2008) o governo Figueiredo (1979-1985), anos finais da ditadura, ficou marcado por graves crises, tanto no âmbito econômico quanto social, evidenciando os conflitos sociais que o modelo político autoritário trazia para a sociedade. O país, então, vinha sofrendo uma série de problemas: altas taxas de inflação, arrocho salarial, crise na previdência, entre outros; e a população, por sua vez, exigia transformação e mudança.

No final do governo Figueiredo, o país foi cenário de uma das maiores manifestações históricas, o movimento ‘Diretas Já!’ que foi representativo e reuniu milhares de cidadãos em manifestações. Esse movimento reivindicava eleições livres e diretas para o cargo de presidente da república, bem como a aprovação da emenda constitucional Dante de Oliveira que exigia a reinstauração das eleições diretas (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Muito embora marcado por uma série de represálias, nesse contexto houve avanços que contribuíram para a posterior consolidação tanto da constituinte, como do próprio Sistema Único de Saúde. A Constituição Federal de 1988, especificamente o Capítulo II Da Seguridade Social, e a consolidação da Lei Orgânica da Saúde- Lei nº 8.080 e 8.142/90 foram frutos de vários esforços, bem como foi necessária à ação de diversos atores sociais comprometidos com a nação (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

---

<sup>119</sup> A partir da década de 70.

Os esforços políticos de cidadãos e representantes de vários segmentos foram decisivos para a consolidação de uma Saúde Pública e sua respectiva reforma no Brasil, já em períodos democráticos. Citamos os seguintes eventos: Conferência de Alma Ata em 1978, Criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), 7ª Conferência Nacional de Saúde em 1980, criação das Ações Integradas em Saúde (AIS) em 1984, 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que reuniu pela primeira vez diversos segmentos sociais para debater a saúde pública, criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) o precursor do SUS, Constituição Cidadã de 1988 e, por fim a instituição das Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990 (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

### **9.1 Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental: do Alienismo à Atenção Psicossocial**

Pensando agora o processo de constituição do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, devemos primeiramente nos reportar à análise histórica de eventos significativos. Pensarmos como se constituíam as ideias nesses diversos contextos<sup>120</sup> em relação à loucura se faz necessário para abordar, entender e apontar as contradições contidas na historicidade dos fatos. A loucura e suas transições conceituais e ideológicas apontam a seguinte paráfrase: todas as concepções giram em torno da ausência da razão! Então, nos direcionaremos à questão de como o homem lidou com essa ausência da razão no percurso que trataremos.

É a partir da Revolução Francesa<sup>121</sup> ocorrida no final do século XVII e início do XVIII que podemos pensar a constituição da psiquiatria e respectiva tomada da loucura como seu objeto de estudo e intervenção. Ressaltamos que apesar de ser significativa a transição histórica tratada anteriormente, a loucura sempre existiu, bem como seu lugar social, pois o louco/ser desprovido de razão transitou ao longo dos séculos nos seguintes lugares: templos religiosos, domicílios, manicômios, etc. (FOUCAULT, 1978).

Philippe Pinel<sup>122</sup>, considerado o pai da psiquiatria, foi o primeiro médico a propor que os loucos eram doentes e deveriam ser tratados em uma instituição médica. Nesse contexto, o hospital<sup>123</sup> passa a ser tomado como instituição e espaço para o exercício médico, pois anteriormente, o mesmo era lugar exclusivo de pobres, mendigos, indigentes e desabrigados. Institui-se então, a partir do pensamento de Pinel, a primeira nosografia médica

---

<sup>120</sup> De acordo com Orlandi (2001) o analista de discurso deve ater-se ao processo de constituição de ideias e sentidos no contexto histórico em que o discurso se materializa.

<sup>121</sup> Tinha como lema: Igualdade, Liberdade e Fraternidade.

<sup>122</sup> Nasceu na França em 1745 e faleceu em 1826 (AMARANTE, 2011).

<sup>123</sup> Hospital em latim significa hospedagem, hospedaria e hospitalidade.

para a alienação mental<sup>124</sup>, introduzindo o “tratamento moral” que deveria ser exercido no âmbito hospitalar (AMARANTE, 2011, p. 30).

O isolamento extremo no hospital psiquiátrico permitiria ao alienado mental a volta da razão, esse era o principal pressuposto de Pinel. Reeducação mentes, afastar delírios e ilusões demandavam esse esforço, incluindo o trabalho terapêutico<sup>125</sup> e reeducação de comportamentos e mentes desregradadas.

A partir dessa nova forma de vivenciar a condição humana, estabeleceu-se o diferente, aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define. O doente mental, o excluído do convívio dos iguais, dos ditos normais, foi então afastado dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade (GONÇALVES; SENA, 2001, p.49).

Foucault (1978) nos traz que o Hospital Geral surge nesse contexto como o lugar social para o louco e assim firma-se a visão política, ideológica e científica na qual se sustenta a loucura na sociedade ocidental. Para o autor, essa ascensão e medicalização desse espaço institucional é que levou ao enclausuramento e segregação milhares de indivíduos *desprovidos de razão*. A decisão da reclusão ou liberdade dos corpos era exclusiva das autoridades reais e judiciárias, pois o louco passou a adquirir a faceta de perigo à ordem social, nascendo, então, uma tecnologia política para controle desse corpo: a disciplina.

A intervenção médica no espaço hospitalar, que anteriormente era eventual e paroxística, passaria a ser regular e constante: o saber sobre o hospital permitiria ao médico agrupar as doenças e, assim, observá-las de uma forma diferente, no dia a dia, no seu curso e evolução. Desta forma, produziu-se um saber sobre as doenças que, informado pelo modelo epistemológico das ciências naturais, ainda não havia sido possível construir (AMARANTE, 2011, p. 25).

Após as grandes guerras (I e II Guerras Mundiais) a humanidade passou a refletir sobre as atrocidades que o ser humano era capaz para atingir seus objetivos políticos, econômicos e sociais. Descortinada, então, a face *animal* do homem, as atenções aos hospitais psiquiátricos, sua degradante forma de tratamento e manejo de seus pacientes passaram a ser questionados. Em nada se diferenciavam as condições dos doentes mentais isolados nesses espaços dos campos de concentração em que judeus, ciganos e homossexuais eram torturados, durante a guerra (AMARANTE, 2011).

Desde então, uma série de fatos e acontecimentos sucederam e esses foram adquirindo sentidos pelos diversos atores sociais que tratavam e pensavam sobre a loucura.

---

<sup>124</sup> Para Amarante (2011) alienação mental era conceituada como um distúrbio das paixões, ou seja, um indivíduo em processo de desarmonia, estrangeiro, fora de si e fora do mundo.

<sup>125</sup> Nesse contexto o capitalismo ensaiava seus primeiros passos para mudança dos modos de produção. Ibid., 2011.

De acordo com Amarante (2011), no Brasil, a lógica pineliana imperou como em todo o mundo até o início do século XX, posteriormente dando lugar a outras experiências que explicitaremos conforme a necessidade. A ideia de Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional, Psiquiatria de Setor e/ou Preventiva e por fim, a Antipsiquiatria ou Psiquiatria Democrática foram se construindo ao longo dos anos e representam formas tanto de *reprodução* quanto de *superação* da instituição psiquiátrica (AMARANTE, 2011).

De acordo com Amarante (2011) a Psiquiatria Preventiva foi desenvolvida nos Estados Unidos nos anos 50 por Gerald Caplan. Conhecida também como Saúde Mental Comunitária, esse modelo adotava uma teoria etiológica para as doenças mentais, embasada no modelo da História Natural das Doenças de Leavell & Clark. A partir disso, formularam-se os conceitos de crise e desvio<sup>126</sup>, ambos passíveis de prevenção, sendo assim, segundo esse modelo, poder-se-ia evitar a *doença mental*.

A Antipsiquiatria, por sua vez, teve início no final dos anos 50 na Inglaterra e criticava o marco teórico-conceitual da psiquiatria ao tomar o modelo das ciências naturais para explicação do patológico. Para a psiquiatria convencional a doença mental é tomada como entidade natural e a experiência do sujeito *adoecido* é negligenciada e/ou negada. Para a Antipsiquiatria a doença mental não existiria enquanto objeto natural de intervenção e estudo como supõe a psiquiatria, mas sim um sujeito que experiencia esse *adoecimento* na sua relação com o “ambiente social” (AMARANTE, 2011, p. 53).

Dentre os expoentes que contribuíram nesse processo de crítica às convenções psiquiátricas, citamos Erving Goffman, sociólogo dedicado ao estudo e crítica das instituições psiquiátricas e asilares. Goffman levantou sérias acusações às “instituições totais”, alegando que o que a psiquiatria denominava como o “curso natural das doenças” era na verdade, a “carreira moral da doença mental” (AMARANTE, 2011, p. 54).

A Psiquiatria Democrática, grande influenciadora do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, teve como principal protagonista Franco Basaglia no início dos anos 60 na Itália. Basaglia propunha que a instituição psiquiátrica não poderia tratar doentes mentais, pois esta mortificava e furtava a história dos sujeitos ali presentes.

Franco Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltados para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a

---

<sup>126</sup>Ambos os conceitos crise e desvio, ou seja, desadaptação social e comportamento desadaptado à norma, respectivamente, são conceitos advindos da sociologia. Por isso, pensamos que a doença mental não tem nada de natural (AMARANTE, 2011).

existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana (AMARANTE, 2011, p. 56).

Basaglia e seus seguidores passaram a propor serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, serviços esses denominados Centros de Saúde Mental (CSM) que inspiraram o processo de reformulação da assistência ao doente mental no Brasil (AMARANTE, 2011).

As transições ocorridas no Brasil em termos de tratamento do suposto *doente mental* acompanharam essas tendências trabalhadas acima, passamos pelo alienismo de Pinel e, por último fomos fortemente influenciados pelos pressupostos de Basaglia. A legislação no Brasil evidencia esses aspectos, primeiramente o Decreto 1.077, de 04 de dezembro de 1852, que dispunha sobre “os meios de repressão permitidos para obrigar os alienados à obediência”, posteriormente uma legislação de 1934, que por sua vez, propunha a hospitalização e o asilamento do doente mental, assegurando assim a ordem moral e pública (AMARANTE, 2011, p. 61; GONÇALVES; SENA, 2001).

Após essas legislações caracteristicamente implicadas com o modelo psiquiátrico tradicional foram criadas as Portarias Ministeriais nº 189/91 e 224/92 que por sua vez, instituíram as várias modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que foram reestruturados pela portaria 336/92, posteriormente (AMARANTE, 2011).

As denúncias, constatação das condições precárias da assistência psiquiátrica nas instituições e uma série de violações aos direitos humanos, como também a participação de vários atores sociais, tais como órgãos públicos, Ministério da Saúde passaram a questionar o tratamento degradante desses lugares. Abriu-se assim a possibilidade de uma Reforma Psiquiátrica no Brasil, acompanhando e se inspirando em práticas alternativas advindas da Itália, que propunham basicamente a desinstitucionalização.

A partir de então, passou-se a pensar em serviços comunitários, onde o agora *usuário* não fosse excluído do seu meio social e tivesse como uma das diretrizes terapêuticas a integralidade, bem como a importância e o respeito ao seu território. Somado a esse aspecto, esse novo modelo exigia um deslocamento das práticas psiquiátricas para o cuidado no seio comunitário, ou seja, “movimento que vai do modelo biomédico ao sistema de saúde mental e atenção psicossocial” (AMARANTE, 2011, p. 62).

Surgem nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que objetivam o desenvolvimento e atuação no território, este um campo amplo e não circunscrito a uma ideia de espaço geográfico. Esse serviço visa quebrar com a lógica de intervenções pontuais direcionadas à doença, mas sim propor estratégias interventivas pautadas na

complexidade, levando em consideração o sujeito que experiencia sofrimento psíquico<sup>127</sup> (AMARANTE, 2011).

Segundo Amarante (2011) os CAPS funcionam durante cinco dias úteis, alguns aos finais de semana e, estes serviços devem dispor de equipes multidisciplinares, com vários profissionais, tais como: médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, artesãos, dentre outros. Os CAPS se dividem em cinco modalidades:

1. CAPS I- municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes;
2. CAPS II- municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes;
3. CAPS III- municípios com população acima de 200.000 habitantes e que funcionam 24 horas, diariamente, também nos finais de semana e feriados;
4. CAPSi- População superior a 200.000 habitantes, destinados ao atendimento de crianças e adolescentes;
5. CAPSad- População superior a 100.000 habitantes, destinado ao atendimento de dependentes químicos de álcool e outras drogas.

Amarante (2011) afirma que os CAPS devem estar inseridos na comunidade e necessitam estar articulados intersetorialmente, pois as demandas dos usuários<sup>128</sup> não se restringem somente aos serviços de saúde mental e saúde em geral. Nesse sentido, o serviço deve lançar mão de uma série de estratégias para que seja efetivado o cuidado integral, dentre elas: estratégias de residencialidade e emancipação dos sujeitos, cooperativas, centros de convivência e por fim, Saúde Mental e Saúde da Família em articulação contínua<sup>129</sup>.

Nesse sentido, pensamos que o lugar de sujeitos em sofrimento psíquico é nesses serviços, esses espaços devem ser ocupados para que esse cuidado seja exercido, de modo que os sujeitos se sintam parte integrante desse processo. Amarante (2011) afirma que a Atenção Psicossocial não deve ser vista como um modelo, mas sim como um processo, um processo que é social e complexo. Questões políticas, ideológicas e científicas estão em jogo nesse processo, deixar a doença entre parênteses e partir para a escuta de sujeitos que se constituem no seio de um território composto por essas questões é o nosso desafio atual.

---

<sup>127</sup> A ideia de sujeito em sofrimento psíquico nos remete a um sujeito que sofre, que experiencia; por outro lado, a noção de portador de doença mental retira de cena o sujeito e restringe-se a uma atenção direcionada à doença exclusivamente (AMARANTE, 2011).

<sup>128</sup> O termo usuário foi introduzido pela legislação do SUS (leis nº 8.080 e 8.142/90) no sentido de destacar o protagonismo do que antes era apenas um 'paciente'.

<sup>129</sup> Destacamos essa última questão, pois assim como a Saúde Mental é complexa e multifacetada, a Estratégia Saúde da Família (ESF) também objetiva redirecionar o modelo de atenção à saúde, indo de encontro às práticas curativas, pontuais e medicalizantes. O modelo de medicina moderna nasceu no hospital e proliferou a ideia de que tudo pode passar por sua lógica, assim negligenciam-se as inúmeras questões que circundam o processo de adoecimento (AMARANTE, 2011).

Destacamos todas essas questões, pois sabemos que para cada período histórico havia uma concepção sobre a loucura, pois cada posicionamento gerava uma repercussão cultural que se materializava nas relações sociais e hoje temos esse desafio: escutar o sujeito. Se os fatos requerem sentidos, e esses sentidos são produzidos por sujeitos históricos, por que não escutar o que o sujeito nos diz? (ORLANDI, 2001). Finalmente, qual sentido construímos para os sujeitos que ora tratamos, são eles loucos/desprovidos de razão ou deficientes/idiotas?

## 9.2 Tecnologias de Cuidado e Rede de Atenção Psicossocial

Para entendermos a questão do lugar ocupado pela pessoa com TEA no SUS e tentarmos lançar uma reflexão sobre essa problemática, necessitamos nos remeter às Tecnologias de Cuidado que ora dispomos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para o cuidado de pessoas com TEA e de como essas tecnologias estão articuladas à construção de sentidos nesse contexto.

A origem da palavra tecnologia vem do grego *techne* que significa técnica, junto de *logos* que significa razão, argumento ou discussão. Podemos definir, então, a tecnologia como “o conjunto de conhecimentos, razões em torno de algo e/ou maneiras de alterar o mundo de forma prática, com o objetivo de satisfazer às necessidades humanas” (ETIMOLOGIA..., 2015).

Segundo Merhy e Feuerwerker (2009) para entender a lógica das Tecnologias em Saúde no âmbito da Saúde Pública, é necessário compreender a categoria trabalho, mais especificamente trabalho em saúde e sua repercussão no exercício do cuidado. Veremos então, que essa problemática se torna ainda mais complexa conforme a análise dos fatos se sucede.

Merhy e Feuerwerker (2009) percorrem a teoria marxista para lançar uma compreensão sobre o processo de trabalho em saúde, para isso os autores trazem que os profissionais de saúde estão atrelados ao trabalho vivo em ato<sup>130</sup>, produzido na micropolítica do cuidado. Logo abaixo, trabalharemos esses conceitos de modo que os mesmos se tornem claros e concisos.

Para entendermos como se dá o processo do trabalho em saúde, é importante visitarmos e refletirmos alguns conceitos construídos por Karl Marx. O trabalho para esse sociólogo consiste na relação do homem com o mundo em um processo de mútua produção,

---

<sup>130</sup> É considerado um trabalho vivo em ato, pois é produzido no ato do encontro entre dois sujeitos, entre duas subjetividades, entre duas intencionalidades... (MERHY, 2006).



tanto o mundo é afetado pelo trabalho do homem, quanto esse é afetado pela alteração exercida por ele mesmo. Segundo ele, todas as atividades humanas requerem essa produção, ou seja, demandam uma construção mental e nesse sentido há necessidade de projetar uma finalidade para o próprio processo de trabalho.

Ao fazer esse exercício, o homem constrói e/ou fabrica um produto que pela junção de três componentes: trabalho do homem, conjunto de matérias-primas e as ferramentas, tornam possível o produto final. Para essa junção de elementos se faz necessário um saber tecnológico, mais especificamente um conhecimento construído em ‘ato vivo’, que por sua vez, possibilita a transformação desses elementos em produto final (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Marx diferenciava o trabalho vivo do trabalho morto, afirmando que na sociedade capitalista, mais especificamente no chão da fábrica, a força de trabalho dos operários era explorada constantemente pelo empregador/capitalista. Nesse processo de produção, o funcionamento rígido do espaço fabril, a divisão de tarefas e o sistema de funcionamento furtavam a dimensão humana do trabalho<sup>131</sup>, capturando-se assim, o trabalho vivo pelo trabalho morto (MERHY, 2006).

Desde a estruturação do capitalismo na sociedade ocidental, tenta-se e criam-se tecnologias rígidas/duras para capturar essa dimensão humana do trabalho, pois o que se pretende é produzir cada vez mais e, seguindo essa linha de raciocínio: a capacidade humana de divergir e criar atrapalha esse esquema produtivo. Muitos capitalistas se destacaram, apropriando-se, é claro, da análise de Marx, dentre eles o mais famoso é Frederick Winslow Taylor<sup>132</sup>, o responsável pela criação de tecnologias de gestão que permitiram capturar a autonomia dos trabalhadores no processo de trabalho (MERHY, 2006).

Trazendo para nossa análise, o contexto saúde, o trabalho vivo em ato é sinônimo do trabalho criador que, por sua vez, possibilita a fabricação do novo; por outro lado, os produtos/objetos fabricados por trabalho humano anterior são tomados nesse contexto como trabalho morto.

O trabalho vivo em ato é o trabalho criador, que possibilita a fabricação de um novo produto. O homem, no processo produtivo, pode utilizar com certa autonomia os elementos que já estão dados e esse autogoverno está marcado pela ação do seu

---

<sup>131</sup> Trabalho vivo.

<sup>132</sup> Tanto Marx quanto Taylor sabiam que a capacidade humana estava presente no processo produtivo, entretanto, Marx acreditava que as linhas de fuga dos trabalhadores poderiam libertá-los da exploração do capital. Taylor, ao contrário, elaborou estratégias de gestão mais sofisticadas, ou seja, tecnologias leve-duras para dominar ainda mais esses trabalhadores, hoje as teorias administrativas e organizacionais são estruturadas por meio desta linha de pensamento (MERHY, 2006).

trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e às finalidades que persegue (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p. 31).

O trabalho em saúde, então, é um terreno no qual os trabalhadores utilizam uma série de aparatos tecnológicos, sejam eles equipamentos diagnósticos, ferramentas que permitem perscrutar, etc. Esses são produtos de trabalhos humanos anteriores, ou seja, trabalho morto. Por outro lado, esses atores dispõem de outras tecnologias, essas voltadas à capacidade de escuta, estabelecimento de vínculos, ou seja, tecnologias relacionais. As primeiras tecnologias citadas são as duras, enquanto as segundas são denominadas leves.

Merhy e Feuerwerker (2009) nos falam que o trabalho em saúde, enquanto trabalho vivo em ato, pode ser capturado pelo trabalho morto quando as atenções dos trabalhadores se voltam exclusivamente à doença e, as intervenções se pautam somente no uso de tecnologias duras. Esse processo restringe-se então, na lógica da medicalização e “medicina do corpo dos órgãos<sup>133</sup>”, assim “as ações de saúde têm perdido potência e eficácia” (MERHY, FEUERWERKER, 2009, p. 30).

Na intersecção entre o agente produtor (profissional da saúde) e agente consumidor (usuário) é que se dá o trabalho em saúde. Nesse espaço se configura o processo de cuidado, onde as tecnologias, sejam elas leves, duras ou leve-duras, dependendo também do trabalho realizado, alcançar-se-á ou não o cuidado integral/produto final.

A finalidade social desse trabalho é, pois, produzir o cuidado; o encontro entre esses atores: profissionais da saúde e usuários na relação micropolítica é que produzirá efeitos. Entretanto, dependendo do lugar social, processo produtivo, atores sociais e interesses aos quais esse cuidado está atrelado, teremos duas possibilidades de desfecho: vender procedimentos ou ofertar o cuidado em si<sup>134</sup>.

As tecnologias materiais, ou seja, os instrumentos de trabalho e as tecnologias imateriais, ou seja, os saberes e conhecimentos, ambas entram em cena quando da intersecção entre usuário e profissional da saúde. Nesse encontro o profissional utiliza tanto os instrumentos, quanto esse saber (clínico-epidemiológico).

Os instrumentos diagnósticos que servem para alimentar o raciocínio clínico, e o saber, ambos são considerados trabalhos mortos, pois foram construídos por trabalho humano anterior. Por outra via, quando o profissional utiliza os instrumentos diagnósticos (tecnologias duras) e a capacidade de olhar, escutar, e valorizar a leveza do encontro entre dois seres

---

<sup>133</sup> Ideia defendida por Canguilhem na obra *O normal e o patológico* (1974).

<sup>134</sup> Nesse sentido, Merhy e Feuerwerker (2009) nos trazem os conceitos marxistas de valor de uso e valor de troca. O primeiro consiste na finalidade do produto, ou seja, para que ele serve e qual sua finalidade no campo simbólico, por outro lado, o valor de troca está atrelado a uma sociedade capitalista e em função da lucratividade econômica e poder de compra.

humanos, está utilizando nesse cenário os trabalhos morto e vivo concomitantemente. Nesse processo, podemos considerar que estão operantes as tecnologias leve-duras, onde há uma junção dessas ferramentas: os instrumentos, saber e escuta; propicia-se, assim, uma produção de significados como atos de saúde (MERHY, 2006).

Nesse sentido, vemos o quanto a produção de cuidado em saúde é complexa, pois revela-se um campo político-ideológico permeado de interesses e intencionalidades, pois os atores políticos estão constantemente em cena: usuário, profissional, Estado, etc. Dependendo da lógica operante nesse processo, é claro, que produziremos autonomia ou subordinação, sendo assim, nem sempre os aparatos tecnológicos estarão a serviço do cuidado em si (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Na produção de um ato de saúde sempre coexistem os vários núcleos, mas podemos dizer que o modelo assistencial que predomina em nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos e em que se relega a um plano irrelevante a dimensão cuidadora. Podemos também afirmar que a ação de outros profissionais de saúde é subjugada à lógica dominante do trabalho médico, tendo todas elas seu núcleo cuidador empobrecido, estando também orientados à produção de procedimentos (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p. 35).

Se estivermos tratando de usuários, ou seja, sujeitos com direitos a uma saúde integral, por que os tomamos a partir de uma lógica de geração de procedimentos direcionados às doenças e não aos sujeitos cujas necessidades de saúde demandam esse cuidado? Segundo Merhy e Feuerwerker (2009) nesse espaço micropolítico é que o cuidado deve ser exercido, gerando autonomia para o usuário e liberdade para o profissional da saúde exercer o cuidado. É um processo que vai além da particularidade e do genérico, pois é singular e complexa essa trama que ora problematizamos.

De acordo com Merhy e Feuerwerker (2009) esse processo de cuidado, no seio da sociedade contemporânea, requer novos arranjos organizativos e de gestão, em que sejam pensadas estratégias de desconstrução da lógica medicalizante. Nos espaços micropolíticos, estratégias de gestão e de educação permanente em saúde podem ser dispositivos de criação e transformação de coletivos capazes de produzir alteridade e análise das práticas vigentes.

As análises e contribuições de Merhy (2006) nos possibilitam pensar acerca da importância desse espaço micropolítico, essa intersecção do encontro entre o agente produtor e agente consumidor, ou seja, trabalhador e usuário, como um espaço singular. Somente através desse encontro que poderemos pensar no cuidado que pode ser exercido e as facetas que esse adquirirá, pois falamos de encontro entre dois sujeitos e não da aplicação de conhecimentos em cima de um objeto que se pretende neutro.

Os agentes produtores e consumidores são “portadores” de necessidades macro e micro-politicamente constituídas, como também são instituidores de necessidades singulares, que atravessam o modelo instituído no jogo do trabalho vivo ou morto aos quais estão vinculados (MERHY, 2006, p. 24, tradução nossa).

Engessar o cuidado, impor terapêuticas e modos de viver ao usuário, além de ser uma prática unilateral, se mostra ineficaz no contexto da atual Saúde Pública. Dirigir-se a esse usuário como objeto e corpo fragmentado não produz autonomia e muito menos integralidade. Portanto, no encontro entre usuário-trabalhador, os projetos terapêuticos, as diretrizes e o uso de tecnologias requerem consenso, afinal, lidamos com sujeitos de direitos e não ‘indivíduos neutros’.

No trabalho em saúde, não cabe julgar se as equipes são boas ou ruins, e sim, por quais razões instrumentais estão construindo e dentro de qual jogo de intencionalidades, cabendo, portanto, perguntar sobre que modelo de tecnologia do trabalho vivo em ato se está operando, como essa tecnologia realiza a captura das distintas dimensões tecnológicas e o lugar que os usuários/necessidades e os trabalhadores/necessidades ocupam, como intenções, na rede de relações que constituem (MERHY, 2006, p. 20, tradução nossa).

### **9.3 Diretrizes para o cuidado e Reabilitação: qual é, afinal, o lugar da pessoa com TEA?**

Dentre as diretrizes para o cuidado presentes no documento Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas com TEA, são citadas: integralidade, garantia de direitos e cidadania, arranjos e dispositivos para o cuidado, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Tecnologias de Cuidado e por fim, tratamento medicamentoso (BRASIL, 2013).

Nosso objetivo será analisar essas Tecnologias citadas no documento, são elas: Tratamento clínico de base psicanalítica, Análise do Comportamento Aplicada (*Applied Behavioral Analysis*- ABA), Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA), Integração Sensorial, Tratamento e Educação para crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (TEACCH), Acompanhamento Terapêutico e Aparelhos de Alta Tecnologia (BRASIL, 2013).

O Tratamento clínico de base psicanalítica é uma abordagem que visa a valorização da singularidade, numa perspectiva relacional embasada na linguagem. Nessa concepção, os autistas são considerados sujeitos e a técnica gira em torno da compreensão dessa posição subjetiva, a fim de minimizar angústias e dificuldades, potencializando as

condições do autista de se relacionar com os outros ou, mais especificamente, com o outro<sup>135</sup> (BRASIL, 2013).

Acolher a família, incluí-la como parceira no processo de trabalho se faz necessário nessa perspectiva, entretanto, não se deve tomar os pais como coterapeutas, pois lida-se com sujeitos, trocas afetivas, medos, anseios e desejos (UNTOIGLICH, 2013).

Embora concorde que essas crianças necessitem de um trabalho muito intenso, considero que transformar a vida de uma criança num *continuum* terapêutico e colocar os pais como coterapeutas não só não os ajuda, como também os torna mais rígidos, os sobrecarrega de responsabilidade e os faz perder a possibilidade de vincular-se de forma prazerosa com o filho (UNTOIGLICH, 2013, p. 550).

Essa perspectiva parte da premissa de que os sujeitos autistas estão inseridos na linguagem, apesar de muitas vezes não falarem, mesmo assim, a teoria psicanalítica aposta em um sujeito com possibilidades de inserção no laço social (BRASIL, 2013). Temos então, a possibilidade de incluir nesse espaço a dimensão subjetiva e singular de um sujeito que emerge na situação analítica. A partir dessa abordagem podemos construir a ética do “cada caso é um caso”.

Por outro lado, fortemente embasada num modelo pedagógico a Análise do Comportamento Aplicada (*Applied Behavioral Analysis*) centra-se na avaliação, planejamento e orientação de um profissional analista do comportamento “capacitado”. Nesse sentido “o comportamento é definido como a relação existente entre as ações de um indivíduo e os eventos anteriores e consequentes a essas mesmas ações” (BRASIL, 2013, p. 85). Essa abordagem visa intervenções de tratamento e educação para posterior aquisição de habilidades sociais, motoras, autocuidado, entre outras. Destacamos nesse ínterim questões como o ensinamento, treino de habilidades e reforçamento com vistas à generalização de comportamentos adaptativos.

Furtado (2012) nos revela que a partir da década de 60 houve uma grande expansão de instituições e métodos especializados para o tratamento de autistas. Ressaltamos que esses lugares e suas respectivas intervenções pautam-se em métodos cognitivistas e pragmáticos. Desloca-se assim, o problema da saúde para a educação, aponta-nos o autor. Nesse sentido, podemos perceber que questões políticas, ideológicas e econômicas estão em pauta, pois é interessante como essas estratégias terapêuticas pautadas na adaptação são criadas dia após dia.

---

<sup>135</sup> Segundo Roudinesco e Plon (1998) o outro é um termo utilizado por Jacques Lacan para designar um lugar simbólico — o significante, a lei, a linguagem, o inconsciente, ou, ainda, Deus — que determina o sujeito, ora de maneira externa a ele, ora de maneira intra-subjetiva em sua relação com o desejo.

Com vistas a lidar com o não saber em torno dos TEA (informação verbal)<sup>136</sup>, foi criada a Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA), consistindo em métodos, dispositivos ou sistemas usados para a comunicação com autistas quando as falas não foram desenvolvidas. Alguns tipos de CSA são a língua de sinais e gestos, o uso de símbolos e figuras e por fim o Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (PECS)<sup>137</sup> (BRASIL, 2013).

De acordo com Brasil (2013) a Integração Sensorial, por sua vez, possibilita relacionar desordens na percepção, organização e interpretação da informação sensorial, seja ela interoceptiva ou exteroceptiva. Essa modalidade de terapia vem sendo executada por terapeutas ocupacionais, pois estudos têm apontado que as respostas de desconforto, choro e irritabilidade presentes em pessoas com TEA são reações atípicas de resposta sensorial. Essas, muitas vezes prejudicam a interação desses pacientes com o meio, bem como a realização de atividades cotidianas.

Na prática, o terapeuta ocupacional faz uso da Terapia de Integração Sensorial buscando: a diminuição dos níveis de atividades elevados; incremento do repertório de respostas adaptativas, dos jogos com propósitos e no compromisso social; melhoria da capacidade de sustentação da atenção e equilíbrio do nível de atividade, bem como diminuição na emissão de comportamentos de autoagressão ou autoestimulação, facilitação de comportamentos de imitação e antecipação, bem como diminuição de problemas de coordenação e planejamento motor (BRASIL, 2013, p. 89).

O Tratamento e Educação para crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (TEACCH) apresenta como principal objetivo o apoio a pessoa com TEA, buscando seu desenvolvimento para chegar à idade adulta com o *máximo* de autonomia possível (BRASIL, 2013). Esse programa foi desenvolvido nos *Estados Unidos* em 1966 na Divisão de Psiquiatria da Escola de Medicina da Universidade da Carolina do Norte, por Eric Shopler. Consiste então, no trabalho constante das esferas educativas e clínicas, propondo intervenções pautadas nas teorias do Behaviorismo e Psicolinguística (KWEE, 2006).

Aquisição de habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal imperam no discurso dessa técnica, pois através do Perfil Psicoeducacional (PEP) pretende-se avaliar as

---

<sup>136</sup>A Psicanalista Liora Stavchansky e Gisela Untoiglich em mesa redonda intitulada “Autismos, la clínica como oportunidad” na Biblioteca Nacional de Buenos Aires em 2015 afirmam que, atualmente, o autismo é um assunto da moda, pois cada vez mais se produzem espaços e terapias especializadas para o autismo. No entanto, essa é uma questão problemática, pois escrever e falar sobre o autismo é falar sobre o que não se sabe, embora haja uma suposta ciência genética que afirma conhecer a gênese do autismo.

<sup>137</sup>Desenvolvidos por uma empresa norte-americana em 1985, o *Picture Exchange Communication System*, ou PECS, é um sistema de intervenção aumentativa/alternativa de comunicação exclusivo para indivíduos com transtorno do espectro do autismo e doenças do desenvolvimento relacionadas (PEC..., 2015).

habilidades e déficits das crianças com TEA. A valorização das descrições das condutas, utilização de programas passo a passo e o uso de reforçadores também se destacam no corpo desse programa, que se considera transdisciplinar (KWEE, 2006).

Nessa mesma linha estão os Aparelhos de Alta Tecnologia, que visam o desenvolvimento cognitivo, ampliação do vocabulário e estimulação de crianças com quadro de TEA. Esses aparelhos são: notebooks, *tablets* e aparelhos celulares específicos para pessoas com esse diagnóstico (BRASIL, 2013). Vemos, então, a presença de uma série de tecnologias duras que, talvez, quando aliadas às tecnologias relacionais podem se tornar leve-duras. Como apontamos acima: depende do posicionamento político-ideológico dos atores sociais envolvidos no processo de cuidado.

E por fim, citamos o Acompanhamento Terapêutico como a última Tecnologia de Cuidado, essa leve-dura, pois embasada em um saber construído anteriormente, visa o fortalecimento da contratualidade das pessoas com TEA em espaços públicos, locais como: escolas, vizinhança, igreja, etc. Esse processo de contato com esses locais que se tornam lugares para os autistas, deve ser acompanhado por profissionais, é claro, no território onde esses sujeitos vivem (BRASIL, 2013).

De acordo com Brasil (2013) esses percursos traçados, onde acompanhante e acompanhado<sup>138</sup> transitam, possibilitam a reintegração social e a ampliação da autonomia, pois o exercício de cuidado se dá através da realização de ações que apontem possibilidades múltiplas de ser e estar nos espaços sociais.

Nesse sentido, vemos que os objetivos e conceitos que estruturam o Acompanhamento Terapêutico dialogam com os princípios e diretrizes do próprio SUS, assim como com os ideais apontados pela Reforma Psiquiátrica e as posteriores legislações e regulamentações dos serviços de saúde mental.

Já levantamos aqui, muitas questões vinculadas à integralidade, ao conceito de cidadania e sujeito e nos deparamos com inúmeras impossibilidades que nos parecem, às vezes, intransponíveis. Entretanto, como apontamos no início do percurso, nosso objetivo não é desconsiderar as técnicas pautadas num modelo de ciência positiva, mas sim apontar possibilidades de enriquecimento de práticas, por meio da problematização de conceitos que são empregados de forma, muitas vezes, equivocada.

O Tratamento Medicamentoso como diretriz de cuidado (BRASIL, 2013), por exemplo, nos evidencia a faceta político-ideológica em que a medicina e concomitantemente a

---

<sup>138</sup> Como apontado acima, o encontro entre profissional da saúde e usuário é um espaço de interseção e trocas afetivas.

Saúde Pública<sup>139</sup> está subordinada. O foco das intervenções é a doença e não o sujeito, dessa forma captura-se o trabalho vivo em ato, o que por sua vez, culmina em práticas unilaterais. Ora, deveria ser o contrário, pois na letra da Saúde Pública, falamos de sujeitos de direitos e não de indivíduos neutros passíveis de controle experimental.

De acordo com Brasil (2014b) o uso da Risperidona, antipsicótico atípico, é estabelecido como Tecnologia para o *tratamento* dos quadros de TEA. Esse imperativo, lançado pelo Ministério da Saúde, foi fruto de um relatório composto por 29 páginas e embasado em *evidências científicas* de estudos internacionais publicados em revistas como: Medline, Embase, Cochrane e CRD. Embora se tenha constatado eficácia estatisticamente significativa em sintomas acessórios (agressividade, irritabilidade), por outro lado, os principais sintomas do quadro como inibição social e estereotípias não obtiveram índice terapêutico constatado. Ora, essas informações apontam que tratamos de questões políticas, econômicas e ideológicas.

Se considerado que todos os indivíduos com TEA tenham acompanhamento e que 60% deles façam uso da Risperidona em comprimido (a um gasto anual de R\$ 21,90), o impacto pode ser de R\$ 1.662.249,71 contra R\$ 28.053.305,28 no caso unicamente da solução oral (a um gasto anual de R\$ 369,60) (BRASIL, 2014, p. 23).

Nesse sentido, concordamos com Elia ao afirmar que “a ciência está a reboque do capital”, pois sabemos dos enormes prejuízos que esse modelo ideológico e político de se fazer ciência traz não só para as políticas de saúde, mais para às demais políticas públicas controladas pelo Estado (ELIA, 2014, p. 02). Estamos à mercê de indústrias, a comportamental, farmacêutica, cultural, etc.

A profecia apontada por Dr. Knock no Triunfo da Medicina está se cumprindo desde o século XVIII (MIRANDA, 2008), pois somos tratados como indivíduos neutros que devem ser determinados por uma lógica imposta. Nesse sentido, devemos ser transferidos para uma realidade de necessidade de aparatos médicos e tecnológicos. É assim que se constrói cidadania, emancipação, é assim que valorizamos o sujeito e sua singularidade?

Nesses rumos vamos problematizar, agora, o conceito de Reabilitação na Atenção Psicossocial e quais marcas políticas e ideológicas estão atreladas à própria construção desse conceito, tão caro na realidade dos TEA.

De acordo com Batista (2012) o conceito de reabilitação surgiu no século XX, principalmente após as I e II Guerras Mundiais<sup>140</sup>, pois esses fatos geraram gigantescos impactos econômicos e sociais para as nações. Associado à noção de deficiência, então, a

<sup>139</sup> Explicitamos no capítulo anterior o porquê de a Saúde Pública estar pautada na lógica biomédica.

<sup>140</sup> A reabilitação surgiu então, devido aos vários soldados feridos e mutilados durante as guerras.



habilitação e reabilitação, posteriormente, foram adquirindo um estatuto no campo da saúde através de intervenções para melhorar a função corporal e promover a inclusão.

Segundo a OMS (2012 *apud* Batista 2012) a noção de deficiência e o próprio conceito de reabilitação abrangem aspectos globais, tais como: psíquicos, físicos, mentais e sociais. Abriu-se assim, um campo destacado por uma amplitude de questões, bem como a necessidade de equipes multidisciplinares para o atendimento de pessoas com deficiência e posteriores estratégias para reabilitá-las. Ressaltamos aqui a incorporação do conceito de reabilitação na realidade da atenção psicossocial.

Na linha de cuidado, ao falar sobre a organização da RAPS, o documento cita como uma das estratégias dessa rede a Reabilitação Psicossocial<sup>141</sup> que, por sua vez, gira em torno da segunda diretriz citada no início desse texto: a garantia de direitos de cidadania (BRASIL, 2013). Mas, afinal, o que isso quer dizer? Significa que através de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários, ações intersetoriais e cooperativas sociais pode se exercer essa estratégia, que visa basicamente a inserção do usuário da rede no mundo do trabalho.

Essa questão nos mostra claramente o que Amarante (2011) nos apontou em relação ao trabalho terapêutico como método de cura do *louco* ao longo dos séculos XVIII, XIX e XX. Inicialmente, o trabalho terapêutico era uma das várias formas de tratamento do alienado mental, proposta essa elaborada por Philippe Pinel na transição do século XVIII-XIX. Posteriormente essa questão foi tomando outras facetas, que embora voltadas à suposta emancipação dos sujeitos, ainda assim, guardam em sua essência a necessidade de dominação e disciplinamento do *louco*. Nossa realidade brasileira, por exemplo, foi inicialmente influenciada por essas ideias, num contexto, é claro, onde o capitalismo realizava seus primeiros esforços de consolidação.

Os alienistas brasileiros no início do século XX, a exemplo de Waldemar de Almeida, foram adeptos fervorosos das colônias de alienados, pois consideravam que o trabalho seria ‘o meio terapêutico mais precioso’, que estimulava a vontade e a energia e consolidava a resistência cerebral tendendo a fazer desaparecer ‘os vestígios de delírio’ (AMARANTE, 2011, p. 39).

A própria noção de Reabilitação Psicossocial carrega uma forte contradição, pois, reabilitar significa habilitar outra vez, de modo que um sujeito será reabilitado psicossocialmente para estar inserido novamente na ordem social. Questionamo-nos, foi,

---

<sup>141</sup> Segundo Brasil (2013) a Reabilitação Psicossocial está em conformidade às recomendações da IV Conferência de Saúde Mental- Intersetorial, I Conferência Temática de Cooperativismo Social, e da II Conferência Nacional de Economia Solidária, ocorridas em 2010.

então, o usuário do serviço de saúde mental um dia incluso na sociedade? Eis uma questão que nos inquieta, porque fortalecer o protagonismo e propor ações de inclusão são questões necessárias, mas que necessitam de uma análise pormenorizada, pois são desafios complexos. Alguns pontos da RAPS, ligados à Atenção Básica, que propõem essa reabilitação são os Centros de Convivência e Cultura, Cooperativas, programas sociais, etc. (BRASIL, 2013).

Valorizamos essa ‘narrativa aberta’ da linha de cuidado, partilhamos a ideia de que esse desafio é complexo e necessário, pois as “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro Autista (TEA)” lançada em 2014, por outro lado, propõe outras questões e possui outra filiação teórica que aprofundaremos.

Atrelada à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2011), as diretrizes de cuidado vinculam as pessoas com TEA à categoria de deficiência. A elaboração desse documento foi fortemente influenciada por movimentos científicos e associações de pais de crianças *portadoras* de TEA. Dessa forma, as diretrizes objetivam o oferecimento de orientações relativas “ao cuidado das pessoas com TEA no campo da habilitação/reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência” (BRASIL, 2014a, p. 06).

A importância da detecção de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento, indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta para autismo, indicadores comportamentais, instrumentos de rastreamento, avaliação diagnóstica e classificações, entre outras questões são apresentadas ao longo do conteúdo do material<sup>142</sup>. Questionamo-nos, diante desse quadro, se estamos tratando realmente acerca da importância da detecção precoce/ou “*etiquetamiento temprano*” (UNTOIGLICH, 2015, p. 18). As estatísticas apontam uma expansão gigantesca de diagnósticos de TEA nos últimos anos<sup>143</sup>. Entretanto, estes números criam cada vez mais a criação de leis, elaboração de protocolos, tecnologias diagnósticas e de cuidados específicos no campo de uma suposta reabilitação.

É interessante salientarmos que em seu conteúdo, o processo de habilitação e reabilitação da pessoa com TEA está atrelado ao Projeto Terapêutico Singular (PTS). Vejamos então, como se dá esse processo de construção do PTS na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e se é possível a concretização e vinculação dessa diretriz presente no manual ao conceito de PTS.

---

<sup>142</sup> Assemelha-se muito a um manual com instruções de uso e manejo de produtos, com linguagem fechada e caracteristicamente no imperativo.

<sup>143</sup> Já explanamos acerca do aumento circunstancial de diagnósticos na última década. Os dados de 2013 apontam 1/88 crianças com autismo nos Estados Unidos, sendo 1/59 quando se trata de crianças do sexo masculino (UNTOIGLICH, 2015).

De acordo com Brasil (2014a) somente após o processo diagnóstico e de comunicação à família que o processo de tratamento e “habilitação/reabilitação” podem ser iniciados (p.63). Ora, no mínimo interessante como esses processos são tomados como sinônimos, habilitar e reabilitar partem de um mesmo princípio, ou melhor, partilham dos mesmos objetivos? Primeiro nó constatado, pois no título do capítulo não parecem ser tomados como sinônimos “Projeto Terapêutico Singular: Habilitação e Reabilitação da Pessoa com TEA” (p. 62), entretanto, posteriormente o conceito é “habilitação/reabilitação”, são tomados como iguais e/ou parte de uma mesma ideia.

Portanto, em consonância às diretrizes, o projeto terapêutico deve seguir a seguinte linearidade (BRASIL, 2014a):

1. Diagnóstico elaborado;
2. Sugestões decorrentes da avaliação interdisciplinar da equipe;
3. Decisões da Família.

Neste rumo, os projetos terapêuticos serão individualizados e deverão atender às necessidades, demandas e interesses de cada “paciente e de seus familiares” (p.63). Estranhamente, o documento fala em singularidade e projetos individualizados ao adotar a terminologia *pacientes*. Ora, a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência não faz parte da Saúde Pública onde os sujeitos são tomados como usuários, ou seja, como *agentes*<sup>144</sup> que controlam/manejam os serviços de saúde? Tratamento singular requer uma ordenação lógica instituída por um manual ou é construída na intersecção entre agente produtor-agente consumidor? Isso implica que eles sejam escutados!

O sucesso ou não dessas medidas terapêuticas adotadas serão aferidas através da melhoria e ampliação das respectivas capacidades funcionais do indivíduo ao longo do tempo. Podemos perceber uma redação extremamente técnica, onde os imperativos da CIF, que já discutimos anteriormente, são vistos constantemente em seu discurso. Para este enfoque a saúde e o adoecer parecem não corresponder às experiências singulares e subjetivas dos sujeitos (CZERESNIA, 2003).

Por exemplo: na participação e no desempenho em atividades sociais cotidianas, na autonomia para mobilidade, na capacidade de autocuidado e de trabalho, na ampliação do uso de recursos pessoais e sociais, na qualidade de vida e na comunicação. Em síntese, os ganhos funcionais e simbólicos são indicadores centrais na avaliação da eficácia do tratamento (BRASIL, 2014a, p. 64).

---

<sup>144</sup> Carlos Matus (1996) diz que todos os atores sociais envolvidos nos serviços de saúde são agentes, ou seja, todos, sejam eles gestores, trabalhadores ou usuários, planejam e governam esse processo.

Segundo Jerusalinsky (2010) dentre as propostas presentes nos métodos científicos atuais em torno do autismo temos que “o comportamentalismo associado ao fatalismo neurogenético” além de declararem a incurabilidade, restringem suas técnicas e métodos à aquisição de “automatismos adaptativos” (p. 123). Na mesma ótica, a psicologia do desenvolvimento e outras vertentes afins oferecem, igualmente, receitas ou respostas que busquem a adaptabilidade do indivíduo que padece “[...] desta perturbação” (STAVCHANSKY, 2015, p. 61, tradução nossa).

Ressaltamos que esse discurso científico presente não só no manual que ora analisamos, mas em vários outros contextos, é extremamente iatrogênico<sup>145</sup> para as práticas de saúde. Se realmente queremos/desejamos o cuidado singular e integral, conceitos presentes na maioria das portarias e regulamentações dos serviços, por que engessamos o cuidado, por que restringimos o mesmo a uma série de *evidências científicas* sob os moldes da intervenção médico-científica?

Torna-se importante salientar, além das questões problemáticas acima, que o PTS<sup>146</sup> é citado somente no título, pois o documento não o define e muito menos fala sobre o conceito. Embora citado, porém não trabalhado, o PTS consiste no “direcionamento das ofertas de cuidado construído a partir da identificação das necessidades dos sujeitos e suas famílias, em seus contextos reais de vida” (BRASIL, 2013, p. 77). O PTS nesse sentido é pensado e articulado à RAPS e impossibilitado, então, na Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência por questões lógicas e conceituais.

Portanto, vemos que o conceito de Reabilitação Psicossocial na RAPS (BRASIL, 2013) não se articula à noção de habilitação/reabilitação das diretrizes lançadas em 2014 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a). Isso se deve ao fato de não haver consensualidade e muito menos diálogo entre os dois documentos lançados pela mesma instituição, pois: estamos falando de um sujeito louco ou de um indivíduo deficiente? Devemos reabilitá-lo a partir da lógica psicossocial ou habilitá-lo/reabilitá-lo para a aquisição de automatismos adaptativos?

Parece estarmos longe de uma conciliação entre os conceitos que fazem parte do título desse capítulo, entretanto, apostamos que há necessidade de revisão conceitual do que se pretende regulamentar nos serviços da rede SUS, sejam eles vinculados à RAPS ou Rede

---

<sup>145</sup> Ivan Illich (1975) *apud* Giovanella e Mendonça (2008) desmascarou a iatrogenia produzida pela intervenção médica e apontou, principalmente, a baixa relação entre a moderna assistência à saúde e a melhoria na situação de saúde da população.

<sup>146</sup> De acordo com Furtado e Vieira (2012) o Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode ser considerado um instrumento capaz de promover a articulação do trabalho da equipe de saúde e sua interdisciplinaridade, levando em consideração que todos os casos são em si únicos, peculiares e que requerem ação conjunta.

de Atenção à Pessoa com Deficiência. Para podermos articular APS, RAPS e demais dispositivos, precisamos traçar caminhos onde as vertentes teóricas da Saúde Pública, Saúde Coletiva e demais campos se articulem, sem sobreposições.

## 10 O SUJEITO AUSTISTA E A CIÊNCIA: COMO CONSTRUIR UM DIÁLOGO

A psicanálise surgiu como rompimento ao saber psiquiátrico, neurológico e psicológico do século XIX, além de emergir, é claro, a partir de uma consonância entre esses saberes e práticas vigentes na época. No entanto, não podemos falar em origem da psicanálise, mas sim de pré-condições históricas para que esse saber pudesse ser evidenciado, pois a psicanálise já estava presente em discursos e práticas dos séculos XVIII e XIX, porém não descoberta (GARCIA-ROZA, 2004).

A partir do século XVII, uma série de saberes e práticas foram abaladas por uma onda de incertezas no seio da sociedade. As autoridades de Aristóteles e da Igreja Católica passaram a ser questionadas, pois aquele saber e esta grande instituição do mundo ocidental sofreram um imenso abalo devido às grandes descobertas, revoluções e invenções<sup>147</sup>. Houve então, uma destruição do mundo aristotélico<sup>148</sup> e de Deus, estilizando as verdades absolutas que esses mundos concebiam. A sociedade de então, ficou jogada num mar de incertezas e sem garantias da existência ou não de um ser superior que tudo cuidava e tudo via (GARCIA-ROZA, 2004).

De acordo com Elia (2004) nesse contexto que tratamos, temos a emergência da *ciência moderna*, passando, a sociedade “do mundo fechado ao universo infinito” (p.11). Houve então, nessa conjuntura, um corte entre a *episteme* antiga, ou seja, um mundo fechado e explicado pela filosofia aristotélica, e passamos a transitar num solo de dúvidas e inquietações, problemáticas estas, que só as promessas da ciência seriam capazes de elucidar.

Descartes, então, propôs-se a investigar os domínios da subjetividade<sup>149</sup>, pois essa foi tomada como referência central para aquisição do conhecimento e da verdade. Racionalistas e empiristas proclamavam, nessa estrutura social, que a “verdade habitava a consciência” (GARCIA-ROZA, 2004, p. 09). René Descartes lançou o *Cogito, Ergo Sum* e nesse mesmo ato jogou o homem na imensa dúvida em relação a todas as coisas, tendo como única certeza o fato de estar duvidando e pensando sobre.

Houve, neste ínterim, uma quebra com o pensamento vigente anteriormente, passando a partir de então, o discurso do saber para o próprio agente do saber, colocando em questão não mais a natureza das coisas, mas sim o próprio ato de pensar (ELIA, 2004). De

<sup>147</sup>O declínio do pensamento aristotélico foi fruto de uma série de críticas de Nicolau de Cusa, Giordano Bruno, Galileu Galilei, além disso, soma-se nesse quadro as descobertas da física de Newton (GARCIA-ROZA, 2004).

<sup>148</sup> A lógica aristotélica tinha como ponto referencial de que tudo estava vinculado à rotação celeste, nesse sentido toda representação era representação de tal rotação (ALBERTI, 2006).

<sup>149</sup> O mundo das ideias foi substituído pela Subjetividade (GARCIA-ROZA, 2004).

acordo com Alberti (2006) o que fora inaugurado por Descartes circulava em torno das ideias de que o campo da ciência somente lidava com representações, se existia um mundo ele era fruto dessas representações. O cientista, dessa forma, passou a lidar constantemente com esse mundo e por meio do pensamento elucidaria seus fenômenos.

O sujeito então, nesse contexto, desdobrou-se e fez um movimento em direção a si mesmo, colocando em evidência o próprio ato de pensar. O homem deixou de ser rele objeto, cujo saber prévio poderia elucidá-lo, colocando-se dessa forma, no cerne da problemática do conhecimento. Aqui vemos a operação de separação entre a ciência e a filosofia, sendo esta última meramente especulativa.

Segundo Elia (2004) ao serem introduzidos no mundo a ciência moderna e o pensamento cartesiano, criou-se a possibilidade de aparição do sujeito, num contexto de angústias e incertezas ao que se dera anteriormente como constante e “mais ou menos compreensível para o entendimento do homem” (p. 13). Essa dinâmica possibilitou a emergência dessa categoria no seio da teoria psicanalítica.

Surge assim a pré-história do conceito de sujeito, esse que será trabalhado posteriormente por Jacques Lacan ao lançar um retorno a Freud.

Pela primeira vez não se tratava apenas de situar os seres, de pensá-los através de uma ontologia, de uma metafísica, mas de colocar em questão o próprio pensar sobre o ser, que se torna, assim, também pensável. O sujeito se desdobra, movimento pelo qual se coloca no ato de conhecer, é suposto a este ato, mas não mais como mero correlato do objeto conhecido (ELIA, 2004, p. 13).

Após dois séculos, Freud e a psicanálise possibilitaram o entendimento dessa relação entre a emergência da angústia e do sujeito, apontando, assim, a relação de equivalência: “a emergência da angústia é a emergência do sujeito” (ELIA, 2004, p. 13). Por isso, justificamos a dificuldade em falarmos na origem da psicanálise como apontado no início deste texto, pois a mesma habita diferentes séculos, não estando circunscrita aos primeiros estudos freudianos.

Entretanto, ao mesmo tempo em que possibilitou a emergência do sujeito, a ciência moderna o excluiu do seu campo de operação, criando métodos para que esse seja excluído ou evitado. Nesse sentido, o sujeito em que a psicanálise opera, é o mesmo que a ciência moderna possibilitou o surgimento, ao mesmo tempo em que o repudia de seu meio (ELIA, 2004).

O sujeito, assim, é uma categoria que se impõe à experiência na exigência de elaboração teórica que esta faz ao psicanalista. Se a instalação de um determinado dispositivo acarreta, como consequência das condições que assim se estabelecem, a

emergência de determinada produção do inconsciente, impõe-se supor que algo como um sujeito encontra-se em operação no inconsciente (ELIA, 2004, p. 17).

Ora, supomos um sujeito em operação no inconsciente, justamente por seguirmos as produções de Freud, bem como os trilhos traçados pelo mesmo desde a hipnose até o método da associação livre<sup>150</sup> que permitiu, por fim, a constituição desse campo do saber. Para entendermos esse percurso freudiano, necessitamos conhecer a própria concatenação das ideias psicanalíticas ao longo da história.

Freud iniciou seus trabalhos com pacientes histéricas, influenciado pelas ideias de Charcot e Breuer, e em 1888 escreveu o artigo denominado *Hysterie*<sup>151</sup>. Nesse artigo, o criador da psicanálise recomendava dois tipos de tratamento aos pacientes histéricos, quais sejam: afastamento do ambiente familiar, concomitante internação e, o último, remoção das causas psíquicas dos sintomas de histeria através da sugestão (FREUD, 1888/2006). Nesse contexto, Freud, influenciado pelas ideias de Breuer, propôs o método hipnótico a fim de que o paciente remontasse à sua história com o objetivo de localizar o acontecimento traumático.

Posteriormente em 1893, Freud escreveu o artigo intitulado *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar*, este o primeiro capítulo dos *Estudos sobre histeria*. Presente em seus relatos o famoso caso clínico de Anna O. (Bertha Pappenheim) que fora submetida à hipnose por Joseph Breuer, este, por sua vez, verificou que os sintomas da paciente haviam desaparecido após aplicação da técnica da hipnose. Breuer denominou a técnica como *método catártico*<sup>152</sup>, pois havia uma expulsão ou descarga de afeto ligado à experiência traumática<sup>153</sup> por meio da sugestão hipnótica (GARCIA-ROZA, 2004).

Está claro que Freud utilizou o método catártico voltado à lógica da sugestão, onde o saber está sob o poder do médico e o paciente por sua vez, é tomado como objeto de intervenção do primeiro. Aqui, podemos perceber que Freud adotava a teoria do trauma que consistia na afirmativa de que os sintomas das pacientes histéricas estavam vinculados a uma experiência traumática infantil.

Entretanto, Freud percebia que havia uma barreira que impedia que esses conteúdos viessem à mente consciente do paciente e, em 1894 publica o artigo *As neuropsicoses de defesa*, ressaltando a independência de sua nova formatação de ideias em

<sup>150</sup> Associação livre no alemão *Grundregel*, chamada por Freud de regra fundamental (ELIA, 2004, p. 18).

<sup>151</sup>Freud (1888/2006) afirma que a histeria é uma neurose, pois não eram achadas alterações perceptíveis no sistema nervoso desses pacientes. Por isso, Freud propunha uma classificação estritamente nosográfica, caracterizada por uma série de sintomas/excitação de alguns órgãos dos pacientes, os sintomas citados pelo autor eram: exoftalmia, bócio, tremor, aceleração do pulso e alteração psíquica.

<sup>152</sup> Catártico vem de *Kátharsis*= purgação (GARCIA-ROZA, 2004, p. 36).

<sup>153</sup> Nos *Estudos sobre histeria* Freud (1893/2006) propunha que a gênese das neuroses traumáticas, como a própria histeria, seriam os afetos de traumas psíquicos.



relação aos seus grandes influenciadores. Assim, Freud teve acesso ao fenômeno da defesa, quando abandonou definitivamente a hipnose (GARCIA-ROZA, 2004).

Freud, então, necessitou descartar a teoria do trauma para poder, posteriormente, consolidar no seio psicanalítico a sexualidade infantil e o próprio complexo de Édipo; dessa forma, valorizando a vida fantasmática de seus pacientes (GARCIA-ROZA, 2004). O criador da psicanálise passa a falar em defesa, o que mais tarde seria denominado recalçamento, pois Freud observava que os pacientes esbarravam com uma resistência ao tentar tornar conscientes algumas ideias patogênicas.

A defesa aparece, assim, como uma forma de censura por parte do ego do paciente à ideia ameaçadora, forçando-a a manter-se fora da consciência; e a resistência era o sinal externo dessa defesa. O mecanismo pelo qual a carga de afeto ligada a essa ideia (ou conjunto de ideias) é transformada em sintomas somáticos é chamado por Freud de conversão (GARCIA-ROZA, 2004, p. 38).

A questão que nos é interessante circula em torno do abandono por Freud do método hipnótico e da sugestão, em virtude de existirem questões desconhecidas na vida mental dos sujeitos, pensava assim o pai da Psicanálise<sup>154</sup>. A partir daí, passamos a apostar num sujeito em atividade no inconsciente e caminhamos dessa forma, rumo à consolidação de um saber que dá a palavra ao sujeito. A partir dessas ideias Freud quebra radicalmente com a lógica maniqueísta com que as intervenções médicas eram pautadas naquele contexto, e dessa forma foi de encontro à lógica com que a medicina operava naquela época.

De posse das noções de *resistência*, *defesa* e *conversão*, a própria concepção de terapia tinha de ser modificada. Seu objetivo não poderia mais consistir simplesmente em produzir a ab-reação do afeto, mas em tornar conscientes as ideias patogênicas possibilitando sua elaboração. Nesse momento, começa a se operar a passagem do método catártico para o método psicanalítico (GARCIA-ROZA, 2004, 38).

Apesar de Freud ter se esforçado em enquadrar suas ideias aos moldes científicos da sociedade na qual estava inserido, como o fez através da elaboração do *Projeto para uma psicologia científica* (1895/2006), o mesmo quebrou com essa lógica ao abandonar a hipnose e sugestão. Embora a formação intelectual de Freud tivesse se dado no interior de uma atmosfera cientificista e positivista do século XIX, o mesmo quebrou essa lógica ao apostar no sujeito e sua vida fantasmática (GARCIA-ROZA, 2004).

É a partir da *Interpretação dos sonhos*<sup>155</sup> que vemos a inauguração do dispositivo analítico, no momento em que Freud valorizou o sentido produzido pelo sonho<sup>156</sup> na fala de

<sup>154</sup> Embora não esteja presente nos pressupostos freudianos o conceito “sujeito”, há evidências de que Freud apostava em alguma forma de sujeito em operação no inconsciente.

<sup>155</sup> Traumdeutung (GARCIA-ROZA, 2004).

seus pacientes, possibilitando assim, pensarmos acerca da articulação entre o desejo e a linguagem. O dispositivo analítico a partir de então, passou a ser embasado na regra fundamental denominada *Grundregel*, o equivalente à associação livre e o que se propunha a ser interpretado, não era o sonho em si, mas sim o relato do paciente (GARCIA-ROZA, 2004).

Partindo dessa nova roupagem, a psicanálise deu credibilidade à palavra do sujeito, pois “[...] toda produção do campo do sentido é da ordem simbólica, seja ela falada ou não” (ELIA, 2004, p. 20). Nessa perspectiva, afirmamos que nossa condição humana está atrelada ao domínio da linguagem, pois somos desafiados desde o nascimento a darmos significados à nossa existência. Freud abandonou o método sugestivo em virtude de o mesmo não valorizar essa produção humana de sentidos. Passamos a transitar, dessa forma, de um modelo psicoterápico e sugestivo, onde a figura do médico é detentora do saber/técnica para um dispositivo analítico que convida o sujeito a falar e produzir um sentido para seu sofrimento e angústia.

Para entendermos essas questões relacionadas às diferenças entre o dispositivo analítico e as intervenções embasadas no modelo de ciência que fora inaugurado com a modernidade, necessitamos traçar um percurso. Dessa forma, transitaremos nas ideias de alguns autores psicanalíticos que se propõem a essa tarefa: expor as pretensões das psicoterapias, bem como os objetivos da psicanálise.

Sauret (2006) nos traz grande contribuição ao diferenciar as diversas modalidades de psicoterapias da lógica psicanalítica bem como, estabelecer um diálogo em torno dessa diferenciação com o conceito de sujeito. O autor transcorre a partir de seu percurso como profissional e formador para traçar uma compreensão acerca desses temas prementes na psicanálise. Assim afirma: “Sujeito designa o que fala no humano” (p.20), dessa forma estamos transitando no campo da linguagem, da produção de sentidos...

O sujeito, então, atrelado à fala como produtora de sentidos e simbolizações, traz consigo uma interpretação acerca da sua realidade, essa última advinda de um campo necessário para sua própria constituição: o campo do Outro. Nesse sentido, o humano é fabricado e esse processo exige um significante que é pedido ao Outro (mitos, religiões, filosofias e a própria ciência) para que esse processo se consolide<sup>157</sup>. A psicanálise, por sua

---

<sup>156</sup> Freud disse que o sonho é a via real que leva à compreensão e conhecimento das atividades inconscientes da mente (GARCIA-ROZA, 2004).

<sup>157</sup>Sauret (2006) fala em ontologia, pois a comunidade humana constrói teorias do ser, direcionando a essas teorias a responsabilidade de lançar respostas para os enigmas da humanidade, questões como: quem sou eu? Por que existo? Para onde vamos? Etc.

vez, transcorre nesse campo, buscando o sujeito que produz esses significados e sentidos para sua existência (SAURET, 2006).

De acordo com o autor “[...] a psicoterapia é consubstancial com o humano” (p.21) e data desde o ano 13 a.C. através dos escritos de Epicuro. Esses escritos utilizavam o verbo *thêrapeuein* que designava uma intervenção médica que incluía em seu foco a alma, ou seja, transitava-se além do *iatrein* do corpo<sup>158</sup>.

O homem anteriormente ao advento da ciência moderna utilizava psicoterapias e noções terapêuticas com formações mais *artesanais*, baseadas nas teorias ontológicas que davam sentido à vida e existência humanas<sup>159</sup>. Entretanto, após a reviravolta fruto do século das luzes, houve uma “mutação do laço social”, saindo as psicoterapias da esfera ontológica, passando a se associar ao discurso científico que então se estruturava: a psiquiatria<sup>160</sup> (SAURET, 2006, p. 23).

Nessa dinâmica, as psicoterapias perdem gradativamente seu cunho filosófico e religioso, saindo da lógica da busca de um sentido e compreensão para uma nova ordem e/ou nova busca: um modelo explicativo e avaliativo para as problemáticas dos agora *pacientes*. As psicoterapias passam a ser estruturadas a partir do crivo psiquiátrico, adquirindo uma formação *mais científica* e voltada à remissão de síndromes, sintomas que passam a ser catalogados e classificados (SAURET, 2006).

No decurso da história – depois que o inglês Tuke (re) criou o adjetivo ‘psicoterapêutico’ -, Bernheim publica, em 1891, *Hipnose, sugestão, psicoterapia*, enobrecendo o termo ‘psicoterapia’, que aparece, na versão moderna, no momento em que o médico, depois dos deuses, abandona a hipnose, e com ele passa a designar a ação terapêutica da sugestão, igualmente confiscada aos deuses e reivindicada pelo mesmo médico (SAURET, 2006, p. 26).

As psicoterapias assumem então, um discurso de restabelecimento da saúde e bem-estar de indivíduos. Tomam para si, dessa maneira uma acepção de cuidar, tratar, curar e também persuadir, pois seu núcleo é a sugestão (RINALDI, 2006). Tratamos então de um método interventivo no qual o saber se localiza no terapeuta, cuja demanda é a cura.

Sauret (2006) nos coloca que a demanda de cura a um sofrimento é substituída gradativamente por uma demanda explicativa que gira em torno de medidas, avaliações e

<sup>158</sup> Ia-se mais além do *iatren* do corpo, pois incluíam-se nesse ínterim questões como: dimensão social, familiar e religiosa (SAURET, 2006).

<sup>159</sup> É então, realizada a seguinte operação: as psicoterapias saem da esfera ontológica e religiosa rumo a uma psicoterapia do conselho, da sugestão (SAURET, 2006).

<sup>160</sup> Foucault (1979) nos fala que a loucura é uma produção do século XVIII, assim como a psiquiatria, que por sua vez se estruturou e tomou o louco como objeto de estudo e intervenção. Assim, se estruturou toda uma prática de poder e saber sobre esses corpos, justificando as práticas e intervenções que se realizavam no espaço asilar onde o louco era enclausurado.

escores. A psiquiatria enquanto ramificação da medicina toma para si a psicoterapia, adquirindo esta última, facetas *científicas*, cujas promessas não se distanciam das crenças dogmáticas do período em que a técnica era explicada pelas várias ontologias. Os modelos ontológicos de psicoterapia não passavam de dogmas, entretanto, as técnicas, promessas e pesquisas da ciência psiquiátrica ocupavam/ocupam esse lugar dogmático também.

Freud, inicialmente não rompeu com esse modelo de psicoterapia, onde a figura do médico é messiânica e divina, conforme os modelos ontológicos e científicos de psicoterapia se constituíram/constituem. Como apontado anteriormente, o pai da psicanálise utilizou os métodos hipnótico e sugestivo em seus primeiros pacientes e após várias reflexões resolveu abandonar ambos (GARCIA-ROZA, 2004). Nesse rumo, ao abandonar o método hipnótico e sugestivo, Freud faz um movimento contrário à tradição que então vigia, apostando assim no sujeito que sofre e procura sentido para seus sintomas.

A psicanálise não se coloca a serviço da fantasia, essa teoria íntima que pereniza a sugestão e que o sujeito assume para normalizar sua relação com o Outro, a saber, com os objetos, com o gozo. Ela opera sobre ele até o ponto em que o sujeito descobre o estofado do qual é fabricada a sua singularidade, quer dizer, o que ele é como objeção ao saber- “antídoto da sugestão”: nenhum Outro e nenhum si mesmo permitem ao sujeito orientar-se para uma solução “que consiste na extração dessa verdade”- somente o sintoma (SAURET, 2006, p. 27).

O sintoma, nesse ordenamento, está a serviço de algo, funciona como uma solução inventada pelo sujeito para sustentar sua singularidade no laço social. Nesse sentido, um sujeito em operação no inconsciente produz um sintoma que está a serviço de algo e o trabalho analítico consiste em evidenciar esse sujeito, seu desejo. Freud considerava a linguagem como um lugar de ocultamento, distante da noção de ser ela um lugar transparente<sup>161</sup>. A linguagem assemelha-se assim ao sonho, que possui um conteúdo latente ao manifesto, este último se torna, por ação da censura, um enigma (GARCIA-ROZA, 2004). Nesse sentido, empregamos o trabalho de interpretação para assim conhecer o conteúdo latente, que por sua vez, foi distorcido pela elaboração onírica<sup>162</sup>.

Para esse trabalho de interpretação, necessitamos do esforço de um analista disposto a escutar de um sujeito, acolhê-lo em sua singularidade a fim de evidenciar o sujeito em trabalho no inconsciente. No entanto, vivemos numa sociedade psicoterápica e que busca

<sup>161</sup> Nesse sentido, a Análise de Discurso se coloca com um posicionamento similar ao tomar a linguagem como lugar de ocultamento, ou seja, a linguagem não é transparente (ORLANDI, 2001).

<sup>162</sup> De acordo com Garcia-Roza (2004) a elaboração onírica é o trabalho que transforma os pensamentos latentes em conteúdos manifestos, impingindo estranhamento ao sonhador em relação ao sonho, bem como distorção do conteúdo. Trazemos essa analogia do sintoma ao mecanismo do sonho, justamente por Freud inaugurar a discussão em torno de um sujeito em operação no inconsciente ao valorizar o sentido e fala produzidos pelo paciente no ato analítico.

a solução dos seus problemas na mesma velocidade em que são lançados produtos/tecnologias para cobrir a falta estrutural do ser humano.

Nesse rumo, Elia (2004) nos diz que “o saber sobre o sujeito não está ao alcance de todos, e não estará ao alcance de ninguém que não queira se dar ao trabalho psicanalítico” (p.10). Então nos questionamos: estamos indo ao encontro do sujeito ao priorizar terapias e métodos interventivos embasados em teorias explicativas, classificatórias e nosológicas? Criticamos aqui a forma com que o sujeito autista vem sendo tratado na política pública de saúde, visto que necessitamos encontrar formas de apostar num sujeito em operação no inconsciente.

Se tomarmos a pessoa com TEA como sujeito, e se levarmos a cabo o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde, então, devemos criar estratégias para que esse seja escutado e inserido na Rede SUS. Essa inserção implica sua singularidade, sua história, narrativa exclusiva do sujeito que buscamos evidenciar.

Como já se alertou o acompanhamento das pessoas com TEA e sua família no SUS deve se organizar para corresponder à diversificação das demandas de acordo com a singularidade das histórias, famílias e contextos. Da mesma forma, diferentes territórios, contam com uma diversidade da composição das Redes de Atenção [...] (BRASIL, 2013, p. 78).

Essas questões evidenciam nossa extrema fragilidade em relação ao não-saber e a forma com que lidamos com o desconhecido e com a complexidade que a realidade do autismo nos impõe. Carregamos essa angústia e por cima dela lançamos uma série de afirmações e significados que tentam escamotear nosso medo, nossa angústia em relação ao que nada podemos afirmar sobre. Lançamos assim, uma série de afirmações embasadas em estudos experimentais, genéticos, ensaios-clínicos controlados, etc., na tentativa de elucidar e solucionar todos os nossos problemas.

A exclusão do sujeito e todas suas implicações no campo da ciência atualiza e aponta a seguinte necessidade: convocar não só a psicanálise, como também outras formas de saber para lançar reflexões pertinentes sobre o objeto que nos debruçamos: o autismo. Como bem nos disse Freud (1915/2006), o objetivo da psicanálise não é lançar um contraponto, mas acrescentar algo, algo que sempre esteve presente, porém, não visto.

O sujeito, esse que emerge através do dispositivo analítico, nos faz pensar acerca da dimensão subjetiva. Essa última também faz parte dos caminhos da integralidade, pois tratamos de um ser inteiro, sendo sua substância pensante e não-pensante parte desse processo. Portanto, aplicar uma teoria/procedimento a priori sobre um sujeito, mostra-se como

uma prática unilateral e nos arriscamos a falar iatrogênica, pois nesses moldes não se convoca sujeito algum a falar, havendo assim um assujeitamento.

Ouvimos falar, por exemplo, em sujeito deficiente, cujas habilidades cognitivas e sociais estão comprometidas por um Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), aliado a esse fato vemos a afirmação da necessidade desse sujeito com deficiência estar inserido na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2014a).

Afinal, qual o posicionamento do Ministério da Saúde frente a essas questões? Estamos lidando com o mesmo sujeito ou estamos cindindo o mesmo em prol da priorização de determinados métodos e políticas de *cuidado* com outros interesses que não a integralidade? A pessoa com TEA é um *portador* de Transtorno Mental e dessa forma deve estar inserido na RAPS (BRASIL, 2013) ou uma pessoa com deficiência cujo lugar é a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2014a)?

Não existe uma única abordagem a ser privilegiada no atendimento de pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo. Recomenda-se que a escolha entre as diversas abordagens existentes considere sua efetividade e segurança, e seja tomada de acordo com a singularidade de cada caso (BRASIL, 2013, p 83).

Reduzir o sujeito autista ao esquema referencial da deficiência é tido como uma *conquista* por vários atores sociais, entre eles: pais, cientistas, pesquisadores, etc. Nesse sentido, o documento Diretrizes de Atenção à Reabilitação<sup>163</sup> das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo apresenta o resultado de um conjunto de *esforços* da “sociedade civil e do governo brasileiro” (BRASIL, 2014a, p. 06). Essas constatações nos fazem pensar acerca do impacto dessas diretrizes no laço social entre autistas e a Rede SUS, pois essa deveria estar a serviço do cuidado e disposta à construção de espaços para “ampliação de laços sociais” (BRASIL, 2013, p. 107).

Esse processo é resultado da luta de movimentos científicos e sociais, entre os quais entidades e associações de pais de pessoas com transtornos do espectro do autismo, que – passo a passo – vêm conquistando direitos e, no campo da Saúde, ajudando a construir equidade e integralidade nos cuidados às pessoas com TEA (BRASIL, 2014a, p. 06).

Essa problemática demanda uma análise, pois essas diretrizes possuem um impacto não só na Rede SUS, mas também no laço social em que pessoas diagnosticadas com TEA estão inseridas. Falamos em singularidade, narrativa aberta, integralidade e outros

---

<sup>163</sup> De acordo com Rinaldi (2006) o discurso da reabilitação se enquadra aos moldes psicoterápicos, pois está embasado na lógica da sugestão e do convencimento, onde um saber é aplicado num indivíduo “subdesenvolvido” que não sabe o que é melhor ou não para si.

aparatos conceituais mais. Entretanto, esses não parecem operacionalizados, devido à enorme dissonância entre as publicações oficiais do Ministério da Saúde.

Lacan (1992) lançou uma nova e singular forma para entendimento do laço social, contribuindo, dessa forma, com os objetivos que nos propusemos para esse estudo. Assim, apontou os quatro discursos e a maneira com que os mesmos se relacionam ao que Freud propunha como as mais difíceis tarefas humanas: governar, educar e analisar. Posteriormente, Lacan apontou a quarta tarefa: fazer desejar.

Ao propor essas questões, Lacan (1992) nos direciona a uma reflexão pertinente em relação ao cenário científico atual: o porquê das concepções hegemônicas de ciência e de como essas são dogmáticas no atual laço social. Há uma pressa, quase maníaca, diríamos, em esgotar o entendimento e em buscar a verdade no campo da ciência. Nesse sentido, o autor lança mão de um recurso para entendimento tanto do laço social, como do papel da fantasia na estrutura psíquica: os matemas<sup>164</sup>.

Lacan utiliza os seguintes termos para compreensão dos quatro discursos: S1, S2,  $\$$  e *a*. O S1, ou significante-mestre é representado pela qualidade de comando e de ser uno. Consiste no imperativo e, dessa forma nos remete a primeira experiência de satisfação que nunca poderá ser retomada de forma plena pelo sujeito. S2 representa essa busca infindável da primeira experiência de satisfação, essa por sua vez, ao ser associada ao significante-mestre produz a cadeia significante, ou seja, o saber inconsciente.  $\$$  representa o sujeito, o irrepresentável e para o qual não há significante que o esgote, e enfim, o *a* nos remete ao que sobra da primeira experiência de satisfação, o excedente que representa, por fim, o desejo (QUINET, 2009).

Nesse rumo, o sujeito falante se inscreve numa realidade discursiva através do campo do Outro, essa realidade então é preexistente, pois a partir dos significantes do Outro que se fundam as possibilidades de constituição de um sujeito inconsciente (JORGE, 2002). É, portanto, através do discurso que fazemos laço social, que por sua vez é tecido e estruturado pela linguagem. Lacan nos remete dessa forma, através do seminário *O avesso da psicanálise*, a uma nova forma de pensar as estruturas clínicas e os vínculos sociais na tentativa de articular linguagem, gozo e o sujeito do inconsciente (COELHO, 2006).

Lacan (1992) propõe que os discursos seguem uma estrutura, e o entendimento dessa é fundamental para compreensão dos quatro discursos. Nesse sentido, há uma

---

<sup>164</sup>Os matemas fazem parte da álgebra lacaniana, que por sua vez, é composta por letras, visto que a ciência estabelece relação com o real através de letrinhas e não com palavras (JORGE, 2002).

distribuição espacial que se dá em dois níveis: através de *posições* que são permanentes e os *termos* que explicitaremos abaixo. As posições são ilustradas da seguinte forma:

$$\frac{\text{agente}}{\text{verdade}} \rightarrow \frac{\text{outro}}{\text{produção}}$$

Segundo Coelho (2006) os discursos do mestre, universitário, da histórica e do analista são formas de estabelecimento de vínculos entre os seres falantes em determinada estrutura social. O discurso do mestre é caracterizado por ser o avesso da psicanálise, justamente porque é através do termo S1 que o sujeito entra na ordem simbólica, bem como o mesmo determina a castração. Nesse sentido, S1 enquanto agente é direcionado ao campo do outro que por sua vez é ocupado pelo termo S2, ou seja, representando o saber, por isso, no discurso do mestre tratamos de um sujeito que sabe e não de um sujeito suposto saber, como no discurso do analista. Portanto, o discurso do mestre é o avesso do discurso do analista, ou seja, o *avesso da psicanálise*. O discurso do mestre é representado pela seguinte estrutura:

$$\frac{S1}{\mathcal{S}} \rightarrow \frac{S2}{a}$$

A produção e/ou resultado do discurso do mestre é o termo *a*, ou seja, o desejo, consistindo no que sobra e que é interdito ao sujeito, pois a verdade não pode ser inteiramente dita devido à interdição (//) entre produção e verdade (COELHO, 2006). Através de um quarto-de-giro são obtidos os demais discursos, ordenadamente: histórica, analista e universitário (JORGE, 1997). A questão que nos é pertinente gira em torno do discurso médico e de como esse está arraigado na Saúde Pública, conforme discutimos anteriormente.

De acordo com Clavreul (1983 *apud* JORGE, 2006) a ordem médica se inscreve, enquanto prática, no campo do discurso que é o avesso da psicanálise, ou seja, inscreve-se no discurso do mestre<sup>165</sup>. As intervenções médicas e/ou lógica biomédica tratam do dispositivo da sugestão sobre o sujeito, ou seja, “[...] do acionamento de um significante-mestre sobre o outro tomado enquanto saber: S1→S2” (p. 135). Nesse sentido, temos a dimensão imperativa do agente do discurso sobre o outro, caminhando assim rumo à lógica do assujeitamento, características das intervenções biomédicas que imperam na realidade da Saúde Pública, a qual abrange a Saúde Mental.

Com essas considerações, vemos o quanto o discurso do mestre pauta as intervenções e arranjos organizativos da Rede SUS no tangente ao cuidado exercido às pessoas com TEA. Esse discurso surge nesse contexto como inteiro, uno e completo, e é

---

<sup>165</sup> Afirmamos essas questões, porque se parte de um modelo de intervenção pré-estabelecido a partir de um saber a priori e universal sobre o que é bom ou não ao sujeito, que nesse contexto é tomado como paciente (RINALDI, 2006).



exatamente a partir desse semblante de unidade que o poder sugestivo desse significante emana. Lacan utiliza a relação dialética entre o Senhor e o escravo para explicar o modo de funcionamento do discurso do mestre, no qual o sujeito renuncia ao gozo por medo da morte, ou seja, temos nesse laço social a interdição entre o desejo e sujeito (COELHO, 2006).

Dessa forma, vemos o quanto é importante olhar para esse sujeito, oferecer vias para que este se manifeste no cotidiano do cuidado, seja através da fala e em caso de ausência dessa, por meio de sua forma singular de comunicação. Para que isso se concretize é necessário reverter essa lógica de *cuidado* onde há um detentor do saber e outro em posição passiva, pois de acordo com Brasil (2013) o tratamento da pessoa com TEA deve possibilitar e ofertar recursos para que os sujeitos se insiram no laço social. Somente assim, poderemos sim falar em diferentes possibilidades de circulação e “modos de estar na vida” (p.79).

Os modelos de intervenção baseados na lógica da psicoterapia, estas sob os moldes psiquiátrico e avaliativo imperam na Rede que tanto falamos. Entretanto, essa última deveria ser viva e pautada na lógica humana, multifacetada e colorida como apontam os propósitos da política de saúde mental<sup>166</sup>. Causa-nos estranhamento essa priorização de intervenções nos moldes psicoterápicos<sup>167</sup>, onde o saber e a técnica são aplicados por um *expert* que tem o poder sobre o usuário.

As áreas da psiquiatria e da saúde mental abarcam dimensões que não são abordáveis por procedimentos estritamente científicos, tais como são os campos definidos por valores culturais, éticos e políticos. São estes campos que orientam a organização da sociedade e devem definir, em última instância e em certo momento do tempo, o que é patológico ou não, tratável ou não (BRASIL, 2013, p. 39).

De acordo com Jorge (2006) todas as psicoterapias utilizam, mesmo que de forma distorcida as ideias psicanalíticas, respondendo ao Outro do saber e rivalizando com o saber elaborado por Freud. A psicanálise, nas últimas décadas, tem sido alvo de críticas com relação ao seu método de intervenção por parte desses modelos de psicoterapias. As críticas giram em torno da falta tanto de cientificidade quanto de evidências que comprovem a eficácia do método na remissão de sintomas e melhoria dos seus pacientes. No entanto, como aponta Alberti (2006), a psicanálise não se reduz ao somático, e muito menos se propõe imediatamente à remissão de sintomas.

Ao reduzir e ordenar o projeto terapêutico destinado ao sujeito autista estaremos produzindo cuidado levando em consideração os desejos desse sujeito? Reproduzimos, dessa

---

<sup>166</sup> A política de saúde mental, influenciada pelos ideais da Reforma Psiquiátrica, apontam para um discurso polissêmico, ou seja, uma simultaneidade de movimentos, cujo eixo é um único objeto simbólico (ORLANDI, 2001).

<sup>167</sup> Discutimos essa questão no capítulo sobre as tecnologias de cuidado.

forma, somente modelos, esses fechados e resistentes a qualquer outra possibilidade. É possível ordenarmos a forma com que o cuidado será exercido?

O projeto terapêutico a ser desenvolvido deve resultar: 1º) do diagnóstico elaborado; 2º) das sugestões decorrentes da avaliação interdisciplinar da equipe; 3º) das decisões da família. Todo projeto terapêutico, portanto, será individualizado e deve atender às necessidades, às demandas e aos interesses de cada *paciente* e de seus familiares (BRASIL, 2014a, p. 63).

Apesar dos esforços políticos de afastar a psicanálise<sup>168</sup> e seu corpo teórico dos espaços em que essa pode apontar lacunas e problemas, vemos o quanto a mesma evidencia os limites da própria ciência. O advento do discurso capitalista e da ciência, que se firmou a partir do século XIX, trouxe um retrocesso significativo ao que Freud postulava anteriormente, pois voltou-se a crer num mundo da representação para além dela mesma (ALBERTI, 2006).

Freud evidenciara anteriormente que toda experiência de satisfação era memorizada como um traço mnêmico<sup>169</sup>, esse último não seria a própria experiência, mas somente uma marca simbólica daquela. Daí resulta que o representante da representação é uma marca simbólica, que por sua vez corresponde a um real. Ou seja, existe uma porção de coisas fora da ordem simbólica e impossíveis de serem representadas por corresponderem ao real, portanto, há questões voltadas tanto ao saber quanto ao não-saber (ALBERTI, 2006).

[...] voltou-se a crer que há um mundo da representação para além dela mesma, chega-se até mesmo a buscar as representações nas imagens tomográficas ou nas ressonâncias magnéticas. E tem muita gente que acredita nesta possibilidade quando em 1891 Freud deixava claro, antes mesmo do *Projeto*, que não há relação biunívoca entre psiquismo e cérebro (ALBERTI, 2006, p. 85).

O capitalismo e suas imposições tanto em relação ao laço social quanto no tangente ao modo de se fazer ciência estão presentes na sociedade desde o advento da modernidade. Crê-se, dessa forma, que as representações psíquicas podem ser elucidadas por um substrato biológico no cérebro, mais especificamente em sua anatomofisiologia.

Ao aplicar-lhe conceitos, procedimentos e técnicas empiricamente eficazes, não estamos assujeitando o sujeito<sup>170</sup>? Ou melhor, não estamos tratando-lhe como objeto onde determinado saber/experimento pode ser aplicado, cujo desfecho é hipoteticamente esperado? Nesse processo não há margem para a surpresa, não há perspectivas de outras possibilidades

<sup>168</sup> De acordo com Furtado (2014) a estratégia de tomar o autismo a partir de uma perspectiva neurobiológica apenas, e afastar assim a psicanálise dessa problemática é uma estratégia perversa da tecnociência atualmente. Dessa forma, assistimos a uma negação da própria subjetividade no autismo, como se esses não fossem sujeitos.

<sup>169</sup> A representação da experiência é imaginária.

<sup>170</sup> Quando criticamos essas questões, estamos voltados ao campo da Saúde Mental.

nesses moldes. Reproduzimos assim, esses modelos estéreis de ciência, cujo alvo é o humano e esse último é tratado a partir de chavões, fórmulas e equações.

Parece haver uma aposta, cada vez maior, de que todos os problemas que dizem respeito a conflitos psíquicos, emocionais e mesmo cognitivos possam finalmente ser resolvidos com os avanços das neurociências, que vão desde a neurobiologia até o estudo genético das redes neurais. A tentativa de convencer os profissionais de saúde mental – em particular psiquiatras e psicólogos- do alto valor dessa aposta é tão grande que, para fazê-lo, poderá nos ensinar a influenciar diretamente com substâncias químicas as quantidades de energia e suas distribuições no aparelho psíquico (ALBERTI, 2006, p. 87).

Estamos excluindo o sujeito da lógica de um cuidado que deveria estar a serviço da escuta, do acolhimento e da integralidade. Não se aposta assim, num sujeito em operação no inconsciente, mas sim lança-se uma série de saberes e procedimentos sobre o outro, como se esse fosse um rele objeto a ser controlado. Reproduzimos então, a subordinação e/ou assujeitamento de um ser que necessita ser governado por uma série de aparatos conceituais e operacionais consolidados e instituídos através de regulamentações, atos administrativos e legislações na Saúde Pública.

Transtorno mental, deficiência intelectual/cognitiva, serviços especializados, técnicas comprovadas, adaptação, aquisição de habilidades sociais e motoras, eis noções que não cessam de serem lançadas quando o assunto é o autismo.

No entanto, lidamos com pessoas, com indivíduos pertencentes à raça humana e que reclamam sentido, ou seja, são seres simbólicos, não havendo possibilidades dessas nomenclaturas (TEA, TGD, TID) serem inócuas na Saúde Pública. “As pessoas diagnosticadas, com seus sofrimentos e dificuldades bem concretas, é que são inteiramente reais e não as categorias diagnósticas nas quais estas são abstratamente alocadas” (BRASIL, 2013, p. 41).

É nesse esquema de “transtornalização” produzido pela lógica científica estéril, baseada em manuais nosológicos que o cuidado no campo da Saúde Mental será exercido. A ciência torna-se dessa forma uma prática adversa ao pensamento, pois há uma tecnoburocratização do saber e um assujeitamento de pesquisas e investigações em torno desse eixo estéril de ciência (ELIA, 2014, p.20).

Nesse rumo, assistimos passivamente uma expansão de diagnósticos psiquiátricos na mesma velocidade em que são vendidos produtos e/ou técnicas para intervir nessas “novas” necessidades que são criadas, pois “a banalização do diagnóstico psiquiátrico também tem se tornado um vício corriqueiro nos tempos atuais” (BRASIL, 2013, p. 41).

É nesta injunção que o autismo será tomado como “transtorno global do desenvolvimento” (TGD) ou como “transtorno invasivo do desenvolvimento” (TID), e, por força das variações de aspectos fenomênicos descritos, sem nenhuma lógica que os articule, transformados em “transtornos do espectro autista”, espécie de gradiente que vai de “a” a “z” em termos quantitativos e qualitativos, ou seja, abrigando fenômenos tão variados entre si sob esta rubrica espectral, de tal forma que se pode interrogar, ao final, se ainda estamos falando do mesmo problema (ELIA, 2014, p. 20).

Talvez não esgotaremos por hora essas questões, entretanto, cabe aqui o seguinte questionamento: não estaremos nos munindo de defesas/resistências ao priorizarmos a tecnociência para elucidação do mistério que se forma em torno do autismo<sup>171</sup>? Elia (2004) nos afirma que “onde há resistência há sujeito” (p.30), portanto, essas questões devem continuar na pauta de psicanalistas movidos pela ética do desejo.

Se Freud propôs que o inconsciente não poderia ser reduzido ao estatuto biológico ou neurológico, muito menos a referenciais metafísicos, então devemos continuar apostando num sujeito em operação no inconsciente. Nesse sentido, Lacan lançou a proposição do inconsciente estruturado como uma linguagem<sup>172</sup>, ou seja, falamos aqui, numa dimensão simbólico-material e produtora de sentidos (ELIA, 2004). Trabalhamos com um sujeito produtor de significações, sentidos e que tem a potencialidade de nos dizer algo sobre si.

“[...] o ser humano entra em uma ordem que é social<sup>173</sup>, e cuja unidade celular e básica, que se organiza como a porta de entrada nesta ordem, se chama *família*, pelo menos nas sociedades modernas” (ELIA, 2004, p. 38). O sujeito só é possível se inserido no laço social, constituindo-se a partir do olhar do outro, somente dessa forma sua existência poderá adquirir sentido.

Se em Saúde Mental trabalhamos com os conceitos de sujeito, território e trabalho em rede, necessitamos ampliar nosso olhar para além do crivo psiquiátrico. O sujeito autista necessita ser escutado e para que isso se concretize devemos avançar e garantir que os arranjos organizativos da rede caminhem nos rumos da ética: do desejo.

Nosso referencial é o movimento de reforma psiquiátrica que, em várias partes do mundo e também no Brasil, colocou em questão a hegemonia do saber médico-psiquiátrico no tratamento da chamada “doença mental”. O campo da saúde mental

<sup>171</sup> Furtado (2013) lança em sua tese os porquês do autismo ser tomado como um mistério, um fascínio na sociedade contemporânea.

<sup>172</sup> Subverte-se assim, a associação significante/significado de Ferdinand de Saussure, conferindo primazia ao significante, sendo o significado produzido a partir da articulação entre dois significantes. Usando a metáfora de Elia (2004) o significante seria o esqueleto, enquanto o significado o tecido muscular que reveste o esqueleto.

<sup>173</sup> O ser humano ao nascer se encontra desamparado e no Outro encontra sentido para essa experiência. A essa condição Freud deu o nome de desamparo fundamental (*Hilflosigkeit*) do ser humano, que exige a intervenção de um adulto próximo (*Nebenmensch*) que perpetre ação específica necessária à sobrevivência do ser humano desamparado (ELIA, 2004, p. 38).

é, nesta perspectiva, aquele que se constitui, a partir desse movimento, como um campo multidisciplinar, heterogêneo e plural, onde diversos saberes e práticas se entrecruzam (RINALDI, 2006).

A que ponto chegamos? Se é veiculado pelo Ministério da Saúde, enquanto órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e logística dos serviços de saúde em todo território nacional, perspectivas e posicionamentos dissonantes em relação ao objeto que nos debruçamos: o autismo.

O discurso predominante no primeiro documento lançado em 2013 é aberto e leva em consideração as construções históricas e as problematizações levantadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e o segundo de 2014 reduz o sujeito à deficiência. Sabemos que o discurso é efeito de sentidos entre locutores<sup>174</sup>, então nos cabe o seguinte questionamento: qual impacto dessas noções de deficiência e priorização de determinadas diretrizes terapêuticas e tecnologias de cuidado na vida de pessoas com TEA? Como produziremos uma rede ampliada de cuidados levando em consideração o sujeito e a integralidade?

Não apresentamos aqui reles informações e apontamentos de contradições no discurso do órgão federal que citamos, mas sim alertamos para a nocividade da tomada de tais noções e diretrizes sem a devida problematização. Orlandi (2001) afirma que as palavras só fazem sentido em contextos, portanto, problematizações se fazem necessárias para que determinados discursos, palavras e noções não assumam facetas ideológicas perigosas<sup>175</sup>. Aqui, tratamos da Saúde Pública e de quanto essa é afetada por esse discurso *cientificista* em relação ao cuidado que dever ser exercido sobre o *indivíduo portador* de TEA.

As Tecnologias de Cuidado e diretrizes lançadas pelo Ministério da Saúde, tomadas como objetos simbólicos<sup>176</sup>, produzem efeitos tanto nos arranjos organizativos da Rede SUS quanto na forma de cuidado exercida pelos profissionais presentes nessa trama social. Vemos o quanto o discurso científico produz sentidos e sujeitos e nos resta o seguinte posicionamento: continuar apostando no sujeito que é excluído desse cenário, entretanto, o sujeito resiste e mesmo assim, mostra suas marcas. Ao mesmo tempo que são lançadas estratégias que o reduzem e o imiscuem do cenário de cuidado do Sistema Único de Saúde, podemos evidenciar um sujeito com possibilidades de apontar novos rumos e novos sentidos nessa política de cuidado.

---

<sup>174</sup> As relações de linguagem são relações entre sujeitos, e estes produzem sentidos (ORLANDI, 2001).

<sup>175</sup> De acordo com Orlandi (2001) ideologia e inconsciente estão materialmente ligados, nesse rumo, o trabalho da ideologia consiste em “produzir evidência, colocando o homem na relação imaginária com suas condições materiais de existência” (p.46).

<sup>176</sup>Orlandi (2001) afirma que determinados conceitos e noções são objetos simbólicos que determinam ações e produzem ideologias na estrutura social em que estão postos. Nesse rumo, a compreensão de como esses objetos se constituem e assumem sentidos é de extrema importância para o Analista de Discurso.

O que pode ou deve ser dito<sup>177</sup> não deve estar submisso aos imperativos de um discurso apenas, mas sim apontar a polissemia de sentidos produzidas por sujeitos aos quais a palavra deve ser dada! Caso contrário, corremos sério risco de reproduzirmos uma política de assujeitamento e não de cuidado integral.

---

<sup>177</sup> Conceito de Formações Discursivas (ORLANDI, 2001).

## 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratar de questões vinculadas aos Transtornos do Espectro do Autismo na sua interface com a Saúde Pública, tentando, de certa forma vincular essa categoria à realidade da Estratégia Saúde da Família é um desafio. Procuramos, desse modo, analisar os documentos oficiais e normativos relacionados às tecnologias de cuidado, recursos terapêuticos e diagnósticos ofertados na Rede SUS às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo. Impingimo-nos uma grande e atual problemática no seio da Saúde Pública, pois constatamos problemas conceituais, logísticos e organizacionais nesse campo.

O estado da questão nos evidenciou a escassez de publicações na área da Saúde Pública vinculando a temática dos TEA à política pública de saúde, bem como apontou um número significativo e segmentado em termos conceituais, de publicações nas áreas da Fonoaudiologia, Psicologia, Pediatria e Educação Especial. Dessa forma, possuímos publicações que seguem a lógica da fragmentação e hiperespecialização (MORIN, 2000). Nesse rumo, constatamos que cada disciplina analisa o fenômeno dos TEA isoladamente e dentro de sua perspectiva apenas, não havendo possibilidades de uma leitura interdisciplinar como demanda a própria Saúde Pública, pois de acordo com Minayo (2013) esse campo é e/ou deveria caminhar rumo à interdisciplinaridade.

Essa problemática da fragmentação de pesquisas em áreas circunscritas do saber assume facetas desfavoráveis à inserção do sujeito autista em pesquisas, estudos e publicações científicas que façam esse diálogo. As pesquisas vinculadas aos TEA se configuram de forma rígida e cartesiana, não havendo possibilidades de inserção do sujeito em seu meio. Acredita-se, erroneamente, que as pesquisas na área da Saúde Pública devem estar subordinadas à lógica da Prática Baseada em Evidências. Caminhamos, dessa forma, rumo a uma lógica que repudia o pensamento crítico, como se o pensar sobre os caminhos da ética, do sujeito e sua subjetividade fossem práticas desnecessárias e sem importância no campo da ciência. Isso é um engodo!

Se o conceito de saúde mental nos remete a uma polissemia discursiva (WHO, 2001), estranha-nos que outras perspectivas e tentativas de inserção do sujeito sejam repudiadas do seu meio. Parece que estamos nos tornando adversos ao pensamento e qualquer tentativa de inserção do humano, que por ironia, nos é inerente em todas as áreas do conhecimento, não sendo diferente na saúde, é claro.

Tudo indica, conforme os auspícios da psiquiatria e neurociência, que tratamos de indivíduos portadores de TEA e não sujeitos, onde uma série de práticas que deveriam estar a

serviço da emancipação e garantia de direitos, apenas retroalimentam e reproduzem noções mecanizadas e *assujeitadoras*. As Estratégias de Educação Permanente em Saúde, por exemplo, são pensadas e reproduzidas sob os moldes de uma educação continuada, que por sua vez, não potencializa o protagonismo do usuário e muito menos o trata como protagonista do cuidado.

Ora, se possuímos como uma das diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (BRASIL, 2012c) o incentivo e formação de profissionais *especializados* na política pública de saúde, entretanto, por que não vemos esse investimento? Salientamos que essa questão deve ser pensada com muita cautela, pois acreditamos que essa formação deve acompanhar a proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007) e superar a educação continuada rumo à aprendizagem significativa.

Portanto, ao se pensar em formação de recursos humanos no SUS para atenção e cuidado à pessoa com TEA, devemos lançar mão de estratégias que ampliem o olhar em relação a esses sujeitos, somente assim poderemos transformar a prática e operarmos num lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005).

Se continuarmos reproduzindo práticas fragmentadas e reduzindo a saúde mental à lógica de geração de procedimentos, não estaremos produzindo um cuidado integral e muito menos garantindo direitos. Se a própria categoria TEA é complexa e deve possibilitar que uma “narrativa aberta” seja operada na rede para seu cuidado (BRASIL, 2013), dessa forma então, o trabalho e os arranjos organizativos da Rede SUS necessitam ampliar seus serviços, bem como suas Tecnologias de Cuidado. Portanto, é um erro priorizarmos e/ou instituímos determinadas práticas às pessoas com TEA em virtude de resultados de pesquisas e Práticas Baseadas em Evidências, pois não tratamos de uma massa homogênea de indivíduos passíveis de determinação.

Seguindo essa linha de raciocínio, afirmamos não ser o sujeito autista reduzido a uma série de mecanismos biológicos e neurotransmissores em atividade disfuncional, mas sim um sujeito singular com suas potencialidades e fragilidades que são evidenciadas no cuidado em ato. Portanto, não se trata, necessariamente, de um Transtorno Global do Desenvolvimento, com déficits cognitivos e motores, nem ao menos de um espectro autista, cujos sintomas são quantificáveis, mas de um ser humano que reclama sentido, que busca significados para sua existência, existência essa que não se resume ao biológico.



Quanto ao diálogo com a Estratégia Saúde da Família, podemos perceber que o mesmo pode ser possibilitado na medida em que forem pensadas Estratégias de Educação Permanente em Saúde aos profissionais da APS no sentido do acolhimento e cuidado às pessoas com TEA. Não falamos aqui no sentido de prevenir o autismo ou outra perspectiva similar, mas sim que os cuidados a esses sujeitos sejam exercidos integralmente, desde as ações nos campos da puericultura, desenvolvimento psicomotor, intervenção precoce, *habilitação*, atenção às situações de crise, etc. (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, as ações de promoção devem ampliar o olhar acerca dos TEA, e não se limitar às pretensões de prevenir o transtorno, doença e/ou disfunção. Conforme apontamos, é no mínimo uma contradição trazer a categoria prevenção para o campo da saúde mental, pois os transtornos mentais não possuem as mesmas características e comportamento das doenças ditas físicas. Dessa forma, falarmos em prevenção e aconselhamento genético em um documento e tratarmos da singularidade/integralidade do cuidado em outro, apontam uma enorme dissonância dentro do próprio Ministério da Saúde em relação aos TEA. Ao longo desse percurso pudemos perceber o quanto são problemáticas as definições de transtorno mental, doença mental, deficiência intelectual/*mental disability*, etc.

Nesse rumo, são lançados aparatos conceituais para a Rede SUS que não acompanham as problemáticas que fazem parte da realidade dos TEA. A cada nova técnica, noção e/ou conceito são lançadas supostas “verdades” que nos apontam o inevitável: o não saber. Os documentos oficiais e normativos do Ministério da Saúde em relação aos TEA, apesar de dissonantes, apontam-nos tanto possibilidades de trabalho (BRASIL, 2013) quanto dificuldades conceituais. Essas problemáticas impactam negativamente nos arranjos organizativos da Rede SUS ao se instituírem diretrizes reducionistas de uma suposta lógica reabilitadora que requer sistematicidade, avaliações linguísticas, comportamentais, etc. (BRASIL, 2014a).

Constatamos um discurso que fala em reabilitação, deficiência e outras problemáticas mais, como se o sujeito fosse um indivíduo passível de reabilitação e intervenções pautadas em teorias cognitivo-comportamentais apenas. Há uma predominância de um discurso reabilitador, onde uma suposta deficiência deve ser superada através de técnicas que enriquecem o repertório comportamental de indivíduos, onde há uma aquisição de “automatismos adaptativos” como nos aponta Jerusalinsky (2010).

O lugar do sujeito autista é na Rede de Atenção Psicossocial (2011) e não na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2011). Sabemos o quão problemática é a redução do autista à categoria deficiência, pois estamos tratando de sujeitos de direitos em que

as políticas de saúde devem servir como mediadoras entre o regulamentado e as práticas de saúde. Dessa forma, necessitamos avançar nessa questão, pois apesar de o Ministério da Saúde adotar essa postura dicotômica, sabemos que há questões políticas e ideológicas que necessitam ser evidenciadas para que assim possamos elucidar a problemática. As dissonâncias entre os documentos oficiais que analisamos, a linha de cuidado, as diretrizes e o relatório técnico sobre a Risperidona, apontam-nos os posicionamentos político-ideológicos que se formam em torno do autismo.

Transtorno global do desenvolvimento, invasivo, síndrome, deficiência e suas implicações na configuração da rede são indícios do não-lugar do autismo no campo da saúde mental, pois o próprio Ministério da Saúde não apresenta um posicionamento definitivo frente a problemática. Além disso, afirmamos que a tendência antagônica entre a linha de cuidado, estruturada a partir da política de saúde mental e as diretrizes que estão atreladas ao campo das deficiências, mascara uma tentativa de desconstruir os ideais da Reforma Psiquiátrica e incentivar a construção de espaços especializados para os autistas. Espaços esses onde território, vínculo e laço social não são conceitos-chave.

Construir um diálogo entre a ciência, sujeito autista e Saúde Pública é nosso desafio, pois estamos transitando num campo de direitos, onde cada sujeito deve ser visto como usuário, ou seja, como ator social capaz de nos dizer a forma que deseja ser cuidado na rede. Tentativas de enquadramento, controle e forclusão desse sujeito nos apontam o sintoma social que nossa política pública de saúde vem sofrendo: necessidade de controle e homogeneização do sujeito.

O autista necessita ser cuidado e para que esse cuidado seja exercido levando em consideração os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, necessitamos dar a palavra ao mesmo e criar espaços onde os profissionais, sejam eles da ESF ou RAPS estejam dispostos a escutá-lo, acolhê-lo e cuidá-lo.

Concluimos que essa transição do autismo, ora no campo das deficiências, ora no campo dos transtornos mentais, denuncia a complexidade que circunda essa posição subjetiva e de quanto o próprio Ministério de Saúde e suas instâncias técnicas não possuem uma posição definitiva nesse aspecto, pois lidam com algo em que a tecnociência não elucidou e nem elucidará plenamente.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTI, Sonia. A estrutura e as redes em psicanálise. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina (Org.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 83-100.
- ALBERTI, Sonia; BETEILLE, Irene. Autismo e esquizofrenia: de Bleuler a Lacan, um traço. In: FURTADO, Luis Achilles Rodrigues; VIEIRA, Camilla Araújo Lopes (Orgs.) **O autismo, o sujeito e a psicanálise: consonâncias**. 01 ed. Curitiba, PR: CRV, 2014. p. 56-75.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro: maio/ago, 2001.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)**. Barcelona: Masson. 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders– dsm-5** (5th. ed.). Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- ANDRADE, João Tadeu; COSTA, Liduina Farias Almeida. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia Médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n.3, p. 497-508, 2010.
- ANDRADE, Luiz Odorico; BARRETO, Ivana Cristina Holanda C.; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner S. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 783- 836.
- ANDRADE, Selma Regina; MEIRELLES, Betina Horner Schlindwein; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n.4, p. 373-381, 2011.
- ANDRADE, Vanessa B; FERREIRA, Maria de Lourdes S; BARBOSA, Pedro Marco K. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n.1. p. 56-63, mar. 2012.
- ANGELUCCI, Carla Biancha; SOTILLI, Erika Pisaneschi. Atención a las personas diagnosticadas como Trastorno del Espectro Autista en Brasil: por una ética del encuentro. In: UNTOIGLICH, Gisela (org.). **Autismos y otras problemáticas graves em la infancia: la clínica como oportunidad**. Buenos Aires- Argentina: Noveduc, 2015. p. 205-217.
- ARAÚJO, Carmen Emmanuely L; PONTES, Ricardo José S. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.9, p. 2357-2365, set. 2012.

ARAÚJO, Ceres Alves; NASCIMENTO, Regina Sonia; ASSUMPCÃO JR, Francisco Baptista. Autismo e psicodiagnóstico de Rorschach. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 4, p. 434-441, out./dez. 2011.

ARAÚJO-FARIA, Magda G. **Telessaúde Brasil- núcleo Rio de Janeiro**: a educação permanente no trabalho de enfermeiros da atenção básica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, UERJ, 2010.

ASSIS, Lucília N. et al. A percepção de médicos participantes sobre o programa de educação permanente para médicos de saúde da família em um estado da região sudeste. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 2, n. 3, p. 394-409, set./dez. 2012.

BAGAROLLO, Maria Fernanda; PANHOCA, Ivone. História de vida de adolescentes autistas: contribuições para a fonoaudiologia e a pediatria. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n.1, p.100-107, jan./mar. 2011.

BALBINO, Aldiana Carlos. et al. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da estratégia saúde da família em sobral, Ceará. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 249-266, jul./out. 2010.

BATISTA, Cristina Abranches Mota. Deficiência, Autismo e Psicanálise. **A peste**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 41-56, jul./dez. 2012.

BARRETO, Ivana Cristina H. et al. Gestão Participativa no SUS e a Integração Ensino, Serviço e Comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 80-93, 2012.

BEDIN, Dulce Maria; SCARPARO, Helena Beatriz. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 13, n.2, p.195-208. 2011.

BENASAYAG, Silvia; FLORES, Romina Carla. Gen-Ética. La epigenética y el autismo. In: UNTOIGLICH, Gisela (org.). **Autismos y otras problemáticas graves em la infancia: la clínica como oportunidad**. Buenos Aires- Argentina: Noveduc, 2015. p. 89-114.

BEREOHFF, Ana Maria Pinto; LEPPPOS, Analucia Soccac Seyffarth; FREIRE, Lúcia Helena de Vasconcelos. **Considerações técnicas sobre o atendimento psicopedagógico do educando portador de condutas típicas da síndrome do autismo e de psicoses infanto-juvenis**. Brasília: Asteca, 1994.

BEZERRA, Daniela Santos. **O lugar da clínica na reforma psiquiátrica brasileira: política e psicanálise oito anos após a Lei 10.216**. Curitiba, PR: CRV, 2013.

BISPO, Emanuella P; TAVARES, Carlos Henrique; TOMAZ, Jerzuí M. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 1-14, mar. 2014.

BRAGA, José C; PAULA, Sérgio G. **Saúde e Previdência Estudos de Política Social**. 2. ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores Ltda. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2007a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_, Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. 1988.

\_\_\_\_\_, 2009. **Decreto nº 6.949 de 26 de agosto de 2009a**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)> Acesso em: 20 de setembro de 2015.

\_\_\_\_\_, **Lei nº 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

\_\_\_\_\_, Ministério da Justiça. Secretaria dos Direitos da Cidadania. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. **Câmara técnica "Autismo e outras psicoses infanto-juvenis"**: resultado da sistematização dos trabalhos. Brasília: Corde, 1996. 32p.

\_\_\_\_\_, **Lei 10.216 de 3 de abril de 2001**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

\_\_\_\_\_, **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. 2012c.

\_\_\_\_\_, **Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência farmacêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm)> Acesso em 20 mar. 2015a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_, **Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_, **Decreto Presidencial nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / **Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde**. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 480 p.

\_\_\_\_\_, **Portaria GM nº 3088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e 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, 2014a. 75 p.

\_\_\_\_\_, 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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Risperidona no Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)**. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS-CONITEC-123. Brasília: Ministério da Saúde, abr. 2014b.

BOSI, Maria Lúcia M; MARTINEZ, Francisco M (orgs). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

CANGUILHEM, George. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CARVALHO, Sérgio R. **Reflexões sobre o tema da cidadania e produção de subjetividade no SUS**. In CARVALHO, Sérgio R. Conexões saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo, Aderaldo & Rothschild, 2009.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1994.

CARDOSO, Carla et al. Desempenho sócio-cognitivo e diferentes situações comunicativas em grupos de crianças com diagnósticos distintos. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, vol.24, n.2, p. 140-144, 2012.

CECCIM, Ricardo. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.10 n.4, p. 975-986, out./dez. 2005.

COELHO, Carolina Marra S. Psicanálise e laço social- uma leitura do Seminário 17. **Rev. Mental-** ano IV- n.6, Barbacena, jun. 2006, p 107-121.

COMBINATO, Denise S. et al. “Grupos de Conversa”: Saúde da Pessoa Idosa na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n.3, p. 558-568, set./dez. 2010.

CYRINO, Eliana G. et al. Ensino e Pesquisa na Estratégia de Saúde da Família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.36 n.1 supl.1, p. 92-101, jan./mar. 2012.

CZERESNIA, Dina (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

DUARTE, Sebastião Júnior Henrique. et al. A educação permanente como possibilidade no diagnóstico precoce da tuberculose. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 40, n. 1, p. 28-33, jan./mar. 2011.

ELIA, Luciano. **O conceito de sujeito**. 4.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010.

\_\_\_\_\_, Luciano. Psicanálise e neurociência face ao autismo: uma disjunção inclusiva. In: FURTADO, Luis Achilles Rodrigues; VIEIRA, Camilla Araújo Lopes (Orgs.). **O autismo, o sujeito e a psicanálise: consonâncias**. 01 ed. Curitiba, PR: CRV, 2014.

ELLERY, Ana Ecilda L; PONTES, Ricardo José S; LOIOLA, Francisco Antônio. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 415-437, abr./jun. 2013.

ESCOREL, Sara; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista**. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008a.

ESCOREL, Sara; TEIXEIRA, Luiz A. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar a Reforma Sanitária**. In GIOVANELLA, Lúgia. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008b.

ETIMOLOGIA de tecnologia. **Gramatica.net.br**. Disponível em:<<http://www.gramatica.net.br/origem-das-palavras/etimologia-de-tecnologia/>>. Acesso em: 20 de setembro de 2015.

EZEQUIEL, Maria Cristina D. et al. Estudantes e Usuários Avaliam Ferramenta de Educação Permanente em Saúde – Sieps. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.36 n.1 supl.2, p. 112-130, jan./mar. 2012.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FILHO, José Ferreira Belisário Filho; CUNHA, Patrícia. **A Educação Especial na Perspectiva da Inclusão Escolar: transtornos globais do desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial; [Fortaleza]: Universidade Federal do Ceará, 2010.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na Idade Clássica**. 02. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

\_\_\_\_\_, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. 24 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

\_\_\_\_\_, Michel. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. Tradução Eduardo Brandão. 2 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FORTUNA, Cinira Magali et al. Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 657-664, jun. 2012.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 15. ed. São Paulo: Paz e Terra, 165 p., 1996.

FREUD, Sigmund. **Estudos sobre histeria (1893-1895)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_, Sigmund. Conferência III: Parapraxias. In: FREUD, Sigmund. **Conferências introdutórias sobre psicanálise Parte I e II (1915-1916)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 15. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_, Sigmund. **Projeto para uma psicologia científica (1888)**. Sigmund. Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_, Sigmund. Histeria (1895). Sigmund. **Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FURTADO, Luis Achilles Rodrigues; Vieira, Camila A. A psicanálise entre a educação inclusiva e a saúde: uma proposta de trabalho interdisciplinar para pessoas autistas. **A peste**, São Paulo, v.4, n 2, p. 65-75, jul./dez. 2012.

\_\_\_\_\_, Luis Achilles Rodrigues; VIEIRA, Camilla Araújo Lopes (Orgs.). **O autismo, o sujeito e a psicanálise: consonâncias**. 01 ed. Curitiba, PR: CRV, 2014.



\_\_\_\_\_, Luis Achilles Rodrigues. A psicanálise entre a educação inclusiva e a saúde: uma proposta de trabalho interdisciplinar para pessoas autistas, **A peste**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 65-75, jul./dez. 2012.

\_\_\_\_\_, Luis Achilles Rodrigues. **Sua majestade o autista: fascínio, intolerância e exclusão no mundo contemporâneo**. 01 ed. Curitiba, PR: CRV, 2013.

\_\_\_\_\_, Luis Achilles Rodrigues; BRAYNER, José Clauber; SILVA, Lucas Silveira. Transtornos Globais do Desenvolvimento e Saúde Pública: Uma Revisão Integrativa. **Percursos Acadêmicos**, Belo Horizonte, v. 4, n. 8, jul./dez. 2014.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o inconsciente**. 20. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

GAZZINELLI, Maria Flávia, et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, jan./fev. 2005.

GERTEL, Marta Cecília Rabinovitsch; MAIA, Suzana Magalhães. Reflexões acerca do papel do fonoaudiólogo junto à família de uma criança com Transtorno Global do Desenvolvimento: estudo de caso. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, São Paulo**, v.15, n.3, p. 436-441, 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena M. **Atenção Primária à Saúde**. In GIOVANELLA, Lígia. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

GOMES-LEAL, Ana Suerda Leonor. **Formação especializada em Saúde da Família: aprendizagem e mudança de práticas**. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública)- João Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, 2013.

GONÇALVES, Alda M; SENA, Roseni R. A reforma psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n.2, p.48-55, mar. 2001.

GUIRADO, Marlene. **Psicanálise e análise do discurso: matrizes institucionais do sujeito psíquico**. São Paulo: Sunnus, 1995.

HOLANDA, Isabel Cristina L; ALMEIDA, Magda M; HERMETE, Edyr Marcelo C. Indutores de mudança na formação dos profissionais de saúde: pró-saúde e PET- saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 4, p. 389-392, out./dez. 2012.

HORA, Dinar L. et al. Propostas Inovadoras na Formação do Profissional para o Sistema Único de Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 471-486, set./dez. 2013.

JERUSALINSKY, Alfredo. Considerações preliminares a todo tratamento possível do autismo. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 28, n. 61, p. 121-125, abr./jun. 2010.

JORGE, Marco Antônio Coutinho; RINALDI, Doris (Orgs.). **Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

JORGE, Marco Antônio Coutinho. **Sexo e discurso em Freud e Lacan.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

JORGE, Marco Antônio Coutinho. A psicoterapia conduz ao pior- Apontamentos sobre a querela da psicanálise/psicoterapia. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina (Orgs.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 128-139.

JUNIOR, Paiva. Casos de autismo sobem para 01 a cada 68 crianças. **Revista Autismo.** Disponível em: <<http://www.revistaautismo.com.br/noticias/casos-de-autismo-sobem-para-1-a-cada-68-criancas/>> Acesso em: 10 mar. 2015.

KWEE, Caroline S. **Abordagem transdisciplinar no autismo: o programa TEACCH.** 2006. Dissertação (Mestrado Profissional em Fonoaudiologia). Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2006.

LACAN, Jacques. **O seminário, Livro 17: O avesso da psicanálise (1969-1970).** Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** 05. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEVITES, Marcelo Rozenfeld. Competência e humanismo – uma reflexão crítica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 368-374, 2010.

LIBANIO, Keyla Roberta; FAVORETO, Cesar Augusto; PINHEIRO, Roseni. Análise da integração da Vigilância Ambiental no controle da dengue com a Estratégia Saúde da Família: impacto nos saberes e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.147-163, jan./mar. 2014.

LIMA, Telma Cristiane S; MIOTO, Regina Célia T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katál**, Florianópolis, v.10, n. Esp., p. 37-45. 2007.

MATSUMOTO, Pamela Miwa. et al. A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 761-765, jun. 2012.

MATUS, Carlos. **Política, planificação e governo.** Brasília: IPEA, 1996.

MENDES, Karina Dal Sasso. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto- Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MERHY, Emerson E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS, Cepesc, Abrasco, 2005. p.195-206.

\_\_\_\_\_, Emerson E.; FEUERWERKER, Laura C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

\_\_\_\_\_. **Salud: cartografía del trabajo vivo**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.

MIRANDA, A. Gallardo. La medicalización de la vida o el triunfo de la medicina. **Revista de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia**. Málaga, España, v. 26, n1-2, p. 113-115, 2008.

MONTEIRO, Paulo Henrique Nico, et al. Avaliação pedagógica nos cursos do Polo de Educação Permanente da Grande São Paulo: fragilidades e desafios. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 336-345, jul./set. 2007.

MORAES-LOPES, Maria Helena B. **Telessaúde: sistema de busca de casos clínicos para apoio à Estratégia Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública)-Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 2013.

MOTTA, Luciana Branco; AGUIAR, Adriana C; CALDAS, Célia P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.4, p. 779-786, abr. 2011.

MAGLIARO, Fernanda Cristina Leite et al. Estudo dos potenciais evocados auditivos em autismo. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v.22, n. 01, p. 31-36, jan./mar. 2010.

MECCA, T.P et al. Rastreamento de sinais e sintomas de transtornos do espectro do autismo em irmãos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre**, v.33, n.2, p. 116-120. 2011.

MELLO, Ana Maria. **Autismo: guia prático**. Brasília: Corde, nov. 2001. 2 ed. 85 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINISTÉRIO DO BEM-ESTAR SOCIAL. **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais**. Brasília: Ministério do Bem-Estar Social, 1993.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.

\_\_\_\_\_, Edgar. **Ciência com consciência**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner S. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.

O GLOBO. **Cientistas tentam desvendar causas do autismo**. Publicado em 02 de abril de 2015. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/cientistas-tentam-desvendar-causas-do-autismo-15762684>> Acesso em: 27 de junho de 2015.

OLIVEIRA, Silvia Regina G; WENDHAUSEN, Águeda Lenita P. (Re) Significando a Educação em Saúde: Dificuldades e Possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 129-147, jan./abr. 2014.

OLIVEIRA, Francisco Fagner S. et al. Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 4, p. 694-703, 2013.

OLIVEIRA, Francisco Arsego. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu-SP, v. 6, n. 10, p. 63-74, fev. 2002.

ORLANDI, Eny. **Análise de Discurso: princípios & procedimentos**. 03. ed. Campinas, SP: Pontes, 2001.

PACHECO, Ana Laura Prates. Autismo, Psicanálise e Saúde Pública. **A peste**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 101-103, jul./dez. 2012.

PAICHECO, Roseli et al. Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI): aplicabilidade no diagnóstico de transtorno invasivo do desenvolvimento e retardo mental. **Medicina de Reabilitação**, São Paulo, v. 29, n.1, p. 9-12, jan./abr. 2010.

PAGANI, Rosani; ANDRADE, Luiz Odorico M. Preceptorial de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 94-106, 2012.

PARDO, Héctor González; ALVAREZ, Marino Pérez. **La invención de trastornos mentales, escuchando al fármaco o al paciente?** 1 ed. Madrid: Alianza Editorial, 2007.

PAULINO, Valquiria C. et al. Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 312-316, jul./set. 2012.

PECS. **Picture Exchange Communication System**. Disponível em: <http://www.pecs-brazil.com/pecs.php>>. Acesso em: 05 de outubro de 2015.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia, teoria e prática**. RJ, Guanabara Koogan AS, 2005.

PINTO, Vicente de Paulo Teixeira et al. Análise do Processo de Educação Permanente para profissionais do SUS: a experiência de Sobral-CE. **Revista de Políticas Públicas (Sanare)**, Sobral, v. 7, n. 2, 2008. p. 62-70.

PRADO, Cláudia. Telemamentação no Programa Nacional de Telessaúde no Brasil: a experiência da Telenfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 990-996, ago. 2013.

QUINET, Antonio. Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

RADAELLI, Paulo Roberta R; ZAVAREZA, Lierge G. Educação permanente em saúde sob a ótica gerencial: enfoque na saúde integral do adolescente. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 12, n. 1, p. 07-15, dez. 2010.

RESTREPO, Juliana María Bueno. Do autismo nos tempos do capitalismo ao sujeito autista da psicanálise. **A peste**, São Paulo, v. 4, n.2, p.57-64, jul./dez. 2012.

RIBEIRO, Maria Anita Carneiro. O sujeito autista e seus objetos. **A peste**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 77-89, jul./dez. 2012.

RINALDI, Doris. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise/ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina (Orgs.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 141-147.

ROECKER, Simone; MARCON, Sonia S. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: O Significado e a Práxis dos Enfermeiros (as). **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, out./dez. 2011.

ROSSONI, Eloá; LAMPERT, Jadete. Formação de Profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n.1, p. 87-98, jan./jun. 2004.

RODRIGUES, Isabel Barros; MOREIRA, Luis Eduardo; LERNER, Rogério. Análise institucional do discurso de professores de alunos diagnosticados como autistas em inclusão escolar. **Psicologia Teoria e Prática, São Paulo**, vol.14, n.1, p. 70-83, abr. 2012.

ROSSETO, Maíra; SILVA, Luiz Anildo A. Ações de educação permanente desenvolvidas para os agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 723-729, out./dez. 2010.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. Tradução Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; supervisão da edição brasileira Marco Antonio Coutinho Jorge. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. Contribuição da epidemiologia. In: CAMPOS, Gastão Wagner S. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GOULDBAUM, Michael. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida. **Epidemiologia & Saúde**. 05 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 600 p.

SAURET, Marie-Jean. Psicanálise, psicoterapias, ainda... In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina (Orgs.) Psicanálise e saúde mental: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 19-43.

SCHWARTZMAN, José Salomão. **Autismo Infantil**. Brasília: Ed. Acordes. 1994.

SILVEIRA, Jorge Augusto Alves, et al. Características da assistência à saúde a pessoas com Diabetes mellitus acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 43-49, 2010.

SOARES, Antônio. **Temas psicológicos: pesquisa I: prazer, compulsão e pulsão em além do princípio de prazer: autismo infantil precoce: uma proposta terapêutica**. Campina Grande: UEPB, 1996.

SOUZA, Marcela T. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106. 2010.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

STAVCHANSKY, Liora. Autismo y psicosis infantiles: una mirada desde el psicoanálisis. In: UNTOIGLICH, Gisela (org.). **Autismos y otras problemáticas graves em la infancia: la clinica como oportunidad**. Buenos Aires- Argentina: Noveduc, 2015. p. 57-68.

TERRIEN, Sílvia Maria Nóbrega; TERRIEN, Jacques. Trabalhos científicos e o estado da questão: reflexões teórico-metodológicas. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo, v. 15, n.30, p. 5-16, jul./dez. 2004.

TEIXEIRA, Maria Cristina Triguero Veloz et al. Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.56, n.5, p. 607-614, 2010.

TEIXEIRA, S. M.F. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: NUNES, E.D. (Org). **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília: Opas, 1985.

TESSER, Charles D. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p.4295-4306, nov. 2011.

UNTOIGLICH, Gisela. As oportunidades clínicas com crianças com sinais de autismo e seus pais. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v.18, n.3, p. 543-558, dez. 2013.

\_\_\_\_\_, Gisela (org.). **Autismos y otras problemáticas graves em la infancia: la clinica como oportunidad**. Buenos Aires- Argentina: Noveduc, 2015.

VIEIRA, Maria Estevam Brom; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Desenvolvimento e qualidade de vida em crianças nascidas pré-termo em idades pré-escolar e escolar. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.87, n.4, jul./ago.2011.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da Saúde e Prevenção da Doença. In: CAMPOS, Gastão Wagner S. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. **A saúde mental pelo prisma da saúde pública**. Relatório Mundial da Saúde. Disponível em:  
<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_ch1\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch1_po.pdf)> Acesso em: 27 de junho de 2015.

ZOBOLI, Elma Lurdes C.; SOARES, Fátima Aparecida C. Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1248-1253, out. 2012.

**APÊNDICE A - PESQUISA NA BASE DE DADOS DA BIBLIOTECA VIRTUAL DO  
MINISTÉRIO DA SAÚDE COM O DESCRITOR TRANSTORNO AUTÍSTICO**

Título	Autor	Ano	Fonte	Situação
Autismo infantil	Schwartzman, José Salomão	1994	Brasília: Corde	Indisponível
Câmara técnica "Autismo e outras psicoses infanto-juvenis": resultado da sistematização dos trabalhos.	Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria dos Direitos da Cidadania. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência*.	1996	Brasília: Corde	Indisponível
Temas psicológicos: pesquisa I: prazer, compulsão e pulsão em além do princípio de prazer: autismo infantil precoce: uma proposta terapêutica.	Soares, Antônio	1996	UFPB	Indisponível
Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais .	Gauderer, E. Christian	1993	Ministério do Bem-Estar Social	Indisponível
Casa do Autista: atendimento e reinserção à vida comunitária.	Casa do Autista*	S.D	S.N	Disponível
Essence of autism: civil society institutions in the State of Qatar.	Supreme Council for Family Affairs	2008	s.l: Supreme Council for Family Affairs, 2008. . [50] p.	Indisponível
Autismo: orientação para pais: casa do autista	Brasil. Ministério da Saúde*.	2000	Ministério da Saúde	Disponível
Autismo: guia prático / Autism: practicalguide.	Mello, Ana Maria S. Rosde	2001	Corde	Disponível
Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do Autismo (TEA).	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência*	2013	Ministério da Saúde	Disponível
Considerações técnicas sobre o atendimento psicopedagógico do educando portador de condutas típicas da síndrome do autismo e de psicoses infanto-juvenis.	Bereohff, Ana Maria Pinto; Lepos, AnaluciaSoccalSeyffarth; Freire, Lúcia Helena de Vasconcelos	1994	Asteca	Disponível
A turma da Mônica: um amiguinho diferente.	Associação de Amigos do Autista*.	2003	Estúdios Maurício de Souza	Indisponível
Simpósio sobre família e intervenção no universo autista.	Casa do Autista*	2000	s.n	Indisponível
Autismo você sabe o que é?.	Associação de Amigos do Autista de São Paulo*.	2004	s.n	Indisponível
XI Encontro de amigos pelo autismo	Associação de Amigos do Autista*	2001	Associação de Amigos do Autista	Indisponível
Psiquiatria infantil: estudo multidisciplinar.	Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil	1987	Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil	Indisponível



Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3 milênio.-v. 2	Brasil. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência	2002		Indisponível
Europa 1988: projeto esperança.	Mello, Ana Maria SerrajordiaRos de; Silva, Marisa Furia	1988	Associação de Amigos do Autista	Indisponível
CAPSI para crianças e adolescentes autistas e psicóticos: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico.		2007	Museu da República	Indisponível
Livro de resumos [da] 6. conferência internacional sobre filosofia, psiquiatria e psicologia: "ética, linguagem e sofrimento"	Universidade de Brasília; *.Associação Brasileira para o Avanço Conjunto da Filosofia, Psiquiatria e Psicologia*	2003	ABRAFIPP	Indisponível
Transtornos invasivos do desenvolvimento associados a graves problemas do comportamento: reflexões sobre um modelo integrativo.-v.1	Brasil. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência*.	2002	CORDE	Indisponível
Pessoas muito especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família.	Cavalcanti, Fátima Gonçalves	2003	Fiocruz	Indisponível
Programa nacional de assistência odontológica integrada ao paciente especial.	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde*	1992	Ministério da Saúde	Indisponível
Programa nacional de assistência odontológica integrada ao paciente especial: manual.	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde*.	1992	Ministério da Saúde	Indisponível
Pintando o sete.	Hospital Doutor Philipe Pinel. Núcleo de Assistência Intensa à criança Autista e Psicótica; *.Brasil. Ministério da Saúde*.	1992	Ministério da Saúde	Indisponível
Publicações digitalizadas.-v. 3	Brasil. Ministério da Saúde*.	2005	s.n	Indisponível
O cidadão decide.	Fundação Oswaldo Cruz*	1999	Fiocruz	Indisponível

**APÊNDICE B - PESQUISA NA BASE DE DADOS DA BIBLIOTECA VIRTUAL EM  
SAÚDE (BVS) COM O DESCRITOR TRANSTORNOS GLOBAIS DO  
DESENVOLVIMENTO**

Título	Autor	Ano	Revista	Fonte
Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista	Teixeira, Maria Cristina Triguero Veloz; Mecca, Tatiana Pontrelli; Velloso, Renata de Lima; Bravo, RivianeBorghesi; Ribeiro, Sabrina Helena Bandini; Mercadante, Marcos Tomanik; Paula, Cristiane Silvestre de.	2010	Revista Associação Médica Brasileira	LILACS
Estudo dos potenciais evocados auditivos em autismo	Magliaro, Fernanda Cristina Leite; Scheuer, Claudia Inês; Assumpção Júnior, Francisco Baptista; Matas, Carla Gentile.	2010	Revista Pro-Fono	LILACS
Desempenho sócio-cognitivo e diferentes situações comunicativas em grupos de crianças com diagnósticos distintos	Cardoso C; Rocha JF; Moreira CS; Pinto AL.	2012	J SocBras Fonoaudiologia	SCIELO
História de vida de adolescentes autistas: contribuições para a fonoaudiologia e a pediatria	Bagarollo M; Panhoca I.	2011	Rev. paul. Pediatria	LILACS
Rastreamento de sinais e sintomas de transtornos do espectro do autismo em irmãos	Mecca, Tatiana Pontrelli; Bravo, RivianeBorghesi; Velloso, Renata de Lima; Schwartzman, José Salomão; Brunoni, Decio; Teixeira, Maria Cristina Triguero Veloz.	2011	Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul	LILACS
Reflexões acerca do papel do fonoaudiólogo junto à família de uma criança com Transtorno Global do Desenvolvimento: estudo de caso	Gertel, Marta Cecília Rabinovitsch; Maia, Suzana Magalhães.	2010	Revista Sociedade Bras. De Fonoaudiologia	LILACS
As oportunidades clínicas com crianças com sinais de autismo e seus pais	Untoiglich, Gisela.	2013	Estilos Clínicos	Index Psi Periódicos Técnico-Científicos
Análise institucional do discurso de professores de alunos diagnosticados como autistas em inclusão escolar	Rodrigues, Isabel de Barros; Moreira, Luiz Eduardo de V.; Lerner, Rogério	2012	Psicologia Teoria e Prática	LILACS
Autismo e psicodiagnóstico de Rorschach	Araújo, Ceres Alves de; Nascimento, Regina Sonia Gattas Fernandes do; Assumpção Junior, Francisco Baptista.	2011	Psico (Porto Alegre)	Index Psi Periódicos Técnico-Científicos
Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI): aplicabilidade no diagnóstico de transtorno invasivo do desenvolvimento e retardo mental	Paicheco, Roseli; Di Matteo, Julianna; Cucolicchio, Simone; Gomes, Claudio; Simone, Marcio Falcão; Baptista Assumpção Junior, Francisco.	2010	Med. reabil	LILACS

**APÊNDICE C- QUADRO DA REVISÃO INTEGRATIVA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Nº	Procedência	Tipo de trabalho	Título do Artigo	Autores/Periódico,v. n.º. p. Ano	Considerações/Temática
01	Scielo	Relato de Experiência	Teleamamentação no Programa Nacional de Telessaúde no Brasil: a experiência da Telenfermagem	Cláudia Prado et al. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 47(4):990-6. 2013	Apresenta a experiência desenvolvida pelo Núcleo de São Paulo de Telessaúde para capacitação dos profissionais da atenção primária em relação à importância da amamentação “Teleamamentação”.
02	Scielo	Relato de experiência	Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP	Elma Lourdes Campos PavoneZoboli, Fátima Aparecida Cotrim Soares. RevEscEnferm USP 2012; 46(5):1248-1253	Relato de experiência da capacitação em bioética para enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família, Santo André, SP. A problematização mostrou-se efetiva como estratégia educativa para o ensino-aprendizagem na formação contínua dos profissionais em bioética deliberativa.
03	Scielo	Artigo Original	Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população	Cinira Magali Fortuna et al. RevEscEnferm USP 2012; 46(3):657-64	Cartografia dos movimentos instituídos e instituintes no trabalho da ESF, no tangente aos cuidados coletivos em EPS. A reflexão coletiva em grupo mostrou-se potente, para desnaturalizar processos instituídos e interrogar lugares, saberes e práticas.
04	Scielo	Relato de experiência	A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico	Pamela Miwa Matsumoto et al. RevEscEnferm USP 2012; 46(3):761-5	Relata a experiência de um projeto de extensão, teve como foco ações de educação em saúde como estratégia para melhorar a adesão das pessoas com diabetes mellitus e insulínodpendentes, de uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo, ao Programa Automonitoramento Glicêmico. Com as ações de educação em saúde, pretendeu-se contribuir para um

					cuidado mais integral e emancipatório aos usuários, para um contínuo refletir dos trabalhadores quanto a suas práticas.
05	LILACS	Artigo original	Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente	Charles Dalcanale Tesser, Adir Valdemar Garcia, Carine Vendruscolo, Cleonete Elena Argenta. Ciência & Saúde Coletiva, 16(11):4295-4306, 2011	O artigo discute a análise da realidade elaborada por equipes de saúde da família, sintetizando resultados de estudo com abordagem qualitativa realizado em três municípios da Grande Florianópolis. Concluiu-se que a educação permanente inexistia nessas equipes e que sua introdução pode contribuir para ampliar o entendimento e a prática da promoção da saúde.
06	Scielo	Artigo Original	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde	Vanessa Baliego de Andrade Barbosa et al. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2012 mar;33(1):56-63.	Através deste estudo, pode-se compreender que os enfermeiros têm pouco contato com a ferramenta da Educação Permanente, realizando as atividades de capacitação fundamentadas na metodologia tradicional de ensino, sendo necessário um investimento dos gestores no sentido de capacitá-los, no que se refere à educação permanente, possibilitando-lhes a atuação com os ACS.
07	Scielo	Artigo original	Interdisciplinaridade de no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família.	Emanuella Pinheiro de Farias Bispo, Carlos Henrique Falcão Tavares, Jerzú Mendes Tôrrez Tomaz. Interface comun. saúdeeduc; 18(49): 337-350, Apr-Jun/2014. graf.	Trata-se de estudo descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvida no II Distrito Sanitário de Maceió-AL, Brasil, com um universo de nove sujeitos. Os dados apontam para a necessidade de Educação Permanente em Saúde como estratégia potente para o aperfeiçoamento da prática interdisciplinar.
08	Scielo	Artigo Original	Análise da integração da Vigilância Ambiental no controle da dengue	Keyla Roberta Libanio, Cesar Augusto Orazem Favoreto, Roseni Pinheiro.	Tais indicadores, obtidos após a integração, mostram que ela tem sido efetiva. Outra questão é a falta de

			com a Estratégia Saúde da Família: impacto nos saberes e práticas dos agentes comunitários de saúde	Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [ 1 ]: 147-163, 2014	compreensão e integração das ações de vigilância ambiental com as perspectivas de educação em saúde e de mobilização comunitária. Esta dificuldade parece estar relacionada à própria concepção, ainda medicalizada e individualista.
09	LILACS Express	Artigo Original	Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção	Ana Ecilda Lima Ellery, Ricardo Jose Soares Pontes, Francisco Antonio Loiola. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [ 2 ]: 415-437, 2013	O processo de trabalho interprofissional é gradativo, carece de pactuação, não sendo resolvido somente na disputa legal, definindo verticalmente essa interface. Configura-se num campo em permanente construção, à medida que novas categorias profissionais vão sendo incorporadas à ESF, trazendo novos saberes e novas práticas.
10	Scielo	Artigo Original	Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE	RosaniPagani, Luiz Odorico Monteiro de Andrade. Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.94-106, 2012.	Entre os achados do estudo, identifica-se o preceptor de território como um profissional que atua diretamente com os residentes nos territórios das equipes da Estratégia Saúde da família, destacando-se por suas amplas competências.
11	Scielo	Relato de Experiência	Estudantes e usuários avaliam ferramenta de educação permanente em saúde - Sieps	Maria Cristina Diniz Gonçalves Ezequiel et al. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 36 (1, Supl. 2) : 112-130; 2012	Foi possível concluir que os usuários e estudantes percebem positivamente as Sieps e que, em sua opinião e percepção, elas alcançam seus objetivos: melhoram o trabalho em equipe, enfatizando a interdisciplinaridade; acolhem bem os usuários; aproximam os estudantes da realidade das comunidades em que estão inseridos, com atualização e treinamento das equipes.
12	Scielo	Relato de Experiência	Gestão Participativa no SUS e a Integração Ensino, Serviço e	Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto et al. Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.80-93, 2012	Finalizou afirmando que o projeto é visto como uma comunidade ampliada de aprendizagem, gerador de integração entre

			Comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE		ensino, serviço e comunidade. Dessa forma, atende a uma perspectiva de gestão participativa e dialógica.
13	Scielo	Relato de Experiência	Ensino e Pesquisa na Estratégia de Saúde da Família: o PET-Saúde da FMB/Unesp	Eliana Goldfarb Cyrino et al. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 36 (1, Supl. 1) : 92-101; 2012	Nesse processo, o PET-Saúde vem fortalecer a prática acadêmica que interliga a universidade, em suas atividades de ensino, pesquisa, serviço e extensão, com demandas da sociedade, de forma partilhada.
14	Scielo	Artigo Original	Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros	Simone Roecke, Sonia Silva Marcon. Esc Anna Nery (impr.)2011 out-dez; 15 (4):701-709.	Conclui-se que há necessidade de se esclarecer os objetivos da ESF relacionados à educação em saúde aos profissionais, e estabelecer um processo de capacitação e educação permanente para que ela seja eficaz e propicie a prevenção de doenças e a promoção da saúde da população.
15	Scielo	Artigo Original	(Re)Significando a Educação em Saúde: Dificuldades e Possibilidades da Estratégia Saúde da Família	Silvia Regina Gomes de Oliveira, Águeda Lenita Pereira Wendhausen. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 129-147, jan./abr. 2014	A reflexão acerca dos profissionais da ESF sobre educação em saúde demonstrou potencial para o desenvolvimento de práticas educativas transformadoras e a necessidade de uma educação permanente, a fim de ampliar suas habilidades dialógicas.
16	Scielo	Artigo de Pesquisa	Ações de Educação Permanente no Contexto da Estratégia Saúde da Família	Valquiria Coelho Pina Paulino et al. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 jul/set; 20(3):312-6.	Foram identificadas pelos profissionais contribuições na organização e no funcionamento do serviço, além de mudanças na prática quanto à forma de atendimento aos usuários, trabalho em equipe e sua qualificação.
17	LILACS Express	Editorial	Indutores de Mudança na Formação dos Profissionais de Saúde: Pró-Saúde E Pet-Saúde	Isabel Cristina Luck Coelho de Holanda, Magda Moura de Almeida, Edyr Marcelo Costa Hermeto. RevBrasPromoç Saúde, Fortaleza, 25(4): 389-392, out./dez., 2012	Introduzindo a temática da Educação Permanente em Saúde como estratégia adotado pelo Ministério da Saúde para enfrentamento dos problemas da ESF, salienta as diretrizes curriculares nacional para a formação na área

					da saúde.
18	BDENF - enfermagem (Brasil)	Artigo Original	A Percepção de Médicos Participantes sobre o Programa de Educação Permanente para Médicos de Saúde da Família em Um Estado da Região Sudeste	Lucília Nunes Assis et al. R. Enferm. Cent. O. Min. 2012 set/dez; 2(3):394-409	Concluiu-se que o incremento de aporte teórico da Saúde Coletiva é tão importante quanto a análise do contexto de inserção dos médicos, no que tange à gestão e organização da APS em rede.
19	LILACS Express	Artigo Original	A educação permanente como possibilidade no diagnóstico precoce da tuberculose	Sebastião Junior Henrique Duarte et al. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 40, n o. 1, de 2011	A educação permanente dos ACS com participação dos alunos de medicina bolsistas do PETSÁUDE/Saúde da Família mostrou-se relevante para a detecção precoce de casos novos de tuberculose, além de contribuir para a organização, planejamento e implementação da assistência à população.
20	LILACS	Artigo Original	Educação Permanente em Saúde sob a Ótica Gerencial: Enfoque Na Saúde Integral do Adolescente	Paula Roberta Rozada Volponi Radaelli, Lierge Gallo Zavarez a Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 12, n. 1, p. 07-15, dez. 2010	Há necessidade de implantar localmente a EPS, tornar os momentos de educação e capacitação mais participativos, problematizando o cotidiano e a realidade local, respeitando o conhecimento dos profissionais e as habilidades adquiridas com a prática, cooperando para que a saúde do adolescente seja abordada de forma integral e efetiva.
21	LILACS	Artigo Original	Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da estratégia saúde da família em Sobral, Ceará	Aldiana Carlos Balbino et al. Trab. educ. saúde; 8(2) jul.-out. 2010. tab.	Os resultados evidenciaram que houve mudanças na prática dos auxiliares de enfermagem após a inserção destes nas atividades de EP através do apoderamento e aperfeiçoamento de competências (habilidades, atitudes e conhecimentos).

22	LILACS	Tese de doutorado	Formação especializada em Saúde da Família: aprendizagem e mudança de práticas	Ana Suerda Leonor Gomes. Rio de Janeiro; s.n; 2014. 275 p.	A fala dos egressos sobre o trabalho que realizam na ESF e sobre a mudança nas práticas foi uma oportunidade de reflexão profunda sobre a formação, assim como sobre as necessidades do trabalho em saúde, apontando para a necessária busca de adequação, ressaltando questões que, na maioria das vezes, tendem a ser invisíveis para a gestão, causando sofrimento aos profissionais, e tornando as atividades menos atrativas e motivantes para esses.
23	LILACS	Tese	Telessaúde: sistema de busca de casos clínicos para apoio à Estratégia Saúde da Família	Luiz Miguel Picelli Sanches. Campinas; s.n; fev. 2013. 161 p. ilus, tab, graf.	Esse método de avaliação foi considerado fácil e de baixo custo para ser implementado, tendo a vantagem de envolver os usuários desde as etapas de planejamento, desenvolvimento e avaliação. Conclui-se que os objetivos foram alcançados: demonstrou-se a participação efetiva dos enfermeiros nas atividades de telessaúde; os métodos utilizados permitiram a construção de um protótipo funcional de alta fidelidade, integrado ao HealthNet 2.0, e de um método válido para avaliação de usabilidade.
24	BDENF - enfermagem (Brasil)	Artigo Original	Ações de educação permanente desenvolvidas para os agentes comunitários de saúde	Maíra Rosseto, Luiz Anildo da Silva. Cogitareenferm; 15(4): 723-729, out.-dez. 2010.	Conclui-se que as ações de educação permanente são ofertadas de duas formas, ambas assistemáticas, não contínuas e de base tecnicista. Em referência ao processo de trabalho, os ACS entenderam a educação permanente em saúde, como muito importante na resolução de problemas e na atenção aos usuários.
25	LILACS	Dissertação	Telessaúde Brasil – núcleo Rio de Janeiro	Magda Guimarães de Araújo Faria. Rio de Janeiro; s.n;	Verificou-se também que a maior parte das dúvidas do



			Janeiro: a educação no permanente de trabalho de enfermeiros da atenção básica	2010. 128 p. ilus, mapas, tab, graf.	enfermeiroda ESF ainda é pautada em dúvidas clínicas, seguidos de dúvidas sobre implementação de atividades em educação permanente.
26	LILACS	Dissertação de mestrado	O processo de formação dos cirurgiões- dentistas da residência multiprofissional em saúde da família da Casa de Saúde Santa Marcelina: percepção do egresso	Luciana Coutinho Simões Wanderley. São Paulo; s.n; 2010. 124 p. ilus, tab, graf. (BR).	Pelos relatos dos egressos, esses e outros elementos, ainda que percebidos muitas vezes de forma fragmentada, foram identificados como componentes importantes de um novo modelo de atenção à saúde.

**APÊNDICE D- CRONOGRAMA DA PESQUISA**

<b>ATIVIDADES</b>	<b>2014</b>			<b>2015</b>		
<b>Trimestre</b>	<b>1º</b>	<b>2º</b>	<b>3º</b>	<b>1º</b>	<b>2º</b>	<b>3º</b>
<b>Revisão de Literatura</b>						
<b>Qualificação do Projeto</b>						
<b>Coleta de dados</b>						
<b>Análise dos dados bibliográficos</b>						
<b>Discussão dos resultados</b>						
<b>Elaboração da dissertação</b>						
<b>Redação final</b>						
<b>Defesa da Dissertação</b>						

## APÊNDICE E- ORÇAMENTO DA PESQUISA

Título da pesquisa: Transtornos do Espectro do Autismo, Estratégia Saúde da Família e Tecnologias de Cuidado na Rede SUS

	Itens a serem financiados		Valor unitário R\$	Valor total R\$	Fonte
	Especificações	Qtd			
Materiais de Uso Permanente	Notebook	01	R\$ 2.999,00	R\$ 2.999,00	Patrocinador
	Impressora Multifuncional	01	R\$ 473,00	R\$ 473,00	Patrocinador
	Toner colorido para Impressora	02	R\$ 128,68	R\$ 257,36	Patrocinador
	Toner preto para impressora	02	R\$ 128,68	R\$ 257,36	Patrocinador
	Livros para pesquisa	30	-	R\$ 4.080,00	Patrocinador
	Materiais de Expediente	Rema de Papel A4	20	R\$ 18,00	R\$ 360,00
Caixa de Caneta Esferográfica Azul		02	R\$ 28,00	R\$ 56,00	Patrocinador
Caixa de Pincel Atômico		02	R\$ 8,00	R\$ 16,00	
<b>Total Geral R\$</b>				<b>8.498,72</b>	

Lucas Silveira da Silva

Pesquisador Principal

Fonte viabilizadora:

1. Pesquisador R\$ 0,00

---

2. Patrocinador R\$8.498,72

---

ANEXO A – LEI 12.764/2012



**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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV - (VETADO);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV - o acesso:

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

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

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

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

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

Art. 6º (VETADO).

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

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

§ 2º (VETADO).

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

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

DILMA ROUSSEFF

*José Henrique Paim Fernandes*

*Miriam Belchior*

**Este texto não substitui o publicado no DOU de 28.12.2012**

## ANEXO B – INDICADORES DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

		Indicadores do Desenvolvimento Infantil	Sinais de Alerta para TEA
De 0 a 6 Meses	Interação Social	Por volta dos 3 meses de idade crianças passam a acompanhar e a buscar o olhar de seu cuidador.	Criança com TEA pode não fazer isto ou fazer com frequência menor.
		Em torno dos 6 meses de idade é possível observar que as crianças prestam mais atenção em pessoas do que em objetos ou brinquedos.	Criança com TEA pode prestar mais atenção em objetos.
	Linguagem	Desde o começo, a criança parece ter atenção à (melodia da) fala humana. Após os 3 meses, ela já identifica a fala de seu cuidador, mostrando reações corporais. Para sons ambientais, apresenta expressões, por exemplo, de “susto”/ choro/tremor.	Criança com TEA pode ignorar ou apresentar pouca resposta aos sons de fala.
		Desde o começo, a criança apresenta balbucio intenso e indiscriminado, bem como gritos aleatórios, de volume e intensidade variados, na presença ou na ausência do cuidador. Por volta dos 6 meses, começa uma discriminação nestas produções sonoras, que tendem a aparecer principalmente na presença do cuidador.	Criança com TEA pode tender ao silêncio e/ou a gritos aleatórios.
		No início, o choro é indiscriminado. Por volta dos 3 meses, há o início de diferentes formatações de choro: choro de fome, de birra, etc. Estes formatos diferentes estão ligados ao momento e/ ou a um estado de desconforto.	Criança com TEA pode ter um choro indistinto nas diferentes ocasiões, e pode ter frequentes crises de choro duradouro, sem ligação aparente a evento ou pessoa.
	Brincadeiras	As crianças olham para o objeto e o exploram de diferentes formas (sacodem, atiram, batem e etc.)	Ausência ou raridade desses comportamentos exploratórios pode ser um indicador de TEA.
	Alimentação	A amamentação é um momento privilegiado de atenção por parte da criança aos gestos, expressões faciais e fala de seu cuidador.	Criança com TEA pode apresentar dificuldades nestes aspectos.

