



**Health  
Residencies  
Journal (HRJ).  
2023;4(20):32-44**

**Artigos de  
Temas Livres**

**DOI:**  
[https://doi.org/10.51723/  
hrj.v4i20.886](https://doi.org/10.51723/hrj.v4i20.886)

**ISSN:** 2675-2913

**Qualis:** B2

**Recebido:** 16/06/2023

**Aceito:** 27/06/2023

## Reflexões acerca do diagnóstico de autismo

### *Thoughts on autism diagnosis*

Brunna Luanna Morais Silva<sup>1</sup> , Valdelice Nascimento de França<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Psicóloga. Residente de Saúde Mental Infantojuvenil pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

<sup>2</sup> Doutora em Psicologia Clínica e Cultura (UnB). Psicanalista Membro do Fórum do Campo Lacaniano de Brasília. Psicóloga da Secretaria de Saúde do DF. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infanto-Juvenil ESCS/FEPECS DF.

**Correspondência:** [brunnalua.morais@gmail.com](mailto:brunnalua.morais@gmail.com)

---

### RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar casos de crianças e adolescentes que receberam diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) ou possuem a suspeita do referido diagnóstico, levando em conta a importância de um diagnóstico diferencial entre autismo e psicose nessa faixa etária. Observa-se a partir da história do diagnóstico de autismo, que o TEA acabou por homogeneizar e absorver outros transtornos graves do desenvolvimento, na condição de exclusão da psicose infantil do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM) e do acelerado crescimento do diagnóstico de autismo. Considera-se a hipótese de que, atualmente, dentro do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA), o autismo confunde-se com a psicose e outros transtornos graves presentes na infância e adolescência. A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) da Asa Norte – Brasília – Distrito Federal (DF), utilizando amostra de dois casos. Utilizou-se como metodologia de pesquisa o estudo de caso, e para a análise de dados, análise de conteúdo de Laurence Bardin. A partir dos resultados, concluiu-se a importância de realizarmos uma investigação diagnóstica pautada na escuta do sujeito, buscando compreendê-lo em relação e não somente, a partir da análise de sinais e sintomas ditos observáveis.

**Palavras-chaves:** Transtorno do espectro autista; Diagnóstico diferencial; Saúde mental; Transtornos psicóticos.

### ABSTRACT

This study aims to analyze cases of children and adolescents who have been diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) or have suspected such diagnosis, taking into account the importance of a differential diagnosis between autism and psychosis in this age group. It is observed from the history of the diagnosis of autism that ASD ended up homogenizing and absorbing other serious developmental disorders, in the condition of exclusion of childhood psychosis from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and the accelerated growth of the autism diagnosis. It is hypothesized that, currently, within the diagnosis of Autism Spectrum Disorder (ASD), autism is confused with psychosis and other serious disorders present in childhood and adolescence. The research was carried out at the Center for Psychosocial Care for Children and Adolescents (CAPSi) in

Asa Norte – Brasília – Federal District (DF), using a sample of two cases. The case study was used as a research methodology, and for data analysis, Laurence Bardin's content analysis. From the results, it was concluded the importance of carrying out a diagnostic investigation based on listening to the subject, seeking to understand the subject in relation and not only from the analysis of so-called observable signs and symptoms.

**Keywords:** Autism spectrum disorder; Differential diagnosis; Mental health; Psychotic disorders.

## INTRODUÇÃO

O psiquiatra Leo Kanner descreveu o autismo em meados de 1940, apresentando na publicação “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo” casos de crianças que apresentavam isolamento, movimentos repetitivos, ecolalia, intenso incômodo com ruídos do ambiente e que não estabeleciam contato afetivo<sup>1,2</sup>. Na década seguinte, o autismo foi descrito na categoria de “Perturbações esquizofrênicas”, que compunha a sexta edição da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-6), então coordenada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em 1975, o autismo entra de forma oficial na CID-9, nona edição da Classificação Internacional de Doenças da OMS, em um capítulo titulado como “Psicoses específicas da infância”, no qual foram descritos o autismo infantil e outras patologias, tal qual a esquizofrenia da criança<sup>1</sup>. Nesta mesma década, Michael Rutter e Israel Kolven distinguiram o autismo descrito por Kanner de outras psicoses tardias<sup>1</sup> e foi Rutter que, em 1978, propôs que os principais impactos deste transtorno do desenvolvimento ressoavam nos campos da linguagem e interação, no comportamento, e nos interesses e atividades da criança<sup>3,4</sup>.

Mais tarde, em 1987, o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM), em uma versão revisada (DSM-III-R), o autismo foi descrito dentro de “Transtornos Invasivos do Desenvolvimento” (TID), tendo a palavra “infantil” retirada das especificações. Assim, a noção de “transtorno invasivo do desenvolvimento” foi tomando o lugar do que antes era descrito como psicoses infantis<sup>1,2,3</sup>.

No CID-10, publicado em 1989, o autismo aparece em Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), sob o código F84.0. O DSM IV é lançado conforme a padronização diagnóstica do CID-10, sendo revisado posteriormente (DSM IV-TR), mas sem trazer muitas alterações<sup>2</sup>.

Desde o ano de 2013, o DSM-V foi adotado pelos profissionais da psiquiatria. Neste manual, a categoria Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, que englobava o autismo, a síndrome de Rett e a síndrome de Asperger, entre outros, foi unificada em um único diagnóstico, o Transtorno do Espectro Autista (TEA)<sup>2,5</sup>. Em conformidade com o DSM-V, a CID-11, que entrou em vigor a partir de 2022, também substituiu o Transtorno Global do Desenvolvimento (CID F84) e adotou a nomenclatura “Transtorno do Espectro Autista”. Essa mudança embarçou ainda mais a diferenciação destes diagnósticos, uma vez que coloca as crianças dentro de um grande espectro que subtrai peculiaridades e singularidades do sujeito. Essa homogeneização diagnóstica<sup>1</sup> que ocorreu durante as últimas décadas, sobrepujou a perspectiva psicanalítica e antigas classificações, dificultando bastante a distinção entre crianças autistas e psicóticas através da ótica psiquiátrica<sup>2</sup>.

Ainda há aqueles que se fixam nas questões orgânicas que podem levar ao autismo. Segundo os(as) pesquisadores(as) Mercier et al.<sup>6</sup>:

para alguns, pura deficiência neurológica, ou disfunção cerebral estabelecida desde a origem, o autismo evacuará a questão relativa à construção do sujeito em seu desenvolvimento, suas contradições e suas soluções (...) na espera de um medicamento específico. (p. 86)

Entretanto, devemos levar em conta que a possibilidade do autismo possuir foro biológico, não pressupõe a exclusão da “particularidade do espaço de constituição do sujeito como ser falante”<sup>7</sup> (p. 33).

Pode-se observar que há um vertiginoso crescimento do diagnóstico de autismo, uma vez que dados apontam que no ano 2000 estimava-se que uma criança a cada cento e cinquenta era diagnosticada com autismo. Em 2008 passou a ser uma dentro de oitenta e oito<sup>1</sup>. Esse número não parou de subir e hoje a prevalência do autismo entre crianças é de uma a cada sessenta e oito<sup>8</sup>:

A definição de Kanner, considerada restrita, sofreu diversas alterações ao longo do tempo. As mudanças paradigmáticas nos manuais diagnósticos psiquiátricos afetaram a classificação e a nomeação do autismo. Essas modificações têm sérias consequências para os dados epidemiológicos<sup>8</sup> (p. 4).

Segundo Bursztein, é de suma importância identificarmos casos dessa ordem, uma vez que o diagnóstico correto é “um determinante importante para os clínicos em razão das orientações terapêuticas diferentes de que eles necessitam”<sup>1</sup> (p. 23).

É indispensável que o profissional de saúde proponha uma investigação das concepções histórico-epistemológicas, da conceituação e caracterização do diagnóstico em questão, buscando debater os multifatores que influenciam na construção do diagnóstico, a fim de que o sujeito não seja resumido apenas a comportamentos e a uma leitura baseada em manuais e outras classificações.

Com base nesse posicionamento inicial e demais inquietações, foi feita a pergunta: o autismo pode confundir-se com outros transtornos graves do desenvolvimento? A partir desta pergunta, buscamos compreender também a importância de, diante da realização de um diagnóstico de TEA, realizarmos o diagnóstico diferencial entre autismo, psicose e outros transtornos graves do desenvolvimento.

Essa pergunta demonstrou-se pertinente dado que os serviços de saúde são organizados para atender as demandas da comunidade e dos sujeitos que buscam o serviço. Cada vez mais, os serviços de saúde recebem crianças e adolescentes com o diagnóstico (ou suspeita) de autismo, entretanto, percebe-se que muitos destes indivíduos foram olhados a partir de comportamentos e expressões que buscam preencher um *checklist* que sinaliza ou não, a gravidade do transtorno e a necessidade de atendimento do sujeito.

É necessário que os profissionais da rede estejam aptos para olhar o sujeito de forma integral, em vez de apenas localizá-lo em um manual de classificação de doenças. Os serviços de saúde mental (que participam da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde – SUS) precisam estar preparados para atender o público que necessita de cuidados de saúde mental, uma vez que é verificado que os CAPSi, por exemplo, atendem grande parcela da população diagnosticada com autismo, mas care-

ce de estudos psicossociais sobre essa população, enquanto os pacientes peregrinam em busca de um diagnóstico e intervenção<sup>9</sup>.

Sendo assim, a partir do exposto, levando em conta que o termo psicose foi suprimido dos manuais e as diversas mudanças no interior da classificação do diagnóstico de autismo, o objetivo desta pesquisa foi apontar a importância de realizarmos o diagnóstico diferencial entre autismo e psicose mediante a suspeita do diagnóstico de TEA. O referencial teórico norteador deste trabalho foi a psicanálise, uma vez que a distinção clínica e teórica entre os dois diagnósticos é pautada no campo, orientando-se por questões operacionais da constituição do sujeito<sup>10</sup>.

Pretendeu-se também investigar o lugar social do sujeito, os aspectos da estrutura familiar e o contexto que ele está inserido, uma vez que as operações de constituição do sujeito não dependem somente de um desejo consciente de quem exerce as funções parentais, mas “se constitui em pequenos reconhecimentos recíprocos que escapam à percepção”<sup>10</sup> (p. 186). Além disso, buscou-se averiguar os efeitos que o diagnóstico de autismo provoca na vida do sujeito e de sua família, entendendo que é necessário avaliar de forma sistêmica os impactos deste diagnóstico.

## METODOLOGIA

O método de pesquisa utilizado foi qualitativo. Para tanto, foi realizado estudo de caso, que se configura como uma análise metódica, que se propõe ao estudo acurado de um sujeito ou situação específica<sup>11</sup>.

A pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) do Distrito Federal (DF), localizado na Asa Norte, que conta com equipe interdisciplinar e oferece atendimento para o público de crianças e adolescentes em crise e/ou com quadro de sofrimento psíquico grave e para sujeitos de até 15 anos e 11 meses, usuários de álcool e outras drogas. O serviço configura-se como parte da atenção secundária da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Dois casos foram utilizados na pesquisa: o caso de JR, um menino de 6 (seis) anos. O diagnóstico de TEA estava sendo investigado quando a família procurou o CAPSi em setembro de 2021; e o caso de AM, um menino de 10 (dez) anos, atendido des-

de fevereiro de 2019 pelo serviço e que teve seu diagnóstico fechado quando tinha 1 ano e 8 meses. Para a coleta de dados, foi realizada: a leitura dos prontuários (APÊNDICE I); entrevista com um familiar responsável de cada paciente selecionado (APÊNDICE II); uma entrevista com um técnico de referência de cada caso (APÊNDICE III); e um encontro separado com cada criança com a proposta de uma brincadeira livre\*. Portanto, além dos dois usuários selecionados, a pesquisa contou com a participação de dois responsáveis e dois profissionais de referência.

A amostra foi selecionada por conveniência<sup>12</sup>, pois foi considerado o tempo e o prazo para realização da pesquisa e o acesso aos usuários. A pesquisa qualitativa tem características operacionais que exigem um número mais delimitado e menor da amostra<sup>13</sup>.

As etapas da pesquisa ocorreram conforme com o método proposto, o estudo de caso, que conta com quatro fases<sup>14</sup>:

- a) Delimitação da unidade-caso
- b) Coleta de dados
- c) Seleção de dados, análise e interpretação
- d) Elaboração de relatórios parciais e finais

Para a análise de dados, realizou-se a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin<sup>15</sup>. Dentro deste domínio, a investigação é feita com o intuito de realizar uma descrição sistemática do conteúdo coletado<sup>16</sup>. Esse método de análise possui três fases estruturantes: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados<sup>16</sup>.

A exploração do material e o tratamento dos resultados ocorreram após a transcrição das entrevistas e coleta de dados em prontuários. Os dados foram organizados em categorias a partir dos blocos temáticos do roteiro das entrevistas apresentados na seção de apêndices desta pesquisa. A análise de conteúdo de Bardin pauta-se pelos “temas que se repetem com muita frequência”<sup>17</sup> (p. 185) e que são retirados “do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados”<sup>17</sup> (p. 185). Sendo assim, foram criadas categorias, obedecendo às seguintes condições: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade.

**Tabela 1** – Categorias analisadas a partir das entrevistas.

<b>Categoria</b>	<b>Descrição</b>
Diagnóstico	Falas relacionadas ao diagnóstico e ao histórico do transtorno.
Interação	Relatos sobre como a criança interage com os profissionais e seus pares no serviço de saúde, na escola e nos demais ambientes.
Intervenções	Ações da equipe profissional ou da família que configuram intervenções de manejo.
Acompanhamento profissional	Histórico de acompanhamento profissional de saúde ou em outras instituições ou atividades particulares.
Rede de apoio	Rede de apoio da criança.
Impacto na vida da família	Falas sobre o impacto que o transtorno de desenvolvimento causa na vida do sujeito e de sua família, como a família lida com o diagnóstico.

Fonte: Brunna Luanna Morais Silva.

A presente pesquisa passou por apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP-FEPECS), com o número do parecer 5.569.118 e CAAE: 6-123822.5.0000.5553.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das categorias descritas, discutiu-se sobre: a importância de realizarmos o diagnóstico diferencial entre autismo e psicose mediante a suspeita do diagnóstico de TEA; sobre os aspectos da estrutura familiar dos sujeitos em questão e o contexto social que eles estão inseridos; e sobre os efeitos que o diagnóstico de autismo provoca na vida do sujeito e de sua família. Devido à extensão de dados elencados durante a coleta, foram apresentados apenas os recortes essenciais para a discussão e apresentação do caso.

\* O presente artigo é derivado do Trabalho de Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infantojuvenil. Devido à extensão dos dados, neste artigo não foram trazidos o relato desta etapa da pesquisa, sendo esta parte contemplada no TCP.

## DIAGNÓSTICO

O presente trabalho tem como objetivo principal apresentar a importância da realização do diagnóstico diferencial entre autismo e psicose na infância. Conforme foi apresentado, o diagnóstico de psicose na infância deixou de existir e tal achatamento nosográfico viabilizou a localização de crianças, antes não classificadas como autistas, no diagnóstico de TEA<sup>1, 2, 3, 18</sup>.

Segundo Campos<sup>18</sup>, “a psicanálise não define o diagnóstico pelos sintomas e sim por traços estruturais e pela transferência”<sup>18</sup> (p. 17). Este trecho salienta a importância de procurarmos compreender e formularmos o diagnóstico pautados pela escuta, transferência e ao longo do trabalho com o sujeito. Em contrapartida, acerca do diagnóstico psiquiátrico, Campos<sup>18</sup> (2022) coloca:

O diagnóstico psiquiátrico, apesar dessas diferenças de compreensão, tem se tornado na atualidade, em virtude da aproximação com a neurologia, cada vez mais pragmático, sendo fundamentado na aplicação de testes e utilização de manuais, a fim de lhe conferir maior objetividade, através da redução do papel do avaliador (p. 29).

A autora ainda acrescenta que o espaço em que a interpretação do profissional de saúde e o espaço em que o sujeito e sua subjetividade aparecerem, está cada vez mais restrito, uma vez que “a tarefa diagnóstica passa a ser uma detalhada análise e descrição do comportamento observável do paciente”<sup>18</sup> (p. 32).

Contudo, a questão não está resolvida quando passamos para a esfera da psicanálise, uma vez que no campo não há consenso sobre “onde” o autismo estaria “localizado”. O debate passa pela questão do autismo estar ou não incluído em uma quarta estrutura. Ainda de acordo com Campos<sup>18</sup>:

No que concerne às teorias embasadas no referencial lacaniano, seriam três as principais correntes que buscam definir o autismo, segundo uma perspectiva estrutural da subjetividade. A primeira acredita ser o autismo uma estrutura, ou seja, o autismo seria um momento anterior à definição de uma estruturação psíquica propriamente dita. A segunda considera o autismo uma quarta estrutura, estando situado, portanto, fora do campo das psicoses e a terceira considera o autismo pertencente ao campo das psicoses (p. 66).

Posicionamentos teóricos diferentes tanto de autores, quanto dos campos da psiquiatria e psicanálise, tornam ainda mais importante o debate sobre a questão do diagnóstico diferencial. Ainda, para além destas divergências, podemos levar em conta outros fatores que podem ser somados à custosa tarefa de realizar um diagnóstico na infância, como por exemplo, a incipiência da clínica voltada para a infância e a “*labilidade do psiquismo infantil*”<sup>18</sup> (p. 18).

Nesta seção, vamos nos ater às falas referentes ao diagnóstico, trazendo a seguir uma fala importante da profissional de referência do caso de JR. A profissional destaca a importância da investigação do diagnóstico aventado e a importância de levarmos em conta a história de vida do sujeito, sem restringi-lo somente a um *checklist* comportamental que o encaixaria em uma classificação.

## DIAGNÓSTICO

Trecho da fala da profissional de referência do caso JR:

“Ele chegou lá no CAPSi com questionamento de um quadro de TEA, né? Inicialmente, em aberto esse questionamento é... e aí a gente vai investigando, fazendo os atendimentos. Ainda não foi fechado esse diagnóstico, até por conta do perfil do serviço. Da gente ter essa preocupação de já não enquadrar a criança num diagnóstico fechado e isso ela carregar aí, né? É... durante todo o desenvolvimento... que a gente tem muitos casos assim, que é taxado por um diagnóstico, aí a gente é, às vezes não se enquadra naquilo, mas continua carregando isso. E aí a gente já foi investigando algumas coisas. Ele já passou por algumas avaliações. A gente percebe que tem alguns traços aí e de umas questões comportamentais é, talvez, é perpassa por algum... é algum transtorno pós-trauma, né? Pelo histórico de sofrimento dele, por ter perdido a mãe, tudo mais... do jeito que perdeu, não é?”

Com a Reforma Psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossociais surgiram como um dos dispositivos para substituir o antigo modelo médico hegemônico<sup>19, 20</sup>. Isso implicou em uma transformação do tratamento, posto que o objeto deixou de ser a doença mental em si, dando espaço para “a existência-sofrimento do sujeito e sua relação com

o corpo social”<sup>21</sup>. Segundo Dassoler e De Sousa Palma<sup>19</sup>, o tratamento proposto pela psicanálise, em consonância ao tratamento oferecido por estes novos pontos da rede:

rompe com a representação médica dominante e reorienta as intervenções que, a partir de agora, recusam uma abordagem exclusivamente sintomatológica, incluindo o sujeito na experiência vivida, ressignificando o fenômeno pela sua complexidade (p. 1176).

Ou seja, a partir de uma escuta orientada por influências psicanalíticas, é possível deslocarmos o nosso olhar do sintoma para o sujeito e sua história. Independente do diagnóstico, é possível escutar esse sujeito pela sua dimensão subjetiva<sup>20</sup>.

Convém ressaltar que o diagnóstico é de suma importância para a realização de um plano terapêutico, entretanto, não podemos ignorar o *dever* do sujeito, principalmente na infância. Campos<sup>18</sup> (2022), em sua observação clínica, afirma que algumas crianças, a princípio com diagnóstico de autismo, passam a ser diagnosticadas com esquizofrenia quando atingem uma idade mais avançada. A autora questiona então “poder-se-ia falar em evolução do seu quadro dentro do espectro do autismo ou seria mais um caso de psicose tomada por autismo?”<sup>18</sup> (p. 15). Em contrapartida, para Maleval, não haveria a possibilidade de o autismo evoluir em direção a psicose<sup>22</sup>, entretanto, para Robert Lefort, seria possível considerar uma passagem do autismo para a psicose:

Isso se deve à instalação da transferência, que faz com que a criança aceite o analista como um partner novo e saia do “autismo que parecia um estado, um estado transitório, um fenômeno, e não uma estrutura. Temos uma psicotização dessas crianças”<sup>23</sup> (p. 156).

Já para Laznik, o que marcaria a distinção entre autismo e psicose, seria a instauração ou o fracasso do circuito pulsional completo<sup>24</sup>. Afirmando que a “falha” que levaria ao autismo, estaria na instauração do terceiro tempo do circuito pulsional. Já na psicose, a questão estaria em “outro pólo da subjetivação do sujeito: a função separadora produzida pela metáfora paterna”<sup>24</sup> (p. 32).

Considerando que crianças que receberam o diagnóstico de autismo podem apresentar um desenvolvimento em direção a psicose, não convém discutir no presente trabalho se o autismo é um estado ou uma estrutura, mas pontuar o perigo do apagamento do sujeito em detrimento a um comportamento patológico e um rótulo.

## DA INTERAÇÃO DO SUJEITO E INTERVENÇÕES

Notou-se uma ampla diferença na forma como os dois sujeitos pesquisados interagem e se relacionam em diferentes campos. Enquanto JR foi descrito como uma criança bastante acessível, cativante e que busca se relacionar com os membros da equipe e realizar brincadeiras com outras crianças, AM foi apresentado como uma criança que enfrenta muitas barreiras para conseguir se relacionar, não buscando interagir e se relacionar com seus pares. Nessa categoria, foram explorados quatro temas: interação com membros da equipe, interação com os pares dentro do serviço, interação na escola e interação em ambientes diversos. Quanto à interação na escola, a mãe de AM trouxe:

### INTERAÇÃO

Trecho da fala de RM, mãe de AM:

“A escola assim... é, eu ainda não dei sorte do AM pegar uma professora assim que conseguisse... sabe? Lidar com ele, desenvolver. Ele dá muita crise... então assim, eu acho que contribui o ambiente da escola ser um ambiente muito grande e barulhento, né? Eu acho que desregula ele sempre.”

A fala de RM ilustra a dificuldade que famílias de crianças com o diagnóstico de autismo têm em encontrar profissionais capacitados para lidar com crianças com algum tipo de limitação no campo da linguagem e interação. O crescente índice de crianças com o diagnóstico de TEA nas escolas nos faz perceber a importância de criarmos estratégias de inclusão. Laurent<sup>7</sup> faz uma crítica a métodos de aprendizagem comportamentalistas, que insistem em “treinar” os sujeitos ou “treinar” os pais destas crianças, pontuando que “aprender não é saber”<sup>7</sup> (p. 156). Segundo o autor<sup>7</sup>, “a orientação psicanalítica visa, assim, acompanhar crianças autistas pelos atalhos que elas podem abrir

e utilizar para ter acesso às aprendizagens” (p. 119), destacando a importância do próprio “sujeito autista abrir, a seu modo e dentro da escola, um caminho rumo ao saber” (p. 144).

Esse ponto demonstrou-se relevante para a discussão, pois achamos pertinente ressaltar que a criança não precisa de laudo médico para acessar o Atendimento Especial Especializado (AEE), entretanto, seguindo a onda da patologização da infância, é sabido que quando uma criança apresenta algum “problema” de aprendizagem, antes de a escola tentar esgotar as estratégias educacionais, permitindo que o sujeito explore novas formas de acessar o saber, o caminho feito é o contrário: procura-se localizar a criança dentro de um transtorno específico, que por consequência a impede de aprender. Isso contribui para o aumento da busca pelo fechamento de diagnósticos, uma vez que os pais entendem que precisam provar o diagnóstico de seu filho, para acessar benefícios. Contudo, segundo Nota Técnica n. 04/2014/MEC/SECADI/DPEE<sup>25</sup> a criança não necessita de laudo médico para o professor realizar o plano de atendimento educacional especializado – plano AEE que assegura o atendimento das especificidades do aluno.

A profissional de referência do caso de JR, em uma fala sobre os tipos de intervenções e serviços realizados no CAPSi, reforça a importância de fazermos essa ponte entre saúde e educação, mas sempre de uma forma que gere ganhos para a criança, tentando dirimir estereótipos e preconceitos:

## INTERVENÇÃO

Trecho da fala da profissional do caso JR:

“A gente também já fez reunião com a escola dele, então a gente tem esse envolvimento da rede também com serviço, justamente por entender que a questão que se apresenta, ela não se enquadra dentro do sujeito em si, né? Ela está envolvida em todo o ambiente que ele... porque ele está inserido, né? Todos os núcleos com quem ele se relaciona, com quem estabelece.”

A partir do exposto, podemos concluir que o cuidado em saúde mental com crianças que possuem transtornos graves evoca a realização de um trabalho em parceria com a família e outras redes, levando em conta o sujeito em relação.

## ACOMPANHAMENTO PROFISSIONAL, REDE DE APOIO E O IMPACTO NA VIDA DA FAMÍLIA

Nos dois casos descritos, podemos observar que as entrevistadas trazem vivências parecidas em relação à rede de apoio:

### REDE DE APOIO

Trecho da fala da profissional do caso AM:

“Mas assim, a maior presença mesmo era da mãe, e o pai sempre esquivando.”

Trecho da fala de RM, mãe de AM:

“Bom, aí vem a teoria e a prática, não é? Tem outras pessoas em casa, mas, na prática, eu cuido do AM. sozinha.

Por exemplo, se eu preciso sair de casa para resolver alguma coisa e deixo ele com o irmão, né? Ele não fica tranquilo, ele fica mais agitado. Então ele ainda continua muito ligado a mim, né?

Não é uma questão afetiva, é mais uma questão de cotidiano mesmo, das pessoas, né? Então, cada um tem sua vida, tem seus seus afazeres e acaba que não tem como eu contar com ninguém, entende?”

Trecho da fala de FR, mãe de JR:

“Eu e ele [o pai]. A maioria do tempo sou eu, né? Porque ele trabalha. Então a maioria sou eu.”

Já no tocante às implicações que o diagnóstico trouxe à vida da família e do sujeito, podemos observar conteúdos que tecem um fio condutor entre as categorias, uma vez que surgem falas carregadas de uma responsabilidade/carga centralizada na figura materna, que acabam por transformar e impactar a vida destas mulheres:

### IMPACTO NA VIDA DA FAMÍLIA

Trecho da fala RM, mãe de AM:

Então assim é um baque assim você saber que seu filho tem um problema de desenvolvimento, né? Mas deu uma [inaudível] ao mesmo tempo, a gente não tinha a menor noção que ele se tornaria um autista severo.

O que falassem para fazer a gente fazia, né? Eu falo assim, né, se mandar subir em cima da árvore, a gente subia. Então assim, eu acho que o primeiro impacto é muito difícil, né? Mas a gente tinha muita vontade de vencer o autismo.

Trecho da fala FR, mãe de JR:

“Não foi fácil. Não foi fácil, porque minha vida era uma vida e aí mudou completamente. Digamos que minha vida mudou 100%, né? Porque eu tive que deixar de trabalhar para dedicação a ele, pra cuidar só dele. Eu não faço mais nada para mim. Não tenho tempo, tanto que o pessoal falava assim, os vizinhos falam assim “eu vejo que você é 24 horas com essa criança... Seu marido ainda sai, vai resolver alguma coisa... mas você só sai com ele...” Eu já tive 9 tentativas, por isso eu to encostada [do trabalho] também, eu to melhor depois que eu to com ele, ele está fazendo eu me recuperar. Foi ele que me deu forças, ele que ta me dando forças pra viver, se eu não tivesse criando ele hoje, pelo amor que eu tenho a minha irmã, eu não estaria mais aqui hoje. Eu fiquei por ele, faço acompanhamento há 8 anos e já fiquei internada várias vezes. “

No livro “A batalha do autismo: da clínica à política”, Éric Laurent<sup>7</sup> fala de uma “prisão domiciliar na identidade ‘mãe de criança autista’” (p. 32), que captura o cuidador e o coloca à disposição do sujeito diagnosticado. Em uma dinâmica realizada no grupo de pais, na qual os responsáveis deveriam falar de si mesmos, RM disse que era difícil se identificar enquanto pessoa e não como a mãe de AM. Inclusive, tal identificação pode evocar certos propósitos, como podemos observar nas falas das entrevistadas que recorrentemente se colocam como única pessoa capaz de cuidar da criança e com a responsabilidade de buscar as tecnologias desenvolvidas no campo da saúde no tocante ao diagnóstico. Segundo Laurent<sup>7</sup> (2014), “os pais ficam frequentemente sós diante da deficiência do filho. Podem às vezes experimentar um sentimento de abandono, que os leva a fazer do filho a causa de sua vida e a militar a favor de seus direitos” (p. 30).

Outro ponto que pode ser discutido a partir da fala da mãe de JR, foi sobre a percepção que ela tem do impacto que é gerado em sua vida e na vida

da família, o filho ter um diagnóstico de suspeita de autismo. FR coloca que a maior parte de seu tempo é dedicado a cuidar de JR, entretanto, essa dedicação, quase exclusiva, é vista como positiva, uma vez que a responsável afirmou ter tido 9 tentativas de autoextermínio, relacionando a sua vontade de viver, agora, a cuidar do filho.

Abaixo podemos observar as falas das entrevistadas quanto ao acompanhamento profissional.

## ACOMPANHAMENTO PROFISSIONAL

Trecho da fala de FR, mãe de JR:

“Olha só lá ele começou o atendimento com psiquiatra. Ele estava com esse psiquiatra desde os 2 anos, né? Ele faz acompanhamento no posto de saúde, é muito bem atendido. E eu ainda estou correndo atrás de mais. Eu preciso de mais. Vou procurar mais algumas coisas. E ele está aguardando ser chamado pela UBS, né, pelo neuropediatra.”

Trecho da fala da profissional do caso AM:

“A mãe, ela é assídua e ela sempre está procurando, sempre tá querendo algo a mais. Assim ele tem psiquiatra particular, tem atividades particulares, é psicoterapias... Enfim e ela sempre tá querendo buscar mais um bem-estar dele, não é? Seja em medicação, seja em terapias, enfim ela nunca está estagnada. Acompanhamento com a psicóloga, fonoaudióloga e ele entrou na equoterapia.”

Laurent<sup>7</sup> chama atenção para a força que o discurso centrado nas deficiências vem crescendo e como os pais e responsáveis acabam por comprar um discurso que acaba se transformando em reivindicações que clamam por cada vez mais intervenções e investimentos em tecnologias centradas na doença e não no sujeito. Segundo o autor, há uma disseminação da ideia de “trataremos melhor com mais diagnóstico, mais tratamento, mais estimulação” (p. 46).

Obviamente, a intenção aqui não é desestimular o cuidado profissional ou o desenvolvimento de políticas públicas e investimentos na área da saúde, mas sim chamar atenção para o discurso centrado na doença e não no sujeito.



Laurent<sup>7</sup> (2014) faz um alerta para o crescimento dos investimentos milionários nos métodos de educação comportamentalista, apontando que o que é mecanicamente aprendido nem sempre é internalizado e aplicado em contextos novos. Além disso, para o autor, devemos ter precaução com os testes que permitem o diagnóstico rápido e fácil, habilitando qualquer um a localizar o sujeito nesta categoria.

Em contrapartida, como já foi trazido anteriormente, a psicanálise é orientada por um caminho diferente, pois a intervenção é pautada pelo o que o sujeito traz ao decorrer do seu acompanhamento/tratamento, viabilizando um manejo menos engessado por práticas pré-concebidas.

## CONCLUSÕES

O presente trabalho se deu a partir das inquietações que surgiram após a observação do flagrante aumento dos diagnósticos de autismo na infância, percebendo que algumas particularidades psicopatológicas da estruturação psicótica eram ignoradas neste percurso, uma vez que o diagnóstico de TEA sobrepujou o diagnóstico de psicose, não deixando espaço para estes nos manuais de classificação. Considerou-se assim, importante realizar o diagnóstico diferencial entre esses dois quadros psicopatológicos e acompanhar os desdobramentos de um possível fechamento diagnóstico, realizando um atendimento que inclua o sujeito, sua família e as demais redes que o enlaçam.

Seja o autismo um estado ou uma estrutura<sup>18</sup>, ficou clara a importância de dispositivos de escuta que possibilitem a aparição do sujeito dentro de sua condição diagnóstica. Quando trazemos a discussão para o campo da saúde pública e das intervenções psicossociais, precisamos levar em conta a realidade brasileira<sup>18</sup> e o alcance das políticas públicas em saúde mental em um país com vasta proporção territorial. Pois existe uma lacuna deixada pelas políticas públicas no que diz respeito à implantação da reforma psiquiátrica, que banuiu os manicômios, mas não trouxe investimentos significativos em dispositivos que substituíssem estas instituições, tais quais como CAPS, CAPSi, leitos em hospitais gerais, residências terapêuticas, cen-

tros de convivência e nos demais pontos de atenção estabelecidos pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Inclusive, é importante pontuar que a RAPS é organizada com o fim de facilitar e garantir a circulação de pessoas com transtornos mentais pelo território<sup>26</sup>, sendo os centros de convivência e de cultura pontos importantes desta rede. A partir da pesquisa realizada, foi possível perceber que o lugar social do sujeito com autismo e de sua família, é bastante restrito a espaços de saúde e educação. Devemos lutar para que os espaços de saúde mental estejam preparados para receber sujeitos e não “diagnósticos”. Sabemos que desde o surgimento, a loucura foi escamoteada da sociedade, condenada à exclusão, à solidão e apagamento. Seria esse o futuro do autismo?

Devemos refletir sobre as consequências de uma sociedade psicofóbica, que rechaça a loucura e que não abre mão da decodificação de seus indivíduos. Parece que a loucura é intrínseca ao ser humano e a sociedade, e apenas muda de nome e de código ao longo dos anos, conforme influência e interesses das instituições e da cultura.

---

## DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos que não há conflito de interesses neste artigo.

## DECLARAÇÃO E ESPECIFICAÇÃO DOS PAPÉIS DOS AUTORES

Declaramos que participamos da elaboração desse trabalho, conforme a descrição dos papéis e contribuições listadas abaixo, de acordo com a Taxonomia de Funções do Colaborador (Contributor Roles Taxonomy – CRediT).

## PAPÉIS DESEMPENHADOS POR AUTOR E COAUTORES (TAXONOMIA CRediT)

Brunna Luanna Morais Silva: Conceituação. Curadoria de dados. Análise formal. Investigação. Metodologia. Administração de projeto. Recursos. Escrita (rascunho original).

Valdelice Nascimento de França: Supervisão. Escrita (revisão e edição).

---

## REFERÊNCIAS

1. Bursztejn C. Evolução dos Conceitos de Autismo e Psicose na Criança. In Laznik MC, Touati B, Bursztejn C. *Distinção Clínica e Teórica Entre Autismo e Psicose na Infância*. São Paulo: Instituto Langage, 2016. p. 10-23.
2. Fernandes CS, Tomazelli J, Girianelli VR. Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. *Psicologia USP*. 2020;31.
3. Klin A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [Internet]. 2006 mai;28(suppl 1):s3-11. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462006000500002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000500002)
4. Habowski DL, Campos IFA. Considerações sobre o diagnóstico de autismo a partir da revisão de DSM IV E V. *Salão do Conhecimento* [Internet]. 2019 out 15. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/view/12258>
5. Araújo AC, Lotufo Neto F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.* [Internet]. 2014 Abr [Acesso em: 2023 jun 26];16(1):67-82. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt)
6. Mercier A, Touati B, Tuil L. “Autismo, uma pesquisa. Sobre a necessidade de reprecisar o campo do autismo e dos TID não autísticos”. In Laznik MC, Touati B, Bursztejn C. *Distinção Clínica e Teórica Entre Autismo e Psicose na Infância*. São Paulo: Instituto Langage. 2016. p. 58-92.
7. Laurent E. *A batalha do autismo: da clínica à política*. 1. ed. Berliner C, translator. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 2014. 222 p.
8. Almeida ML, Neves AS. A Popularização Diagnóstica do Autismo: uma Falsa Epidemia? *Psicologia: Ciência e Profissão* [Internet]. 2020 Nov 9 [Acesso em: 2022 abr 12];40. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/WY8Zj3BbWsqJCz6GvqGFbCR/?format=html>
9. Lima RC, Couto MCV, Solis FP, Oliveira BDC de, Delgado PGG. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes com autismo nos CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro1. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2017;26:196-207. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/DHhy8VLK7vDJH7gVh6smSSF>
10. Kupfer MCM. Notes on the Diagnostic Differences Between Psychosis and Autism in Childhood. *Psicologia USP* [Internet]. 2000 Jan 1 [cited 2023 Jun 26];11(1):85-105. Available from: <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/108081>
11. Neves, JL. “Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades”. *Caderno de pesquisas em administração*. 1996 [Acesso em: 2023 jun 26];1(3):1-5. Disponível em: [https://www.academia.edu/8171621/Pesquisa Qualitativa Características Usos e Possibilidades](https://www.academia.edu/8171621/Pesquisa%20Qualitativa%20Características%20Usos%20e%20Possibilidades)
12. Marotti J, Galhardo APM, Furuyama RJ, Pigozzo MN, Campos TD & Laganá DC. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2008;20(2):186-194. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Juliana-Marotti/publication/285800533\\_Amostragem\\_em\\_pesquisa\\_clinica\\_Tamanho\\_da\\_amostra/links/566aca4008aea0892c4b9e11/Amostragem-em-pesquisa-clinica-Tamanho-da-amostra.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Juliana-Marotti/publication/285800533_Amostragem_em_pesquisa_clinica_Tamanho_da_amostra/links/566aca4008aea0892c4b9e11/Amostragem-em-pesquisa-clinica-Tamanho-da-amostra.pdf)

13. Paiva Júnior FG de, Leão ALM de S, Mello SCB de. Validade e confiabilidade na pesquisa qualitativa em administração. *Revista de Ciências da Administração*. 2011 dez 14;190-209. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/2175-8077.2011v13n31p190>
14. Ventura MM. "O estudo de caso como modalidade de pesquisa". *Revista SoCERJ*. 2007;20(5):383-386. Disponível em: [http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007\\_05/a2007\\_v20\\_n05\\_art10.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf)
15. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2006 dez;15(4):679-84.
16. Silva CR, Gobbi BC, Simão AA. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organizações rurais & agroindustriais*. 2005;7(1):70-8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/878/87817147006.pdf>
17. Câmara RH. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.* [Internet]. 2013 jul [Acesso em: 2023 jun 26];6(2):179-191. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202013000200003&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200003&lng=pt)
18. Campos RC. Psicose e autismo na infância: uma abordagem psicanalítica do diagnóstico diferencial a partir do corpo e da linguagem. *Repositório ufc br* [Internet]. 2022 [Acesso em: 2023 jun 26]. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/69359>
19. Dassoler VA, Palma CMS. (2011). Contribuições da psicanálise para a clínica psicossocial. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(3):1161-1188. Recuperado em 26 de junho de 2023, de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482011001300011&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011001300011&lng=pt&tlng=pt)
20. Silva JPN, Silva CV, Pedroso JS. Contribuições psicanalíticas na compreensão do cuidado em saúde mental no Brasil: revisão de literatura. *Act.Psi* [Internet]. 2021 jun [Acesso em: 2023 jun 26];35(130):19-34. Disponível em: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2215-35352021000100019&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-35352021000100019&lng=en)  
<http://dx.doi.org/10.15517/ap.v35i130.39170>
21. Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio MF. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 1990:89-99 apud Damous I, Erlich H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 dez [Acesso em: 2021 mai 30];27(4):911-32. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-00911.pdf>
22. Maleval JC. *O autista e a sua voz*. Editora Blucher; 2021.
23. Laurent E. *A batalha do autismo: da clínica à política*. 1. ed. Berliner C, tradutor. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 2014. apud Campos RC. *Psicose e autismo na infância: uma abordagem psicanalítica do diagnóstico diferencial a partir do corpo e da linguagem*. *Repositório UFCEBR* [Internet]. 2022 [Acesso em: 2023 jun 26]. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/69359>
24. Laznik MC. *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. 4. ed. Salvador: Ágalma; 2021. 230 p.
25. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão – Diretoria de Políticas de Educação Especial. *NOTA TÉCNICA No 04 / 2014 / MEC / SECADI / DPEE*. Dispõe sobre Orientação quanto a documentos comprobatórios de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação no Censo Escolar. Distrito Federal: MEC; 2014. [Acesso em: 2023 jun 26]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15898-nott04-secadi-dpee-23012014&category\\_slug=julho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15898-nott04-secadi-dpee-23012014&category_slug=julho-2014-pdf&Itemid=30192)

26. Ferreira TP da S, Sampaio J, Souza AC do N, Oliveira DL de, Gomes LB. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2016 out 24;21(61):373-84. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1807-5762-icse-1807-576220160139.pdf>

## APÊNDICE I

### ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS PRONTUÁRIO

1. Ficha de acolhimento do usuário
  - A) Idade
  - B) Sexo
  - C) Escolaridade
  - D) Cor
  - E) Naturalidade
  - F) Procedência (demanda espontânea, encaminhado de outro serviço de saúde ou justiça)
  - G) Pessoas com quem reside
  - H) Queixa Principal
2. Leitura das evoluções (registros) de atendimentos, entendendo que é necessário a leitura das evoluções para compreender a passagem do usuário pelo serviço
  - A) Histórico de atendimentos
  - B) Intervenções realizadas

## APÊNDICE II

### ENTREVISTA COM RESPONSÁVEL

1. Apresentação
  - A) Vínculo com a criança/adolescente
  - B) Idade
  - C) Ocupação
  - D) Estado civil
  - E) Rede de apoio
2. História pessoal e social da criança ou adolescente
  - A) Gravidez, nascimento e desenvolvimento da criança
  - B) Antecedentes sociais (utilização de serviços sociais; educação; vida ocupacional)
  - C) Rotina
  - D) Relação com as pessoas e grupos sociais
3. Histórico do transtorno
  - A) Início dos sintomas
  - B) Diagnóstico
  - C) Evolução percebida
  - D) Impacto na vida do paciente e na família

4. História familiar
  - A) Estrutura familiar
  - B) Participação/inserção do sujeito na vida familiar
  - C) Problemas físicos, mentais e sociais na família

## APÊNDICE III

### ENTREVISTA COM PROFISSIONAL

1. Apresentação
  - A) Idade
  - B) Profissão
  - C) Quanto tempo atua no CAPSi Asa Norte
2. Tempo que acompanha o usuário
3. Vínculo do usuário com o serviço
  - A) Interação do usuário com o profissional
  - B) Interação do usuário com os demais profissionais e usuários do serviço
4. Hipótese diagnóstica
  - A) Percepções do profissional sobre o diagnóstico do usuário
5. Manejo da equipe
  - A) Atendimentos com o usuário
  - B) Qual a agenda do paciente dentro do serviço? (grupo e atividades que o usuário está inserido)

