

**LUIZ MAURÍCIO CASSIMIRO DE SOUSA JÚNIOR**

**ESTADO E ESPECTRO**

**um estudo histórico-jurídico sobre o acesso à saúde mental por pessoas com Transtorno  
do Espectro Autista no Brasil**

**RECIFE**

**2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS**

**FACULDADE DE DIREITO DO RECIFE**

**ESTADO E ESPECTRO**

**um estudo histórico-jurídico sobre o acesso à saúde mental por pessoas com Transtorno do Espectro Autista no Brasil**

Monografia-final de curso apresentada à banca examinadora da Faculdade de Direito do Recife, Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Pernambuco, como exigência parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientando: Luiz Maurício Cassimiro de Sousa Júnior

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Maria Lúcia Barbosa

**RECIFE**

**2019**

LUIZ MAURÍCIO CASSIMIRO DE SOUSA JÚNIOR

## **ESTADO E ESPECTRO**

*um estudo histórico-jurídico sobre o acesso à saúde mental por pessoas com Transtorno do Espectro Autista no Brasil*

Monografia-final de curso apresentada à banca examinadora da Faculdade de Direito do Recife, Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Pernambuco, como exigência parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

---

Prof:

---

Prof:

---

Prof:

RECIFE

2019

A Maria Flor Leão, por quem sempre valerá a  
pena lutar.

## AGRADECIMENTOS

A produção deste Trabalho de Conclusão de Curso não seria possível sem a ajuda de várias pessoas, de modo que aproveito a oportunidade para agradecer:

A Joana D'Arc Leão, um exemplo de profissional e ser humano que tenho a sorte de poder chamar de mãe. Você é o grande amor da minha vida e a peça mais importante de tudo isto. Muito obrigado.

A minha irmã, Larissa Leão, por mostrar que a maior das forças pode vir de onde menos se espera.

Ao meu avô, Wilson Soares da Silva, por ser meu maior ídolo, meu herói e personificação de quem eu quero ser quando crescer.

A minha avó, Maria José Leão, por todo cuidado, proteção, orações em ritmo de forró e primeiros pedaços de bolo.

A Ana Paula Leão, a tia, amiga, comadre e mãe que nunca mede esforços pelo bem dos seus.

A Carla, Cecília, Eduarda e Tallyne, pelo apoio nos momentos difíceis, sorrisos nos momentos fáceis e, principalmente, por me darem a certeza de que eu nunca caminharia sozinho.

À querida Maria Júlia Lyra, por essa década de parceria e pela paciência ao lidar com minha completa falta de habilidade com normas técnicas.

Aos irmãos de vida que o Instituto Federal de Pernambuco me apresentou, por me forçarem a ser melhor.

A todos los que componen el C.E.B.E. Félix y Carolina de Repetti, por la enseñanza de toda una vida en pocas semanas.

Ao CAPSi-CEMPI de Jardim São Paulo, na pessoa da Professora Fernanda Wanderley, pela recepção calorosa e inestimável trabalho prestado às pessoas neuroatípicas da cidade do Recife.

Aos integrantes da PFM/GA e do Núcleo Escada da Defensoria Pública do Estado de Pernambuco pela paciência, compreensão e incentivo durante a produção deste trabalho.

Aos demais familiares e amigos que contribuíram direta ou indiretamente para minha formação acadêmica, profissional e pessoal.

Não seria possível sem vocês. Obrigado.

*“As crianças especiais, assim como as aves, são diferentes em seus voos. Todas, no entanto, são iguais em seu direito de voar.”*

Jéssica del Carmen Pérez

## **RESUMO**

O Transtorno do Espectro Autista é uma desordem do neurodesenvolvimento infantil caracterizado por dificuldades na comunicação e interação social, além da incidência de restrição de interesses, comportamentos repetitivos e hipersensibilidades sensoriais. Este transtorno ganhou visibilidade nos últimos anos, de modo que embora sempre tenham havido casos de pessoas autistas, apenas recentemente a mídia e a sociedade em geral passaram a compreender um pouco mais sobre o TEA. Atualmente, depois de anos em um sistema fundado em bases de isolamento e medicação excessiva, a saúde pública no Brasil passou a adotar uma lógica de abordagem das doenças mentais – aí incluído o autismo – pautada na inclusão do indivíduo no meio que o cerca, não visando exclusivamente a adaptação deste à sociedade, mas também a abertura desta última para aceitação de indivíduos atípicos. Avaliando estruturas históricas e normativas, o trabalho busca examinar a forma como o acesso aos tratamentos necessários às pessoas com TEA se deu ao longo dos anos, com maior relevo para o período após a redemocratização brasileiras e instauração do Sistema Único de Saúde. Por fim, aponta-se a forma como a iniciativa privada se aproveita das falhas do SUS para formar um nicho mercantil, a maneira como as empresas operadoras de planos de saúde integram esta relação e a postura do judiciário em tal contexto.

**Palavras-chave:** Autismo; Saúde Pública; Saúde Mental; Luta Antimanicomial; Planos de Saúde.

## Sumário

<b>1. Introdução.....</b>	<b>10</b>
<b>2. O Transtorno do Espectro Autista .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1. Conceito e características .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2. Histórico, epidemiologia e incidência do Transtorno do Espectro Autista .....</b>	<b>14</b>
<b>2.3. A militância parental e os avanços da causa autista .....</b>	<b>20</b>
<b>3. História da Saúde Pública no Brasil e o Atendimento à Saúde Mental .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1. Da Colônia às colônias .....</b>	<b>22</b>
<b>3.2. A República e a Primeira Reforma Psiquiátrica Brasileira.....</b>	<b>25</b>
<b>3.3. A era dos choques e a brutalidade manicomial.....</b>	<b>28</b>
<b>4. A saúde mental na estrutura hodierna do Sistema Único de Saúde (SUS).....</b>	<b>32</b>
<b>4.1. Estrutura e Funcionamento do Sistema Único de Saúde .....</b>	<b>32</b>
<b>4.2. A saúde mental no contexto da redemocratização.....</b>	<b>34</b>
<b>4.3. Os Centros de Atenção Psicossocial e o Transtorno do Espectro Autista .....</b>	<b>40</b>
<b>5. Desafios da saúde mental na estrutura do SUS sua a perspectiva do TEA .....</b>	<b>44</b>
<b>5.1. Da insuficiência do SUS: críticas ao funcionamento prático do CAPSi .....</b>	<b>44</b>
<b>5.2. Iniciativa privada e a saúde suplementar no judiciário .....</b>	<b>45</b>
<b>6. Conclusão .....</b>	<b>51</b>
<b>7. Bibliografia .....</b>	<b>53</b>

## 1. Introdução

O crescimento exponencial de casos de pessoas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista - TEA nas últimas décadas desafia a compreensão da sociedade externa à área de saúde. Afinal, se não se ouvia falar em autismo até poucos anos atrás, o que poderia ter causado tamanho “surto” deste transtorno em um intervalo tão curto? Ainda; na hipótese de sempre terem existido pessoas autistas, o que ocasionou tamanha invisibilização destes indivíduos?

Além de buscar sanar tais questionamentos, o presente trabalho se estrutura no sentido de delinear o alicerce legislativo que viabiliza o acesso à saúde mental por pessoas com TEA. Para tanto, inicialmente se propõe uma abordagem geral do tema, apresentando as características do autismo e das pessoas autistas, bem como o histórico da diagnose do transtorno, sua epidemiologia e a existência de uma estrutura militante formada fundamentalmente por pais e familiares destes indivíduos.

O segundo capítulo propõe uma avaliação da saúde mental no Brasil ao longo dos anos, percorrendo o interstício que se inicia com a chegada dos portugueses às terras brasileiras e se encerra com a redemocratização após o fim da ditadura militar na década de 1980. Neste contexto, destaca-se a alteração da abordagem psiquiátrica com o passar dos anos, que implicou na mudança do descaso absoluto com esta pauta às violências físicas e mentais perpetradas no Hospital Colônia de Barbacena e outros estabelecimentos manicomiais pelo país.

Superada tal abordagem, a marcha da história leva ao período de redemocratização, abordado no capítulo terceiro do presente estudo. Marco principal da retomada da democracia no Brasil, a Constituição Federal de 1988 trazia a previsão de que a saúde pública deveria ser direito de todos e dever do Estado, o que foi repisado pela promulgação das Leis Orgânicas da Saúde, no ano de 1990. Tais leis instituíram o Sistema Único de Saúde, dentro do qual uma série de estruturas voltadas para a saúde mental encontraram espaço para se desenvolver e ampliar seu campo de atuação.

O término da ditadura militar no Brasil coincidiu com a ebulição da reforma psiquiátrica brasileira, inspirada nas críticas do psiquiatra italiano Franco Bersaglia ao modelo manicomial. A reforma em questão inspirou uma mudança radical na forma como o Brasil abordava as pessoas com deficiência mental, abrindo espaço para que atingisse o modelo atual constituído por uma Rede de Assistência Psicossocial. O modelo proposto pela RAPS visa

realizar o tratamento de tais indivíduos dentro do seu ambiente rotineiro e se valendo de equipes multidisciplinares que visam tratar não necessariamente o transtorno, mas o indivíduo em toda a sua complexidade.

Por fim, o quarto capítulo se debruça sobre as falhas do Sistema Único de Saúde no tangente à missão de garantir acesso universal saúde mental. Ademais, propõe-se uma análise da estrutura privada que se criou como reflexo da insuficiência do SUS, bem como um exame das relações jurídicas entre pessoas com Transtorno do Espectro Autista e operadoras de plano de saúde na busca pela tutela do direito destes indivíduos ao acesso à saúde.

## **2. O Transtorno do Espectro Autista**

### **2.1. Conceito e características**

Transtornos do Espectro Autista – TEA é uma nomenclatura adotada pela literatura médica contemporânea para se referir a um agrupamento de condições neurobiológicas de manifestação precoce cuja abrangência passou por uma série de alterações ao longo dos anos. Segundo SCHWARTZMAN (2018, p. 14), o pensamento inicial de que o então denominado “autismo infantil” poderia ser compreendido como uma única doença, claramente definida e com causas parentais, foi substituído com o tempo pela noção de que se trata, em verdade, de um grupo de condições clínicas que guardam entre si similaridades.

Tal grupo de condições clínicas, ao qual se convencionou chamar Transtornos do Espectro Autista, abrange uma série de transtornos antes abordados e diagnosticados individualmente, quais sejam: o autismo infantil precoce, o autismo infantil, o autismo de Kanner, o autismo de alto funcionamento, o autismo atípico, o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, o transtorno desintegrativo da infância e o transtorno de Asperger (DSM-5, 2014, p. 53).

Ademais, insta salientar a ocorrência de variação do momento em que se manifestam os referidos transtornos, bem como de sua intensidade a depender do nível de desenvolvimento e da idade do indivíduo. Em função disto, optou-se por aplicar às condições o termo “espectro”, que se define, segundo o Dicionário Michaelis, como “conjunto ou série de elementos que formam um todo” (ESPECTRO, 2019). Tal perspectiva foi bem recepcionada pela comunidade médica, havendo inclusive a 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças – CID-11 substituídoas referências individuais dos transtornos retroelencados por uma referência unificada; o código 6A02, que se refere ao Transtorno do Espectro Autista (OMS, 2018).

Destarte, devemos partir do pressuposto de que o autismo não deve ser encarado como uma patologia, mas como uma condição humana que se caracteriza por alterações na comunicação, na interação social e no uso da imaginação desde a mais tenra idade dos indivíduos; geralmente antes dos três anos de idade (SILVA; CABRAL, 2019).

Superado o exposto, faz-se mister enfrentar o tema dos elementos essenciais à caracterização dos Transtornos do Espectro Autista, os quais, segundo consolidado na literatura psiquiátrica atual, se verificam mediante obediência a dois critérios. O primeiro dos critérios diagnósticos retromencionados, ao qual o Manual Diagnóstico e Estatístico de

Transtornos Mentais se refere como “Critério A”, diz respeito ao prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social. Tal característica, presente em múltiplos contextos, pode ser destrinchada em ao menos três vertentes. A primeira delas diz respeito à reciprocidade sócio emocional, e se verifica pela dificuldade em estabelecer conversas ou responder a interações sociais. A segunda vertente se relaciona com comportamentos comunicativos não verbais deficitários, havendo anormalidade no contato visual, na linguagem corporal e no uso de gestos, expressões faciais e outros recursos da comunicação não verbal. Por fim, a título de terceira vertente do Critério A, percebe-se nas pessoas com TEA a dificuldade para desenvolver, manter e compreender relacionamentos interpessoais bem como em compartilhar brincadeiras que requeiram da imaginação(DSM-5, 2014, p. 50).

Segundo Klin (2006, *apud* SILVA; CABRAL, 2019), estes sintomas se manifestam até os três anos de idade, quando a criança demonstra pouco interesse por interações sociais, não aparenta reagir a estímulos sonoros e a linguagem não se desenvolve de forma típica. Embora por “linguagem” se compreendam também as expressões corporais, faciais e a linguagem não-verbal em sentido amplo, a fala das pessoas com TEA se destaca por possuir uma série de características peculiares, dentre as quais:

o uso de palavras de forma peculiar, de pronome reverso (falar de si na terceira pessoa); apresentar ecolalia, isto é, repetição de palavras ou frases que escuta (fato comumente associado à capacidade de imitação, mas que não tem a mesma função no desenvolvimento social). A fala costuma ser monótona e, por vezes, com tom pedante e rebuscado.(2011, *apud* BORDALLO; JULIO, 2014, p. 4).

No que diz respeito ao enquadramento do indivíduo no segundo elemento diagnóstico dos Transtornos do Espectro Autista, o “Critério B”, faz-se necessária a observação de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Ainda de acordo com o DSM-5, as manifestações comportamentais enquadradas neste critério se espriam por, ao menos, quatro vetores principais.

O primeiro destes vetores se refere a movimentos, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos; o segundo se relaciona à fixação inflexível a rotinas ou padrões ritualísticos de comportamento; o terceiro vetor diz respeito ao interesse anormal em intensidade ou foco a objetos incomuns. Por fim, menciona-se a título de quarto vetor a hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente.

É fundamental ressaltar que as hipóteses retromencionadas não são exaurientes, sendo, portanto, plenamente possível existir comportamentos outros igualmente caracterizantes dos

Transtornos em comento. Ademais, é de se ter em mente que no tangente aos comportamentos do Critério B, quais sejam, aqueles referentes a padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, faz-se necessária a manifestação presente ou prévia de ao menos dois dos vetores para que se considere preenchido o critério para fins de diagnóstico (DSM-5, 2014, p. 50).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014, p. 50), os sintomas dos Transtornos do Espectro Autista tendem a estar presentes no período do desenvolvimento, mas podem não se manifestar até que se exija do indivíduo mais do que este pode ofertar em função de suas limitações ou serem mascarados através de tratamentos e estratégias aprendidas pela pessoa ao longo de sua vida.

Os elementos do Critério B se manifestam com dificuldades em brincadeiras coletivas ou que requeiram imaginação, bem como na indiferença afetiva e fixação em atividades ou objetos específicos. Ademais, comumente as pessoas autistas evitam contato visual e apresentam movimentos estereotipados, como caminhar na ponta dos pés ou balançar o corpo para se acalmar (CURY, 2003; KLIN, 2006, *apud* SILVA; CABRAL, 2019).

Ante o exposto, não se mostra difícil perceber as dificuldades encontradas pelas pessoas com TEA para a vida em sociedade. Os prejuízos na comunicação e interação refletem de modo direto e negativo na absorção do indivíduo pela sociedade, bem como no seu desenvolvimento nas searas acadêmica, profissional e afetiva. Tais dificuldades, no entanto, não são as únicas que se assomam diante das pessoas com Transtorno do Espectro Autista; a estrutura social é adversa a tais indivíduos em função do preconceito derivado da ignorância sobre uma condição que embora remonte a tempos passados, apenas recentemente passou a receber visibilidade.

## **2.2.Histórico, epidemiologia e incidência do Transtorno do Espectro Autista**

Frequentemente se aponta como um dos principais elementos para o pouco conhecimento existente acerca do autismo o fato de se tratar de um transtorno recente, que passou a ser reconhecido pela Organização Mundial de Saúde apenas na década de 1990. Embora de fato a codificação do Transtorno do Espectro Autista tenha ocorrido na última década do século XX, suas manifestações remontam a tempos muito anteriores, tendo o estudo sido retardado em função de certa morosidade da psicologia e da psiquiatria em se debruçar sobre a temática das doenças mentais em crianças. Em verdade, o primeiro estudo nesta seara foi o livro *Physiology and Pathology of Mind*, lançado na Inglaterra em 1867

(STELZER, 2010, p. 6). Antes deste marco, as obras literárias destes ramos do saber se voltavam exclusivamente para as patologias que se manifestavam na fase adulta, deixando, portanto, de compreender condições psicológicas caracterizadas pela precocidade.

Nesta época, o diagnóstico de “idiotia” abarcava todas as patologias psicológicas de crianças e adolescentes, dentre as quais as que hodiernamente conhecemos como retardo mental, esquizofrenia infantil e autismo (BERCHERIE, 1998 *apud* BRASIL, 2015, p. 17). O termo autismo foi empregado inauguralmente em 1911 por Eugene Bleuler para se referir a um dos sintomas da esquizofrenia, qual seja; uma fuga da realidade fortalecida por dificuldades de interação e com tendência ao isolamento definida como “um distúrbio da consciência no qual há desligamento parcial ou absoluto da pessoa em relação à realidade e a vida interior” (BENDER, 1959 *apud* STELZER, 2010, p. 8). Observe-se, portanto, que a despeito de se referir a um comportamento de fácil verificação nas pessoas hodiernamente diagnosticadas com Transtornos do Espectro Autista, o autismo de Bleuler não guardava comunicação direta com o TEA, tema à época sequer apreciado pela literatura médica.

A primeira aplicação da palavra “autismo” com o sentido atualmente em vigor ocorreu em 1943, quando o psiquiatra estadunidense Leo Kanner, em sua pioneira obra *Child Psychiatry*, apresentou detalhadamente o acompanhamento de onze crianças por ele observadas (KANNER, 1943, p. 217-250). Segundo Kanner, estas crianças apresentavam ímpar condição neurológica, demonstrada pela incapacidade de estabelecer vínculos afetivos ou aceitar mudanças no ambiente ou nas suas rotinas (KANNER, 1943 *apud* STELZER, 2010, p. 9).

Dentre as crianças avaliadas por Kanner, oito desenvolveram linguagem, mas não a empregavam para comunicação, sendo esta variação na linguagem uma das características secundárias do autismo. Além dela, o uso de entonação pouco usual, o desenvolvimento cognitivo alterado, os comportamentos repetitivos e a incomum sensibilidade a certos fatos e situações compunham as características acessórias das pessoas autistas. Embora os quadros apresentados pelas onze crianças avaliadas por Kanner pudessem ser confundidos com outras condições clínicas, um elemento em especial dirimiu qualquer dúvida quanto à ocorrência de um tipo diverso de transtorno; a precocidade (PEARCE, 2006 *apud* STELZER, 2010, p. 9).

Embora tenha incluído em seus estudos uma série de sintomas até hoje reconhecidos como característicos do autismo, Kanner foi silente no que diz respeito a critérios diagnósticos potencialmente utilizados para identificação do Transtorno, sendo tal tema melhor explorado a partir da década de 1960. Ao detalhar o que chamou de “autismo infantil

precoce”, Leo Kanner apontou a inexistência de anomalias físicas nas crianças por ele estudadas bem como buscou traçar um paralelo entre o autismo e as relações parentais.

De acordo com Kanner, a origem do transtorno eram as alterações na interação entre a criança e seus pais, que se mostravam frios, ausentes e distantes, o que serviu de base para o desenvolvimento da expressão “mãe geladeira” cunhada por Kanner (PEARCE, 2006 *apud* STELZER, 2010, p. 9). Tal relação de causa e efeito perdurou por décadas, sendo o conceito de “mãe geladeira” amplamente difundido entre as décadas de 1940 a 1960, desenvolvendo o que se convencionou chamar “orgia de ataques aos pais”<sup>1</sup>.

Dentre as vozes que reforçaram tal discurso, destaca-se o psicólogo Bruno Bettelheim, marcado como responsável por uma dos mais tristes capítulos da história do autismo, caracterizado por culpabilização parental e acusações de abusos físicos e verbais das crianças por ele observadas (SILVERMAN, 2005). Ao publicar o livro *A Fortaleza Vazia* em 1967, Bettelheim apresentou ao público leigo a ideia de que o autismo derivaria da ineficiência dos pais ao prover afeto à prole, afirmando, inclusive, que “o fator precipitante do autismo infantil é a vontade dos pais de que a criança não deveria existir” (SILVERMAN, 2005). Aceita pela comunidade psiquiátrica, esta publicação baseou uma série de julgamentos e punições contra os pais de crianças autistas, vistos como culpados pela condição dos filhos.

Como sabido, diferentemente do proposto por Kanner e repisado por Bettelheim, não há qualquer indício de conexão entre a atenção dispensada pelos pais e o Transtorno do Espectro Autista. O próprio Kanner, em seus registros pessoais, enfraquecia sua proposta ao relatar a relação mantida pelos pais das crianças por ele observadas. Ao se referir à única mãe com a qual mantinha contato, escreveu que em sua relação com o filho “ela passava todo o seu tempo tentando desenvolver modos de brincar com ele” (SILVERMAN et al., 2007 *apud* STELZER, 2010, p. 10).

Destarte, observa-se que a proposta de correlação entre atenção familiar e autismo originalmente apresentada era frágil a ponto de seu próprio autor escrever em sua contramão. De igual forma, sabe-se atualmente que Bettelheim insistiu em defender aquela que se convencionou chamar “teoria psicogênica do autismo” a despeito de possuir conhecimento de sua incorreção por força das evidências acumuladas.

Não se pode olvidar, no entanto, que foi ainda na década de 1940 que outro transtorno atualmente incluído no espectro do autismo foi relatado pela primeira vez. Em outubro de

---

<sup>1</sup> No original: “*orgy of parent-bashing*”.

1943, o psiquiatra austríaco Hans Asperger publicou o artigo *Psicopatia Autística na Infância*<sup>2</sup>, no qual acompanhava o quadro de meninos com desenvolvimento cognitivo e de linguagem típicos, mas possuíam comprometimento nas habilidades sociais e comunicativas. Embora “falassem como adultos”, ao atingir os dois anos as crianças avaliadas por Asperger apresentavam algumas características destoantes do desenvolvimento típico da idade, tais quais o comprometimento do contato afetivo com terceiros, a insistência intensa nas rotinas, a mudez ou anormalidade da fala, a fascinação na manipulação de objetos, a capacidade de memória desenvolvida a despeito da dificuldade de aprendizado nas demais áreas e a aparência inteligente, alerta e atrativa (STELZER, 2010, p. 12).

Conforme se observa da comparação das características dos indivíduos estudados por Kanner e Asperger, os indivíduos por eles analisados possuíam quadros similares. Segundo estudo realizado por HIPPER e KLICPERA (2003, p. 299), 68% das crianças avaliadas por Asperger preenchiam os critérios da décima edição da Classificação Internacional das Doenças para Síndrome de Asperger, ao passo que 25% se enquadram nos critérios do mesmo CID-10 para autismo.

A despeito de todo arcabouço teórico produzido anteriormente, o autismo só foi incluído na Classificação Internacional de Doenças da OMS no ano de 1993, sendo tratado como uma série de síndromes independentes antes de passar a ser enxergado como um espectro. A demora na inclusão do autismo nesse rol se deu, principalmente, em função das dificuldades para se obter um diagnóstico fechado, bem como para compreender o que de fato é o Transtorno.

O correr dos anos fez com que houvesse certos avanços no tangente à compreensão do que se trata o autismo e quais suas características. Tais progressos, no entanto, parecem não ter sido inteiramente absorvidos pela sociedade, que ainda possui uma visão enevoada do que é o TEA a despeito do maior acesso à informação sobre o autismo.

Deste quadro de desconhecimento derivam uma série de preconceitos e visões atrofiadas em face das pessoas TEA. Da falta de compreensão do que se trata uma desorganização sensorial à frequente confusão entre autismo e superdotação, muitos são os percalços enfrentados pelos autistas e seus familiares em decorrência da ignorância que ainda prevalece em se tratando da síndrome.

---

<sup>2</sup> No original: *Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter*

Ao compreendermos tal contexto, verificamos a importância que se teria uma maior precisão no tangente às características e causas do autismo. Não obstante, poucos foram os avanços científicos nesta cruzada. Embora se saiba que o fator genético tem preponderância na causa do autismo, os geneticistas não vêm tendo muito sucesso na busca por elementos que ocasionem a manifestação do TEA em um indivíduo.

Não obstante, alguns avanços vêm sendo realizados. No ano de 2014, cientistas do Projeto Genoma descobriram que o gene TRPC6 se correlaciona à predisposição ao autismo, podendo suas variações ser as combatidas por uma substância chamada hiperforina. Ocorre que, embora de grande relevância, tal descoberta acaba por beneficiar tão somente os indivíduos que se encontram no espectro por manifestação do gene TRPC6, o que representa cerca de 1% das pessoas TEA (OLIVEIRA, 2015).

No tangente aos fatores externos relevantes à manifestação do autismo, tampouco há muitas certezas ou assertivas consensuais, o que dá margem ao desenvolvimento de credices potencialmente perigosas. Uma destas foi a atribuição de conexão entre o desenvolvimento do autismo em função da administração de certas vacinas aos infantes, nexu reiteradamente descartado por pesquisadores e que põe em risco a saúde dos indivíduos e da coletividade.

Em função do pouco conhecimento acerca da síndrome na seara genética, atualmente não há exames que indiquem o autismo. Desta sorte, o Transtorno deve ser identificado por equipe multidisciplinar que, baseada nas características de cada indivíduo, buscará eventuais correspondências com as características esperadas em pessoas autistas a fim de diagnosticar o paciente dentro do espectro. Ocorre que tal identificação nem sempre é fácil, sendo uma das razões para a pouca precisão estatística acerca dos números envolvendo pessoas autistas (OLIVEIRA, 2015).

No Brasil, tal percepção quantitativa é ainda mais prejudicada em função da inexistência de estruturas voltadas à obtenção de dados específicos sobre o autismo. Destarte, as estimativas envolvendo número de pessoas TEA são feitas com base em estudos produzidos por órgãos estrangeiros, como a Organização das Nações Unidas – ONU e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos – CDC<sup>3</sup>, que dispõem de maior robustez nas ferramentas estatísticas empregadas na coleta de dados sobre o Transtorno.

Com isto em mente, e consignando que os dados mais recentes acerca do tema são do CDC, veiculados em relatório lançado no ano de 2018 utilizando dados coletados em 2014,

---

<sup>3</sup> No original: *Centers of Disease Control and Prevention*

pode-se afirmar que a proporção do número de pessoas autistas é de 1 para cada 59 (BAJO, J. *et al*, 2018). Em comparação com o relatório anterior do mesmo CDC, publicado em 2016 com dados de 2012, houve aumento significativo na proporcionalidade de pessoas TEA, vez que o referido estudo apontava proporção de 1 caso para cada 68 crianças avaliadas (CHRISTENSEN, D. L. *et al*, 2018).

Não obstante, incorreta é a interpretação precipitada de que a quantidade de autistas aumentou em 15% neste intervalo. Para não incorrer neste erro interpretativo dos dados, é fundamental compreender inicialmente que os estudos acima mencionados foram realizados com metodologias distintas, sendo o mais recente mais completo e confiável por se espriar por sete estados – contra três do seu precursor – e avaliar infantes de até oito anos de idade, ao passo que o estudo prévio se limitava a crianças de até quatro anos de idade (CHRISTENSEN, D. L. *et al*, 2018).

Ademais, é de se ter em mente que os números apresentados pelo CDC são baseados na quantidade de pessoas diagnosticadas com o Transtorno nos Estados Unidos à época da pesquisa. Ocorre que em função da sutileza dos elementos que compõem os critérios diagnósticos, não raramente uma criança acaba sendo enquadrada no diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista quando, em verdade, se trata apenas de uma pessoa tímida. Há ainda de se mencionar que em função do desenvolvimento tecnológico cada vez mais as crianças vêm substituindo a interação interpessoal pelo fechamento no universo dos *tablets*, *smartphones* e computadores, o que pode dar a impressão de comprometimento na capacidade interativa em casos em que apenas houve pouco estímulo ao convívio social.

Por fim, consigne-se igualmente a expansão do espectro como responsável pelo aumento do número de autistas diagnosticados. Anos atrás, a compreensão de autismo se limitava aos indivíduos que apresentavam as características elencadas nos critérios “A” e “B” do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o que difere do enquadramento atual, que abrange inclusive pessoas altamente independentes.

Atentos ao exposto e cientes de todas as ressalvas possíveis, algumas conclusões podem ser feitas com base nos relatórios do CDC. A primeira delas diz respeito à inexistência de correlação entre autismo e grupos étnicos ou sociais; o Transtorno aparenta afetar todas as camadas sociais de maneira equânime, havendo divergência no que tange ao tratamento dispensado a depender do nível de instrução e da capacidade econômica dos indivíduos. Em segundo lugar, menciona-se a maior ocorrência de quadros de autismo entre indivíduos do

sexo masculino na proporção de 4:1 se comparados aos indivíduos do sexo feminino (BAJO, J. *et al*, 2018).

Com base no exposto, fazendo um paralelo dos números encontrados nos estudos estadunidenses com a realidade brasileira, pode-se inferir, por estimativa, que a população autista brasileira é de algo em torno de 3 milhões de pessoas. Tais números, no entanto, carecem de maior precisão, a qual potencialmente se obterá no ano de 2020, quando da realização do novo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no qual constarão perguntas sobre o autismo, por força do disposto na Lei 13.861/19 (BRASIL, 2019), um avanço, ainda que pequeno, no processo de concessão de visibilidade a tais indivíduos.

### **2.3.A militância parental e os avanços da causa autista**

A despeito do conceito de “mães geladeiras” cunhado por Leo Kanner e posteriormente difundido por Bruno Bettelheim, uma característica marcante desde o princípio do acompanhamento das pessoas autistas é a grande atenção a eles dispensada pelos pais. De fato, conforme exposto anteriormente, o próprio Leo Kanner apontou, anos após o lançamento do seu livro *Child Psychiatry*, que a única mãe com a qual mantinha contato buscava incessantemente encontrar formas de interagir com o filho (SILVERMAN *et al.*, 2007 *apud* STELZER, 2010, p. 10).

O passar dos anos comprovou o erro de Kanner no tangente à atenção e afeto despendidos pelos pais às pessoas autistas. Exemplo claro desta incorreção no contexto brasileiro é a existência de uma verdadeira estrutura independente formada por pais de autistas organizados em diversos grupos militantes.

A primeira dessas estruturas foi a Associação de Amigos do Autista – AMA, fundada em São Paulo no dia 8 de agosto de 1983 por um grupo de pais cujos filhos haviam sido diagnosticados com autismo. Uma vez que quase nada se sabia sobre o tema à época, este grupo se reuniu a fim de lutar pelos direitos das pessoas autistas bem como conferir visibilidade à causa através da conscientização do autismo à sociedade em geral (AMA, 2019).

Com o passar do tempo e a veiculação midiática da imagem da Associação, diversas pessoas do Brasil inteiro começaram a procurar a AMA, tendo sido encorajados a formar associações iguais – inclusive com o mesmo nome – em seus estados e municípios. Assim, a AMA se espalhou pelo Brasil inteiro, criando a necessidade de fundação de um organismo de abrangência nacional para reunir as diversas AMAs na luta pelos interesses das pessoas

autistas e de suas famílias. Neste contexto, em 9 de outubro de 1988 surge a Associação Brasileira de Autismo – ABRA, que atualmente conta com associações estaduais de 12 unidades da federação, todas presididas por pais e mães de pessoas autistas (ABRA, 2019).

Desde suas fundações, grupos como as AMAs e a ABRA atuaram e atuam ativamente em duas frentes distintas; a primeira delas, majoritariamente exercida pelas AMAs, possui viés social, e se caracteriza pela concessão de suporte às pessoas autistas através de convênios com as secretarias de educação e saúde (AMA, 2019). A segunda vertente, exercida pela ABRA, tem caráter mais político, e se mostra nas articulações políticas feitas em prol da visibilidade e da concessão de direitos às pessoas autistas (ABRA, 2019).

Nesta busca constante pelos direitos das pessoas autistas, conseguiu-se no ano de 2012 a aprovação da Lei Federal 12.764/12, que “Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista” (BRASIL, 2012). Esta lei versou sobre diversos direitos a serem conferidos às pessoas com TEA, mas seguramente seu maior legado foi a previsão do seu artigo 2º, que considera a pessoa com Transtorno do Espectro Autista “pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais” (BRASIL, 2012). Curiosamente, a Lei 12.764/12 é também conhecida como “Lei Berenice Piana”, em homenagem à militante e mãe de autista que foi sua coautora.

Se comparada ao início do século, a situação atual no tangente a conhecimento sobre o autismo pela sociedade é infinitamente melhor. Não obstante, emprego anual do dia 2 de abril como Dia Mundial da Conscientização do Autismo ou o fato de a estranheza ao nome “autismo” ter reduzido consideravelmente não indicam que os objetivos almejados foram alcançados. A luta por respeito e melhores condições é diária, restando claro que ainda há muito chão a se percorrer até que se possa afirmar sem receios que é digno o tratamento dispensado às pessoas com TEA.

### **3. História da Saúde Pública no Brasil e o Atendimento à Saúde Mental**

#### **3.1. Da Colônia às colônias**

Uma abordagem histórica da saúde pública brasileira passa, obrigatoriamente, pela construção étnica deste povo, especialmente quando o enfoque é dado às primeiras décadas da ocupação portuguesa no Brasil. Além dos povos originários, chegaram ao Brasil os europeus e, tempos depois, os africanos, ocasionando uma confluência de enfermidades de diversas partes do globo em um mesmo ambiente como nunca antes se havia testemunhado (OLIVEIRA, 2012, p. 32).

Por óbvio a medicina já era praticada em terras brasileiras na época pré-cabralina, assim como igualmente os europeus e africanos possuíam abordagens médicas para as enfermidades. Ao longo dos anos, influências foram trocadas entre tais grupos, mas não suficientes para solucionar o problema da saúde na colônia, que sofria constantemente com epidemias das mais diversas enfermidades.

Neste contexto, o que se observava no Brasil era um esforço pouco exitoso de pajés, boticários e curandeiros que se valiam de rezas, feitiços, plantas e ervas medicinais para se opor às doenças (VIOTTI, 2012 *apud* FLUMINHAN, 2014, p. 15). Além deles, europeus – não necessariamente médicos diplomados – se valiam das técnicas comumente utilizadas na Europa àquela época, como sangrias e quarentenas, no afã de frear o avanço das doenças.

Preocupada com os riscos do uso indiscriminado de tais métodos, a Coroa portuguesa buscou, através das Ordenações Manuelinas e Filipinas reprimir o exercício de boticários não licenciados (PORTUGAL, 1870), além de atribuir o dever de zelo pela limpeza pública às Câmaras Municipais. Neste sentido, insta salientar que boa parte dos problemas de saúde que se manifestavam no Brasil à época derivava de problemas estruturais ligados ao saneamento e limpeza urbanos, razão pela qual a Coroa dedicou, ao menos legalmente, cuidado especial para a medicina preventiva. Na prática, no entanto, o cenário era diverso, não refletindo as previsões legais advindas da MetrÓpole.

As primeiras mudanças efetivas só vieram a ocorrer em meados do século XVII, quando um surto de sarampo atingiu boa parte da população dos grandes centros econômicos do país. Em função de tal surto, a população brasileira foi consideravelmente reduzida e os navios mercantes, temendo a contaminação, passaram a evitar os portos brasileiros. Dadas as vultuosas perdas econômicas, a Coroa portuguesa se viu na obrigação de intervir de alguma maneira, e o fez através de investimento em saneamento. Não obstante, uma vez que a

preocupação portuguesa se centrava no aspecto econômico, tais investimentos não se espraiaram por todo o território nacional, restando circunscrito nas cidades portuárias (CAMPINAS, 2004; BAPTISTA, 2007 *apud* OLIVEIRA, 2012, p. 33-34).

Em 1808, com a vinda da Família Real Portuguesa para a Colônia, alguns avanços práticos se observaram. O primeiro deles foi a criação de duas faculdades de medicina, uma na Bahia e outra no Rio de Janeiro – ambas cidades com grande fluxo comercial e demográfico. Além disto, os padrões de higiene urbana passaram a ser fiscalizados pela recém-criada Provedoria de Saúde, a fim de promover uma efetiva melhoria sanitária (PÔRTO, 2006 *apud* OLIVEIRA, 2012, p. 34).

Neste contexto de estruturação da saúde pública, verificou-se um investimento da Coroa Portuguesa em medidas de controle social a fim de viabilizar o reordenamento e o crescimento das cidades brasileiras. Tal processo passou pelo fortalecimento da medicina, como já exposto, mas também pelo emergir da psiquiatria brasileira.

Antes da vinda da Família Real – e até as duas décadas imediatamente posteriores à chegada da nobreza metropolitana à Colônia – os “loucos”<sup>4</sup> restavam à própria sorte pelas ruas, prisões e casas de correção. Isto se dava à confluência de dois fatores; a falta de hospitais e a inexistência da compreensão de que o “louco” seria uma pessoa com uma enfermidade que demandava cuidados médicos. Em função disto, raros eram os casos de “loucos” submetidos a tratamentos hospitalares à época (AMARANTE, 1994, p. 74).

A compreensão do “louco” como pessoa enferma só passou a ser adotada no Brasil em 1830, quando a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro produziu um relatório discriminando a situação de tais indivíduos na cidade do Rio de Janeiro. Junto ao levantamento, produziu-se um estudo que apontava para a necessidade de concepção destas pessoas como doentes mentais e, portanto, dignas de um espaço destinado a sua reclusão e concomitante tratamento.

Com a icônica frase “um hospício para os loucos” o Dr. Cruz Jobim, relator da comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro responsável pelo relatório em comento, deu um importante passo para o tratamento das pessoas com deficiência (AMARANTE, 1994, p. 75). Impulsionado pela urgência na fundação de tal espaço, o governo imperial autorizou,

---

<sup>4</sup> Embora o termo esteja em desuso na produção acadêmica hodierna e seu aparecimento possa causar choque e mal estar no leitor, optou-se por manter a palavra utilizada à época para descrever as pessoas com deficiência mental.

através do Decreto Imperial n. 82 de 1841, a construção do Hospício Pedro II, inaugurado dez anos depois (REY, 2012).

O Hospício Pedro II possuía capacidade para acomodar trezentos indivíduos, espaço insuficiente para atender aos cerca de quinze mil deficientes mentais existentes na época. Em decorrência da dificuldade dos pacientes residentes no interior de comparecer à capital para receber tratamento para as fases agudas de suas doenças, boa parte das vagas era ocupada por enfermos crônicos.

Segundo relato de REY (2012), a população interna do hospício podia ser dividida em dois grupos; os indigentes e os pensionistas. Na primeira categoria se enquadravam, além dos indigentes, os marinheiros de navios mercantes e os escravos pertencentes a senhores com apenas um cativo. Já os pensionistas poderiam ser de três classes distintas, pagando valores entre 1.600 a 5.000 réis<sup>5</sup>.

Apontou-se ainda que os associados da Santa Casa de Misericórdia e os soldados do exército e da marinha sem recursos suficientes para arcar com os valores cobrados pelo hospício eram admitidos gratuitamente em uma das classes de pensionistas. O grupo dos pensionistas recebia mais regalias que o dos indigentes, sendo maior ou menor o conforto concedido ao interno em termos de acomodações e refeições a depender da classe à qual pertenciam. Nas palavras de AMARANTE (1994, p. 75), os pensionistas particulares usufruíam confortáveis quartos mobiliados e criados à disposição, o que não se replicava nas condições dos indigentes.

Além da perspectiva social, que nos leva à certeza de que o acesso à saúde mental fornecida pelo Império naquela época era especialmente insuficiente às camadas mais pobres da sociedade, outro ponto há de ser levantado: o da composição populacional do hospício. Ao se debruçar sobre o tema, AMARANTE (1994, p. 75) apontou que:

As esparsas referências que se pode encontrar demonstram que [os “loucos”] podem ser encontrados preferentemente dentre os miseráveis, os marginais, os pobres e toda sorte de párias. São ainda trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, “degenerados”, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título de doença mental.

Ao verificar tais informações, pode-se facilmente perceber certo caráter eugênico na lógica das internações. O Hospício Dom Pedro II tinha sua população constituída grandemente por indivíduos sem instrução, família, dinheiro ou poder. Destarte, a internação

---

<sup>5</sup> Em conversão aproximada para o Real, tais valores seriam entre R\$ 197,00 e R\$ 615,00 (GOMES, 2008, p. 352-353).

servia, em certa medida, para “limpar” as ruas de indivíduos vistos como escória da sociedade, se realizando mais por questões socioeconômicas que pelos quadros psíquicos dos asilados.

### **3.2.A República e a Primeira Reforma Psiquiátrica Brasileira**

A administração do Hospício Dom Pedro II, bem como a de todos os hospitais do Rio de Janeiro, era de responsabilidade da Santa Casa da Misericórdia, uma instituição filantrópica cujas receitas advinham “em parte dos impostos sobre as loterias, dos serviços funerários, dos impostos alfandegários e principalmente de legados em forma de propriedades e capital” (REY, 2012). Segundo o Decreto Imperial n. 1.077/52, que disciplinava o funcionamento do Hospício Dom Pedro II, este deveria operar com a seguinte estrutura:

Art. 3º A Administração do Hospício de Pedro Segundo, he confiada a tres Irmãos da Santa Casa da Misericordia, servindo hum de Escrivão, outro de Thesoureiro, e outro de Procurador, nomeados annualmente pela Mesa da mesma Irmandade, e ella subordinados, debaixo da superintendencia, que pelo Compromisso compete ao Provedor. As attribuições e deveres dos sobreditos Administradores serão regulados no Regimento interno do referido Hospicio. (BRASIL, 1852).

Observa-se, portanto, que a Santa Casa de Misericórdia, em conjunto com a Irmandade de São Vicente, administrava o Hospício, o que não agradava à classe médica. Na visão deste grupo, composto por indivíduos de ideais republicanos e positivistas, os hospícios deveriam ser dirigidos por médicos, de modo que tivessem seu funcionamento lastreado por princípios técnicos.

Tais anseios foram atendidos quando da Proclamação da República, em 1889, que fez com que o estabelecimento passasse por sensíveis alterações em sua estrutura. Estas mudanças estruturais se pautaram no pensamento de que a psiquiatria deveria atuar no espaço social, e não se limitar aos muros dos asilos (AMARANTE, 1994, p. 75). Sob tal ideal, o hospício sai do controle da Santa Casa e passa a ser subordinado à administração pública, com a criação, em ato contínuo, da Assistência Médico-Legal dos Alienados<sup>6</sup>. Após esta mudança de comando foram criadas as duas primeiras colônias de alienados da América Latina; a de São Bento e a de Conde de Mesquita. As duas colônias em questão situavam-se no Rio de Janeiro e se destinavam exclusivamente a indigentes capazes de realizar atividades agrícolas ou industriais, conforme determinação do artigo 78 do Decreto 508/1890 (BRASIL, 1890).

---

<sup>6</sup> A psiquiatria como se conhece hodiernamente surgiu com o nome de “alienismo”, denominação dada pelo francês Philippe Pinel, reconhecido como “o pai da psiquiatria”. O termo tem raízes etimológicas similares à palavra “alienígena”, em uma clara alusão ao fato de os deficientes mentais serem vistos à época como indivíduos de fora do mundo e da realidade.

A este conjunto de medidas convencionou-se chamar “primeira reforma psiquiátrica”, que se caracteriza precipuamente pela substituição da lógica asilar convencional pelo modelo de colônias na assistência às pessoas com deficiência mental. Através deste modelo, que tomou por base a prática da aldeia de Geel, na Bélgica, objetivava-se o melhor desenvolvimento da capacidade interativa dos indivíduos através do trabalho e da convivência doméstica (AMARANTE, 1994, p. 76).

Para uma melhor compreensão da estrutura das colônias, há de se ter em mente que a lógica que imperava à época era a de que os “excessos da vida urbana” seriam um dos fatores para a manifestação das doenças mentais. Ademais, se propunha que o trabalho poderia ser empregado com finalidade terapêutica vez que este se apresentava como o caminho através do qual o alienista chegaria a certo “núcleo são” mantido por todo alienado a fim de prover a cura.

Com base nisto e na possibilidade de trabalho agrícola, as colônias foram criadas em regiões interioranas, afastadas das metrópoles para que houvesse de fato o isolamento dos pacientes. Pela lógica alienista, o isolamento era, por si, terapêutico, sendo, portanto, extremamente interessante a ideia de afastar os alienados das metrópoles para inclui-los em uma microssociedade onde aprenderiam a viver em coletividade (VENÂNCIO, 2011).

No tangente à ideia de que o trabalho seria um potente instrumento para a cura das pessoas com doenças mentais, consigne-se que tal ideia não perdurou por muito tempo, vez que os resultados esperados não se concretizaram. Não obstante, existiam interesses outros nesta mão de obra, razão pela qual a ideia de terapia pelo trabalho foi mantida mesmo após sua notória falibilidade. Neste sentido, leciona SACRISTÁN (2005, p. 679):

[...] à medida que a grande esperança aberta pelo 'tratamento moral' em princípios do século XIX se desvanecia, o trabalho começou a ver-se como uma estratégia dirigida aos pacientes incuráveis, destinados a uma reclusão permanente. Além de mantê-los ocupados em alguma atividade, a riqueza gerada por seu trabalho podia contribuir para seu próprio sustento<sup>7</sup>.

Destarte, percebe-se claramente o típico movimento liberal de dignificação do indivíduo através do trabalho. Tal movimento se reforçou quando, no ano de 1903, Juliano Moreira assumiu a direção da Assistência Médico-Legal dos Alienados. Neste mesmo ano, foi promulgado o Decreto n. 1.132/1903, que determinava a unificação da assistência psiquiátrica

---

<sup>7</sup> No original: *A medida que la gran esperanza abierta por el tratamiento moral a principios del siglo XIX se desvanecia, el trabajo comenzó a verse como una estrategia dirigida a los pacientes incurables, destinados a un encierro permanente. Además de mantenerlos ocupados em alguna actividad, la riqueza generada com su trabajo podía contribuir a su propio sustento.*

no país, o estímulo à construção de novos asilos estaduais e a proibição da detenção de pessoas com doenças mentais em prisões (BRASIL, 1903).

O Decreto 1.132/1903 também refletiu na concessão de maiores poderes à classe médica para fins de tratamento de pessoas com deficiência mental, algo almejado pelo grupo desde fins do século XIX. Pelo nele expresso, a internação de pacientes apenas se daria mediante apresentação de parecer médico recomendando a medida, o que atendeu o anseio de maior tecnicidade no conduzir dos estabelecimentos em questão. Ademais, foi por força do Decreto em comento que, pela primeira vez, fixou-se a necessidade de constituição de curador para administrar os bens do indivíduo interno (MACEDO, 2006).

Não obstante, talvez o maior impacto causado por Juliano Moreira em seus vinte e sete anos a frente da Assistência Médico-Legal dos Alienados tenha sido a adoção da perspectiva biologicista alemã em detrimento do pensamento francês que imperava até então (AMARANTE, 1994, p. 77). Esta mudança de corrente doutrinária implicou na busca da justificação da doença mental através de argumentos que se baseavam em fatores extrínsecos e sociais, tais quais os caracteres étnicos, políticos e financeiros dos indivíduos (MACEDO, 2006).

Como de se esperar, rapidamente emergiu uma lógica eugênica desta perspectiva biologicista. Assim, em 1923 é fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, que, baseada no argumento de defesa do Estado, desenvolveu um programa de intervenção com características notadamente xenófobas e racistas com a finalidade de construir “coletividades sadias” (AMARANTE, 1994, 78).

Almejando tal ideal, os asilos tiveram alterações em suas sistemáticas operacionais, tentando emular o que se concebia como um conjunto social modelo de normalidade. Neste contexto, impossível se esquivar de um paralelo com a obra *O Alienista*, de Machado de Assis (1994). No conto, o médico Simão Bacamarte, recém-chegado da Europa e inteiramente crédulo de que poderia encontrar a cura para a loucura, construiu um prédio para abrigar todos os “loucos” da região a fim de estudá-los e ministrá-les a cura. Para tanto, tomou como loucura a ausência do “perfeito equilíbrio de todas as faculdades”.

Não obstante, a quantidade de internos aumentava diariamente e qualquer conduta minimamente desequilibrada passou a ser considerada loucura. Assim, o médico foi convencido de que, em verdade, o equilíbrio das faculdades seria anormal, recolhendo ao hospício aqueles que possuíam o absoluto controle de suas faculdades. Por fim, no entanto,

descobriu-se ele mesmo um “louco”, internando-se voluntariamente a fim de encontrar a própria cura. Tal conto nos leva a refletir sobre os conceitos de sanidade e loucura, abrindo-nos os olhos pra tenuidade da linha que separam estes dois grupos.

### **3.3.A era dos choques e a brutalidade manicomial**

Entre as décadas de 1930 e 1950 a psiquiatria brasileira viveu o ápice de um dos capítulos mais bárbaros de sua história; a “era dos choques”. Neste período acreditou-se haver sido descoberta a cura para as doenças mentais, ministrada através de procedimentos como o choque insulínico, o choque cardiazólico e a lobotomia (AMARANTE, 1994, p. 78).

Desenvolvida pelo português Antônio Egas Monis em 1935, a lobotomia se trata de uma intervenção cirúrgica realizada com a finalidade de interromper a conexão dos lobos frontais do cérebro com o tálamo. Muito usada até o início da década de 1950, quando começou a entrar em declínio, a técnica rendeu ao seu idealizador um Prêmio Nobel de Medicina no ano de 1949. Posteriormente, o estadunidense Walter Freeman aprimorou o método de realização da lobotomia e passou a aplica-la intensamente, chegando a realizar o procedimento em quartos de hotel e em uma van exclusivamente aparatada para tal finalidade (SZKLARZ, 2016).

Uma vez que os estudos de Egas Monis apontavam para uma relação entre os sentimentos de melancolia, hipocondria e paranoia e as estruturas fisiológicas (MASIERO, 2003), a intervenção se apresentava como solução definitiva para pacientes agitados ou agressivos. Não obstante, o que realmente acontecia era a entrada em estado vegetativo imediatamente após o procedimento. Em situações menos graves, o indivíduo podia apresentar alterações de personalidade, incapacidade de expressar sentimentos ou perda das capacidades motoras e de fala.

Também há de se mencionar o alto índice de mortes durante a realização do procedimento, que era feito de modo quase artesanal e muitas vezes sem qualquer anestésico. SZKLARZ (2016) descreve o procedimento conforme realizado na década de 1930 seguindo o modelo de Walter Freeman:

A operação começava com um choque elétrico para deixar a pessoa inconsciente. Com a ajuda de um martelo, o médico introduzia um quebra-gelo no globo ocular até atingir o interior do crânio. Em seguida, girava o instrumento, cortando as ligações entre o lobo frontal e as demais regiões do cérebro.

As críticas que se faziam à lobotomia na época de sua maior incidência se fundamentavam em dois pontos centrais. O primeiro deles, como já exposto, a grande taxa de

mortalidade na realização do procedimento. O segundo, por sua vez, se referia ao estado de completa inércia no qual restavam os indivíduos submetidos à lobotomia.

Este segundo argumento era rebatido sob a alegação de que a completa alteração de personalidade do indivíduo era de fato o objetivo da lobotomia. Tal pensamento deixa claro que a intervenção não era, em nenhum momento, voltada para a melhoria do indivíduo, mas tão somente para que este, por não possuir qualquer tipo de reação a nenhum estímulo, fosse mais facilmente absorvido, ou ao menos tolerado, pela sociedade.

As lobotomias passaram a entrar em desuso após a elaboração do Código de Nuremberg, que positivou as conclusões obtidas durante os julgamentos do Tribunal Internacional homônimo, reunido em 1946. Uma destas conclusões foi a de que deveria existir uma vigilância constante de dimensões globais para evitar a reincidência de crimes contra a humanidade sob a pretensa finalidade de gerar avanços científicos. Sob este prisma ético, o documento apontou para a necessidade de consentimento voluntário dos indivíduos que se submetiam a experimentos, além de vedar a condução de experimentos sempre que “existirem razões para acreditar que pode ocorrer morte ou invalidez” (MASIERO, 2003).

Não obstante, lobotomias continuaram a ser praticadas no Brasil até meados da década de 1950, quando passou a entrar em desuso justamente quando os primeiros neurolíticos foram lançados pela indústria farmacêutica. Segundo AMARANTE (1994, p. 78-79), o lançamento dos neurolíticos gerou um enorme furor na comunidade médica brasileira, que os prescreviam por vezes mais em função da pressão industrial que pela efetiva necessidade do paciente. Os medicamentos eram ministrados com a finalidade de reduzir a agressividade dos enfermos ou, no caso de pacientes asilados, para mantê-los mais tolerantes à internação.

Observe-se que, em última análise, os neurolíticos possuíam função semelhante à lobotomia, com a diferença de ser reversível – ainda que, por vezes, apenas parcialmente – mediante suspensão do uso. Tal constatação nos leva a uma crítica necessária à forma como a psiquiatria se movia até recentemente. É notável que toda a movimentação farmacológica e cirúrgica se voltava para o conjunto social, e não para o bem estar do indivíduo. Desta sorte, a psiquiatria de meados do século XX se caracterizava por um movimento constante em busca da adequação do indivíduo ao meio social, abordagem inversa da atual. O pensamento hodierno segue a linha de que o elemento interativo que deve se adequar é a sociedade, que precisa tomar uma forma que permita absorver em seu seio todos os indivíduos, ainda que tenham características destoantes do que se entende como típico.

Cabe ressaltar que durante o período ditatorial atravessado pelo Brasil entre os anos de 1964 e 1985 houve um forte movimento de privatização dos hospícios. Segundo AMARANTE (2006), no início da década de 1940 o país possuía cerca de 24 mil leitos psiquiátricos, sendo 3 mil privados. Não obstante, após o início do regime militar brasileiro a política de privatizações conduzida pelo Ministro da Saúde Leonel Miranda o número de leitos privados subiu para cerca de 56 mil.

Nesta época, o maior hospício brasileiro viveu tempos de barbárie. O Hospital Colônia, situado na cidade de Barbacena, estado de Minas Gerais, foi palco de um verdadeiro genocídio durante boa parte do século XX. No prefácio feito por Eliane Brum ao livro *Holocausto Brasileiro* de Daniela Arbex (2013) traçou-se um panorama geral e aterrador da situação do Colônia:

“Cerca de 70% [dos internos] não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, acoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos.” (ARBEX, 2013, p. 14).

Assim, percebe-se que os hospícios não eram, em verdade, os ambientes para tratamento que se afirmavam em teoria. Na prática, tais ambientes funcionavam mais como depósitos de seres humanos indesejáveis para a sociedade; lugares nos quais aqueles que incomodavam aos detentores do poder poderiam ser deixados para ser esquecidos. Como de se imaginar, as condições de vida nestes ambientes tampouco eram aprazíveis, e não existia qualquer resquício de dignidade no tratamento. Suas roupas, cabelos e nomes lhes eram retirados ao chegar nos trens ao Colônia, e uma vez dentro dos muros:

“Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. [...] Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município.” (ARBEX, 2013, p. 15).

No ano de 1979, o Hospital Colônia recebeu a visita de Franco Basaglia, psiquiatra italiano pioneiro na prática de substituir manicômios por serviços e estratégias alternativas e humanizadas de cuidado da saúde mental. Bem sucedido em seu pleito de superação do modelo asilar-manicomial em seu país natal, Basaglia se mostrou absolutamente chocado com o que testemunhou no Colônia. Em entrevista coletiva concedida após a visita ao manicômio, declarou: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta”.

As declarações de Basaglia serviram para impulsionar um debate mais amplo sobre a necessidade de uma reforma psiquiátrica no Brasil. A semente plantada por Basaglia teve sua principal consequência em 1989, quando uma clínica privada de psiquiatria foi desapropriada após uma série de mortes, sendo implantadas em seu lugar abordagens alternativas às pessoas com deficiência mental, como oficinas de trabalho e projetos culturais de inserção social.

Assim, se percebe facilmente a existência de uma forte marca da lógica manicomial na história da psiquiatria brasileira desde seus primórdios. Da fundação do Hospício Dom Pedro II até a redemocratização pós-ditadura militar, diversas formas de acolhimento e tratamento foram dispensadas às pessoas com deficiência mental, mas sempre sob a mesma estrutura asilar e eventualmente com notáveis características eugênicas (AMARANTE, 2006).

#### **4. A saúde mental na estrutura hodierna do Sistema Único de Saúde (SUS)**

##### **4.1. Estrutura e Funcionamento do Sistema Único de Saúde**

A Constituição Federal de 1988 é comumente anunciada como “Constituição Cidadã”, e podemos apontar com segurança que um dos motivos para tal nomenclatura é a forma como a Carta Maior trata a saúde pública.

Até a promulgação da Lei Maior, o acesso à saúde pública era limitado a certas pessoas, quais sejam: aquelas que contribuía para a previdência social. Com a nova Constituição, o serviço de saúde foi expandido de modo a abarcar a totalidade dos indivíduos, o que se escancara no caput do artigo 196, que afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. O próprio texto constitucional aponta como tal dever haverá de ser garantido, indicando que o Estado deverá promover políticas sociais e econômicas que visem reduzir o risco de doença, bem como garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

A mesma Constituição Federal, já em seu artigo 198, apresentou as três diretrizes centrais da saúde pública, quais sejam: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. Tais diretrizes são as bases fundantes de uma estrutura regionalizada e hierarquizada, que visa atender as demandas de saúde de acordo com o que requer sua complexidade.

Mencione-se ainda que por força do artigo 199 da CFRB, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, o que coaduna com os ideais liberais constantes no texto constitucional brasileiro. Não obstante, em função do viés social existente na mesma Lei Maior, o legislador constitucional se preocupou em facultar ao Estado permitir a participação complementar das entidades privadas no contexto do Sistema Único de Saúde. Tal participação se dá através de convênio ou contrato de direito público e privilegia entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos no tratamento de indivíduos que não encontrariam nos centros de saúde geridos pelo Estado condições de realizar os procedimentos necessários da maneira mais adequada.

Após a criação do Sistema Único de Saúde, o que ocorreu com a promulgação da Constituição Federal em 1988, se fez necessário regulamentar tal serviço. Esta regulamentação se deu com a publicação de duas leis, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde – LOS; a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90. A primeira delas versa sobre “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990a). A segunda, dispõe

sobre “a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990b).

A Lei 8.080/90 traz em seu bojo uma extensão das diretrizes apresentadas no artigo 198 da Constituição Federal. Neste diploma, arrolam-se um total de catorze princípios, dispostos sob a seguinte redação:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (BRASIL, 1990a).

Comumente os princípios acima colacionados são divididos em duas categorias; os doutrinários e os organizativos. Entendem-se como princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde a universalidade, a integralidade e ainda um princípio que não se encontra expresso nas LOS; a equidade. Em contrapartida, por princípios organizativos se compreendem os demais elencados no artigo acima colacionado.

O Ministério da Saúde, ao definir conceitualmente os princípios doutrinários do SUS, aponta que a universalidade se caracteriza pela garantia de acesso à saúde a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. No

que diz respeito à integralidade, tem-se uma consideração do indivíduo como um todo, de modo que as ações que lhes são dispensadas são integradas a outras políticas públicas de modo a atender as suas necessidades do paciente e prover prevenção, tratamento e reabilitação na medida de sua precisão. Por fim, a equidade se apresenta com o objetivo de diminuir as desigualdades baseando-se na lógica de tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais na exata medida de suas desigualdades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a).

No tangente aos princípios organizativos da saúde pública, destacam-se a participação popular, o comando único, a descentralização, a regionalização e a hierarquização. O primeiro destes elementos é de evidente compreensão, sendo sua aplicação materializada mediante criação de Conselhos e Conferências de Saúde, nos moldes da Lei 8.142/90, a fim de formular estratégias para o controle e avaliação da execução da política de saúde.

Há ainda de se mencionar a estrita ligação do comando único com a descentralização. Uma vez que descentralizar implica a redistribuição de responsabilidades entre os três níveis de governo, faz-se necessário que cada esfera governamental tenha autonomia para gerenciar suas decisões e atividades. É exatamente com o intuito de conceder liberdade às esferas descentralizadas que o princípio do comando único se apresenta neste contexto legal.

Por fim, complementando a ideia de descentralização, mencionem-se os conceitos de regionalização e hierarquização. Através deste primeiro pressuposto, a saúde pública se ordena em níveis crescentes de complexidade e é planeada de modo que os serviços postos à disposição estejam de acordo com as demandas daquela região. No tangente à hierarquização, é possível defini-la como a divisão das atribuições de cada ente em níveis de atenção de modo a garantir serviços que tenham complexidade compatível com a demanda daquela região e, ao mesmo tempo, se enquadre nos limites dos recursos ali disponíveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a).

#### **4.2. A saúde mental no contexto da redemocratização**

Em paralelo ao desenvolvimento e universalização da saúde pública após a redemocratização pós-ditadura militar, há de se mencionar as significativas mudanças na abordagem da saúde mental. Tais mudanças, no entanto, não iniciaram de imediato; embora tenha sido palco do fim do período ditatorial no Brasil, a década de 1980 não presenciou muitos avanços na seara da saúde pública. A bem da verdade, este período foi mormente marcado por uma série de cobranças e pressões da sociedade para que o Estado tomasse um posicionamento mais efetivo no combate ao sistema manicomial vigente à época (MOURA, 2011).

Neste contexto de forte militância e pouca alteração prática na abordagem da saúde pública brasileira, surge em março de 1986 o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Inaugurado com o nome “Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira”, o espaço ficou mais conhecido como CAPS da Rua Itapeva, se apresentando como pioneiro na inversão do modelo hospitalocêntrico predominante à época e adoção de uma lógica interdisciplinar, vendo o indivíduo como um ser complexo com demandas diversas e excedentes à sua condição mental.

No ano de 1990, é realizada em Caracas, na Venezuela, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. Tal conferência, realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde em conjunto com a Organização Mundial de Saúde, resultou na publicação de um documento intitulado “A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental”, popularmente conhecido como Declaração de Caracas (OPAS, 1990).

Tal declaração apontou que a assistência psiquiátrica à época dispensada não gerava os resultados desejáveis, solicitando apoio à proposta de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica. Esta proposta possuía enfoque no chamado “atendimento primário da saúde”, permitindo a promoção de "modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais". Na prática, o que se propunha era a instituição de uma estrutura de saúde mental pública que abordasse o indivíduo em rede e dentro do seu território.

A compreensão do que seria uma rede de atendimento está diretamente ligada à percepção de que cada indivíduo possui características, necessidades e demandas distintas a depender de uma série de elementos que lhes são característicos ou eventos pelos quais passou ao longo da vida. Em função desta unicidade, não poderia um único profissional pretender solucionar todos os problemas do paciente, vez que tais problemas são de ordens diversas.

No tangente à ideia de território, compreende-se como tal não apenas a área geográfica, mas também outros elementos que contribuem com a noção de pertencimento ao lugar. Nesta toada, compõem o território, dentre outros elementos, a família, os amigos, o trabalho e a escola. A nova perspectiva de abordagem aponta que os resultados obtidos pelos indivíduos em tratamento são melhores se este estiver se desenvolvendo em seu território, vez que em tal ambiente há elementos de suporte ao paciente (OPAS, 1990).

Percebe-se, portanto, que os ideais trazidos pela Declaração de Caracas se opunham diretamente à forma como a psiquiatria era pensada até então. A lógica de abordagem em rede

contradiz a prática de deixar apenas o psiquiatra a cargo dos cuidados do indivíduo ao apontar necessária a existência de outros profissionais atuando em conjunto a fim de viabilizar uma abordagem completa. Outrossim, a despeito do pensamento reinante nos primeiros anos da República de que o isolamento era terapêutico por si só, a Declaração se posicionou no sentido de que a inclusão do paciente no meio onde possui referências (seu território) seria o melhor cenário para tratamento.

Ademais, a Declaração de Caracas foi incisiva ao pontuar reiteradamente a necessidade de respeito e preservação dos direitos humanos dos pacientes como forma de evitar a perpetuação das lesões a direitos básicos anteriormente existentes. Por fim, requisitou comprometimento das organizações, associações e demais participantes da Conferência no desenvolvimento de programas que promovessem a reestruturação da assistência psiquiátrica e a defesa dos direitos humanos das pessoas com doenças mentais nos termos das legislações nacionais e compromissos internacionais (OPAS, 1990). Não obstante, cumpre salientar que embora presente na Conferência, foi apenas em 2011, com a Portaria 3.088/11, que o Brasil se alinhou com o ideal de “atendimento primário da saúde” firmado na Venezuela, conforme se explicitará em momento oportuno.

No mesmo ano de 1990, o Brasil publicou as duas Leis Orgânicas da Saúde, debruçando-se sobre a saúde mental apenas dois anos depois, através da Portaria GM 224/92 (BRASIL, 1992). A portaria em comento criou oficialmente os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, tomando como base o sucesso do CAPS da Rua Itapeva. Valendo-se dos recém-instituídos princípios do Sistema Único de Saúde, a Portaria GM 224/92 definiu os NAPS/CAPS como:

“unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. (BRASIL, 1992).

Desta sorte, percebe-se a preocupação em garantir o tratamento do indivíduo através de uma abordagem multiprofissional, bem como uma progressão da internação para um nível intermediário entre esta e o regime ambulatorial. Não obstante, a portaria foi silente no que diz respeito à instituição de uma linha específica de financiamento para os CAPS/NAPS, além de não prever um mecanismo sistemático para a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, o qual só passou a ser estruturado quase uma década depois, através de uma série de normatizações do Ministério da Saúde (MOURA, 2011).

No caminhar rumo à desinstitucionalização dos pacientes, removendo-os dos leitos nos hospitais psiquiátricos, verificou-se que nem sempre a reinserção do indivíduo na sociedade se mostrava viável. Seja pela ausência de família para receber e cuidar do paciente, seja por vulnerabilidade social ou até mesmo por inaptidão à reintegração em decorrência do longo tempo de internação, viu-se a necessidade de conferir a tais indivíduos uma abordagem especial. Nesta toada, foi lançada no ano de 2000 a Portaria GM 106 (BRASIL, 2000), que instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos, definidos, da seguinte forma no parágrafo único do seu artigo 1º:

Parágrafo único - Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social (BRASIL, 2000).

Assim, percebe-se que estes serviços se apresentaram como um substitutivo à internação prolongada, aplicando-se apenas em casos específicos. Ademais, no seu artigo 2º, a portaria em questão dispõe que “[...] a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital” (BRASIL, 2000), repisando seu comprometimento com a lógica anti-hospitalocêntrica através da redução de leitos em hospitais psiquiátricos.

Não obstante, o maior marco evolutivo nesta caminhada foi a promulgação da Lei 10.216/01, também conhecida como Lei Paulo Delgado (BRASIL, 2001). Esta lei, embora promulgada em 2001, tramitava no Congresso Nacional desde 1989, encontrando grande resistência por parte do legislativo, a qual se manifestou não apenas pela morosidade em sua tramitação – totalizando doze anos entre a proposta do projeto e a promulgação – como também pelas modificações feitas no projeto original para viabilizar a aprovação da lei.

Este diploma positiva posições previstas na Declaração de Caracas, conferindo às pessoas com deficiência mental uma série de direitos que, embora elementares, nunca lhes haviam sido concedidos oficialmente. Dentre tais direitos, destacam-se o tratamento em “ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis” (BRASIL, 2001) e a preferência dada aos serviços comunitários de saúde mental. Ademais, a lei menciona expressamente que o tratamento tem o interesse exclusivo de beneficiar a saúde do paciente, “visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001).

Outro ponto digno de destaque na Lei Paulo Delgado é a forma como ela trata as hipóteses de internação. Embora combata claramente a lógica manicomial baseada no isolamento dos pacientes, o diploma legal não rechaça integralmente a hipótese de internação, conforme se depura da análise do seu artigo 4º:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visarà, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (BRASIL, 2001).

Do trecho acima colacionado, o primeiro ponto digno de nota é que a internação figura, na ótica da Lei 10.216/01, como uma alternativa extrema, a qual só deverá ser aplicada quando as demais alternativas falharem. Além disto, por expressa disposição do §3º do artigo em comento, a internação não poderá ocorrer em instituições com características asilares, assim compreendidas todas aquelas que não dispuserem de estrutura suficiente para conferir assistência integral ao paciente através de um corpo multidisciplinar de profissionais. Outrossim, a finalidade do tratamento é a reinserção do indivíduo ao meio social, o que se dá mediante abordagens que exponham o paciente a simulações de situações reais com as quais ele efetivamente haverá de se lidar quando em sociedade. Esta sistemática subverte a lógica de que a internação em si é algo bom ou terapêutico, como se propunha séculos atrás; a internação é agora vista como um meio para um fim, qual seja, a reinserção do indivíduo na sociedade (MOURA, 2011).

Percebe-se, portanto, que o Estado trouxe para si a responsabilidade sobre as internações e, conseqüentemente, sobre os internos, desfazendo o movimento de privatização característico do período ditatorial. Tal retomada de rédeas gerou impactos outros, como um maior cuidado antes de se efetuar uma internação ou conceder alta ao paciente. Conforme visto anteriormente, até a década de 1980 diversas pessoas eram internadas por seus familiares sem possuir qualquer diagnóstico que justificasse tal medida. Após a Lei Paulo Delgado, o Estado passou a dar à internação a seriedade devida, efetuando internações tão somente quando as abordagens extra hospitalares falharem e mediante laudo médico circunstanciado que justifique tal medida, conforme redação dada pelo artigo 6º da Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001).

O mesmo artigo 6º aponta os três tipos de internação psiquiátrica, quais sejam: voluntária, involuntária e compulsória. Por internação voluntária, compreende-se aquela em que o usuário consente com a medida; a involuntária, por sua vez, diz respeito à internação que ocorre a pedido de terceiro, mas sem consentimento do usuário; a compulsória, por fim, é a internação determinada judicialmente. Cumpre salientar, no entanto, que independentemente do modo de internação, o laudo de médico inscrito no Conselho Regional de Medicina do local da internação sempre será exigido, devendo informar a gravidade do transtorno mental e a falha nas tentativas de tratamento extra hospitalares.

Destarte, verifica-se que a nova abordagem positivada pela Lei Paulo Delgado se firmou na gradativa transferência dos investimentos e recursos previamente destinados aos hospitais psiquiátricos para os serviços alternativos que compunham o que posteriormente ficou conhecido como Rede de Atenção Psicossocial. Esta transição foi reforçada com o passar dos anos através do lançamento de diversos dispositivos voltados para os fins mais diversos. Alguns deles instituía programas, como o “De Volta Pra Casa”, caracterizado pela concessão de um auxílio-reabilitação aos pacientes egressos das unidades hospitalares durante sua reintegração à sociedade (BRASIL, 2003). Outros dispositivos focavam na reordenação da gestão financeira, como a Portaria GM 246/05 (BRASIL, 2005), que destinava verbas para a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos.

Neste fluxo de normas visando a transição da abordagem de internação para a abordagem ambulatorial, destacam-se as Portarias GM 251/02 e GM 52/04. A primeira delas determina a avaliação dos hospitais psiquiátricos integrantes do Sistema Único de Saúde através do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria – PNASH/Psiquiatria, bem como "estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS” (BRASIL, 2002a). Já a Portaria GM 52/04, por sua vez, institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, propondo uma redução dos leitos hospitalares concomitantemente à construção de espaços alternativos de atenção (BRASIL, 2004). Esta estratégia pretendia viabilizar uma transição segura entre os modelos assistenciais e de fato surtiu efeito ao operar em conjunto com os demais mecanismos instituídos para este fim, ocasionando a redução do número de leitos e, por conseguinte, o fechamento de diversos hospitais psiquiátricos no país (MOURA, 2011).

Há, por fim, de se mencionar a Portaria GM 3.088/11, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS 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). Conforme exposto anteriormente, desde o início da década de 1990 se apontava a necessidade de haver um “atendimento primário da saúde”, que se caracteriza como uma “porta de entrada” dos usuários ao sistema de saúde e funciona como um filtro organizador dos serviços nas redes de saúde, partindo dos mais simples aos mais complexos (PENSESUS, 2019).

Cientes de tal conceito, podemos observar a clara conexão destes ideais com os objetivos da RAPS, que se apresenta como um modelo de atenção em saúde mental baseado na convivência dentro da sociedade objetivando articular ações e serviços de saúde em diversos níveis de complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b).

Em verdade, a ideia central da RAPS é viabilizar a livre circulação dos indivíduos dentro da comunidade, estabelecendo dentro deste território uma rede formada por diversos pontos de atenção com os mais variados serviços e equipamentos. Dentro desta estrutura, encontram-se voltados para a saúde mental, dentre outros serviços, os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento e os leitos de atenção integral. Ademais, igualmente integra a RAPS o programa Voltando para Casa, em colaboração com o movimento de transição de pacientes do internato para a ressocialização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019c).

Assim, nota-se que através da instituição da Rede de Atenção Psicossocial o Estado conseguiu, ao menos em teoria, atender aos ideais buscados desde o início da Reforma Psiquiátrica no que diz respeito à estrutura. A RAPS se apresenta em oposição à lógica manicomial e visa fornecer atendimento primário através de uma rede de atenção dentro do território do paciente, embora ainda se faça necessária a consubstanciação das previsões legais na prática.

#### **4.3.Os Centros de Atenção Psicossocial e o Transtorno do Espectro Autista**

Conforme exposto anteriormente, os CAPS foram instituídos através da Portaria GM 224/92, que consolidou o modelo inaugurado em São Paulo no ano de 1986. Não obstante, a estrutura atual dos Centros de Atenção Psicossocial começou a ser melhor delineada uma década depois, quando foi lançada a Portaria GM 336/02 (BRASIL, 2002b). Esta portaria estabeleceu a criação de cinco modalidades de Centros de Atenção Psicossocial, quais sejam:

CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Estes centros têm suas atividades regulamentadas pelo Ministério da Saúde e, atualmente, atendem à lógica apresentada no quadro abaixo:

<b>Quadro 01 – Funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial</b>					
	<b>CAPS I</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS III</b>	<b>CAPSi</b>	<b>CAPSad</b>
<b>Público Atendido</b>	Geral	Geral	Geral	Crianças e adolescentes	Usuários de álcool e outras drogas
<b>População para Implantação</b>	Entre 20 e 70 mil	Entre 70 e 200 mil	Acima de 200 mil	Acima de 200 mil	Acima de 100 mil
<b>Funcionamento</b>	De segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas	De segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas, podendo haver um terceiro período prolongado até as 21h	24 horas todos os dias, inclusive feriados	De segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas, podendo haver um terceiro período prolongado até as 21h	De segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas, podendo haver um terceiro período prolongado até as 21h

Ante o exposto, verifica-se que os CAPS podem se dividir de duas maneiras distintas; quanto à população do local onde se instala e/ou quanto ao público que pretende atender. A depender do enquadramento do Centro nos rótulos supracitados, a equipe interdisciplinar que o constitui é alterada de modo a suprir o volume e a especificidade da demanda a ela apresentada (BRASIL, 2002b).

Cumprе salientar que a Portaria 3.588/17 instituiu o CAPS IV, visando atender pessoas com quadros graves de dependência de álcool e outras drogas, principalmente o crack (BRASIL, 2017a). De acordo com a portaria em questão:

Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação. (BRASIL, 2017a).

Quando se busca um recorte focado nas pessoas com Transtorno do Espectro Autista, impossível deixar de destacar os CAPSi, que têm como foco principal a população infantil, que abrange pessoas do período neonatal até os 12 anos incompletos em situação de sofrimento psíquico ou que apresentem sinais de risco à sua saúde mental.

Neste contexto, pode ser apresentado como exemplo para ilustrar o impacto dos CAPSi no tratamento de pessoas autistas o que ocorre no Centro de Atenção Psicossocial Infantil – Centro Médico Psicopedagógico Infantil (CAPSi-CEMPI), situado no bairro de Jardim São Paulo, na cidade do Recife. Este centro médico foi inaugurado em 1991 como hospital-dia nas dependências do Hospital Otávio de Freitas e passou, tempos depois, pelo processo de municipalização previsto pela sistemática atual da saúde pública com vistas a cumprir os princípios da regionalização e hierarquização.

Atualmente, o CAPSi-CEMPI conta com equipe interdisciplinar composta por profissionais das áreas de psiquiatria, psicologia, psicanálise, fonoaudiologia, terapia ocupacional, assistência social, enfermagem e educação física. Este grupo atua em um sistema de clínica ampliada, conectando-se com a comunidade e visando a construção ou reconstrução da subjetividade do indivíduo a fim de viabilizar a reinserção do indivíduo na comunidade.

O Centro possui atuação em diversos focos, dentre os quais se destacam o acolhimento, o atendimento às crianças com sinais de sofrimento psíquico, o suporte aos familiares, as visitas periódicas a creches e escolas e as ações intersetoriais para prevenção e tratamento de distúrbios psíquicos precoces junto à rede básica de saúde.

No tangente ao acolhimento realizado pelo CAPSi-CEMPI, há de se ressaltar que seu objetivo central é resolver a demanda identificada ou, na hipótese de não possuir as melhores condições para tanto, encaminha-la para a instituição competente. Assim, cumpre-se a função de ser a porta de entrada da rede de atenção, além de ordenar esta rede de acordo com as necessidades dos assistidos. Uma vez que o CAPSi-CEMPI é constantemente solicitado para atender demandas alheias àquelas previstas em sua constituição, o processo de identificação, orientação e encaminhamento para outros serviços é fundamental para reforçar a concepção de funcionamento em rede previsto pelo SUS.

Uma vez acolhido o infante, o tratamento dos distúrbios psíquicos precoces dispensados pelo CAPSi com ênfase nos transtornos psíquicos severos têm como pilares a avaliação e acompanhamento psiquiátrico, a estimulação sensorial precoce para bebês, sessões de psicoterapia individual e/ou em grupo, atendimento individual ou em grupo instrumental, atividades da vida diária assistidas por fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros, ou atendimento individual realizado por estes profissionais sempre que necessário.

Como apontado anteriormente, o autismo é percebido nos primeiros anos do infante, geralmente no momento em que se espera um desenvolvimento maior do que o transtorno permite à criança. Nesse contexto, a atenção dispensada pelo CAPSi é fundamental para o desenvolvimento do infante, vez que o condiciona a lidar de melhor maneira com as limitações impostas pelo autismo na execução das mais diversas atividades do cotidiano.

No que diz respeito ao suporte aos familiares, às visitas periódicas às creches e escolas e às ações intersetoriais para prevenção e tratamento de distúrbios precoces, temos uma estrutura que corrobora com a lógica do tratamento em rede. Ao buscar dialogar com os ambientes familiar, escolar e sanitário, o CAPSi estrutura, através da conscientização, o território no qual se encontra inserido o indivíduo, viabilizando um melhor espaço de desenvolvimento para o paciente, que encontrará bases sólidas para tanto não apenas no Centro de Atenção, mas em todos os ambientes que permeiam sua rotina.

É certo que uma criança autista se tornará um adulto e mesmo um idoso autista, de modo que após certa idade far-se-á necessária a remoção do indivíduo do CAPSi e a continuidade do seu tratamento em um CAPS condizente com a população daquele ambiente. Não obstante, há de se ter em mente que o autismo tende a ser identificado nos primeiros anos de vida do infante, quando começa a obstar o desenvolvimento social consoante à idade deste. Destarte, pode-se afirmar que os Centros de Atenção Psicossociais Infanto-Juvenis se apresentam como a alternativa mais adequada ao tratamento de pessoas autistas dentro da estrutura do Sistema Único de Saúde, vez que tendem a ser o espaço voltado para tal tratamento no momento em que o diagnóstico é obtido.

## **5. Desafios da saúde mental na estrutura do SUS sua a perspectiva do TEA**

### **5.1. Da insuficiência do SUS: críticas ao funcionamento prático do CAPSi**

Apesar de ser avaliado de maneira positiva em linhas gerais, o trabalho dos CAPSi não se podem ignorar as falhas do Sistema Único de Saúde na abordagem do Transtorno do Espectro Autista. Neste sentido, PORTOLESE et al (2017) afirmam que alguns destes problemas dizem respeito ao fato de os CAPSi:

(1) trabalhem com equipes reduzidas, (2) apresentem problemas na infraestrutura frente a grande e variada demanda dos usuários, (3) carecerem de recursos humanos com formação especializada em TEA, (4) não contarem com diretrizes organizadoras em termos da assistência a esses pacientes, (5) não possuírem avaliação sistemática e periódica do processo de terapia/tratamento dos casos, (6) oferecerem prioritariamente intervenções grupais (sendo, em geral, as individuais mais preconizadas para esses pacientes), além de (7) contarem com equipes heterogêneas quanto à abordagem teórica, o que pode comprometer o cumprimento do princípio da equidade para esses pacientes.

Conforme se observa, não se tratam de problemas simples aqueles apresentados pelos CAPSi, mas de falhas de elevado grau de seriedade que, em sua maioria, são regra entre os centros. Neste contexto, percebe-se claramente a diferença entre o funcionamento teórico destes espaços e o que factualmente se observa na prática; embora estruturado de modo a garantir atenção diária, intensiva, efetiva e personalizada, frequentemente os CAPSi não conseguem atuar da maneira prevista, não suprimindo de forma adequada a demanda existente.

Reforçando a percepção de que a inaplicação prática do funcionamento ideal proposto pelo Sistema Único de Saúde, mencionem-se os lançamentos, em nível nacional, de dois documentos importantes para a assistência integral às pessoas com TEA, quais sejam: “Diretrizes de atenção e reabilitação para pessoas com TEA” e “Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtorno do Espectro Autista e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde”. Apesar da importância de tais documentos e dos impactos positivos que eles seriam capazes de gerar, até o momento ainda não se consubstanciou na prática o positivado em teoria (PORTOLESE, J. et al 2017).

Em agosto de 2017, o Brasil dispunha de 229 Centros de Atenção Psicossociais Infanto-Juvenis (BRASIL, 2017b), os quais vêm sendo cada vez mais procurados pela população (GARCIA; SANTOS; MACHADO, 2015, *apud* PORTOLESE, J., 2017). Embora tal preocupação com o cuidado com a saúde pública por parte da população seja um ponto positivo, é clara a incapacidade dos centros para dar vazão à demanda a eles oposta.

Um sinal claro da insuficiência da oferta da saúde mental pública é a ausência de CAPS e CAPSi em diversas cidades do Brasil, especialmente as interioranas com menores

populações. Este quadro obriga os pacientes a buscar o tratamento necessário em cidades maiores, ofendendo o princípio da territorialidade e, não raramente, inviabilizando o tratamento em função dos custos envolvidos no deslocamento.

Além destes casos em que a não obediência prática aos princípios teóricos do Sistema Único de Saúde dificulta ou mesmo inviabiliza o tratamento, ainda há de se mencionar as hipóteses opostas; os casos em que o cumprimento às diretrizes do SUS afigura como elemento complicador do tratamento. Neste sentido, mencione-se o fato de que, na estrutura da saúde mental proposta pelo SUS, os serviços não devem ser estruturados com base em transtornos específicos, vez que tal abordagem tenderia a gerar estigmatização dos pacientes (PORTOLESE, J. et al 2017). Não obstante, de acordo com a literatura atual, há evidências de que a oferta de tratamentos específicos para pessoas com Transtorno do Espectro Autista implicam em melhores resultados, o que contrapõe as diretrizes do Sistema Único de Saúde e motiva críticas à abordagem realizada pelos CAPSi (PAULA; BELISÁRIO FILHO; TEIXEIRA, 2016 *apud* PORTOLESE, J. et al 2017).

Assim, percebe-se que, especialmente no contexto do Transtorno do Espectro Autista, existem elementos que impedem que a abordagem proposta pelo SUS seja a mais adequada ao devido tratamento dos indivíduos. A percepção desta discrepância, bem como a ideia de que os recursos humanos dos quais dispõe o Sistema Único de Saúde não seriam os mais adequados para uma abordagem específica do autismo fizeram com que a iniciativa privada surgisse como alternativa aos olhos de pais que anseiam por ofertar os melhores cuidados possíveis à prole.

Neste contexto, algumas Organizações Não Governamentais – ONGs surgem como vetor de complementação dos serviços originalmente ofertados pelo Estado. Em se tratando do Transtorno do Espectro Autista, destacam-se a Associação de Amigos do Autista e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais na prestação de serviços gratuitos através de convênios com os governos estaduais e contribuições recebidas de pessoas físicas e empresas (AMA, 2019).

## **5.2. Iniciativa privada e a saúde suplementar no judiciário**

Dada a insuficiência do Sistema Único de Saúde para prover o atendimento às pessoas com Transtorno do Espectro Autista, as clínicas privadas com profissionais especializados neste público encontraram espaço para crescimento através da oferta de métodos específicos. Dentre os métodos em questão, três se destacam, quais sejam: Análise Aplicada do

Comportamento – ABA<sup>8</sup>; Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Distúrbios Correlatos da Comunicação – TEACCH<sup>9</sup> e; Sistema de Comunicação Através de Troca de Figuras – PECS<sup>10</sup>.

Segundo o manual *AutismSpeaks* (2011, *apud* PARANÁ, 2016), por “análise do comportamento” se compreende a ciência que fornece conhecimentos comprovados sobre como e porque o comportamento ocorre, sendo considerada “aplicada” quando empregada com a finalidade de melhorar determinado comportamento. Assim, a ABA pode ser compreendida como a ciência que analisa os eventos prévios e posteriores à performance de determinado comportamento a fim de molda-lo ao desejável. Através desta abordagem, o tratamento ABA objetiva intervir sobre comportamentos considerados inadequados, bem como em comportamentos ligados à linguagem (GUIMARÃES, 2019).

O TEACCH, por sua vez, se caracteriza pela potencialização dos comportamentos funcionais da criança autista através de uma organização especial do seu local de trabalho, de modo a torna-lo mais confiável para o paciente (SANTOS, 2009). Dentro destas condições favoráveis, o autista tende a desenvolver melhor sua autonomia, vez que a despeito da presença de um instrutor, na maior parte do tempo a criança tende a desempenhar suas atividades sem auxílio. Tal sistemática visa, em longo prazo, facilitar o processo de independência do indivíduo, formando adultos aptos a compreender o mundo que os cerca bem como a, na medida do possível, tomar as próprias decisões na medida de suas necessidades (MELLO, 2001 *apud* CARVALHO, 2018).

Por fim, o PECS se afigura como um caminho para viabilizar a comunicação da pessoa com TEA de forma não verbal. Segundo Sampaio (2005), no PECS a criança recebe uma série de figuras dos itens que estão ligados à sua rotina, sendo instruída a apresentar tais figuras sempre que desejar o objeto ali representado. Desta sorte, estimula-se a expressividade da criança bem como é propiciada a interação desta com outros indivíduos.

Como exposto anteriormente, estas abordagens via de regra não são fornecidas pelos CAPSi, sendo ofertadas por clínicas privadas mediante pagamento de custos consideráveis. É neste contexto que surgem conflitos entre as pessoas com Transtorno do Espectro Autista e as operadoras de plano de saúde, conflito estes usualmente envolvendo demandas de saúde suplementar (SILVA; CABRAL, 2019).

---

<sup>8</sup> No original: Applied Behavior Analysis.

<sup>9</sup> No original: Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children.

<sup>10</sup> No original: The Picture Exchange Communication System.

O ano de 1998 foi de fundamental importância para o cenário dos tratamentos de saúde, vez que foi o ano em que se publicou a Lei 9.656, que “Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde” (BRASIL, 1998). Esta lei passou a regular o funcionamento destas pessoas jurídicas de direito privado e, em seu artigo 14, dispõe que “Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde.”.

Tal dispositivo homenageia o princípio constitucional da igualdade e impede que o plano de saúde se oponha a contratar com indivíduos que potencialmente se utilizarão com mais frequência dos serviços de saúde, como frequentemente se fazia antes da promulgação da lei em questão. Esta louvável determinação foi trazida novamente à baila no ano de 2012, quando o artigo 5º da Lei Berenice Piana dispôs que “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.” (BRASIL, 2012).

Ante o risco de ter a negativa de contratação enquadrada como ferida ao disposto no artigo 5º da Constituição Federal, os planos de saúde espraiou seus serviços para toda a população, independente de fatores cronológicos ou clínicos (CARVALHO, 2018). Não obstante, problemas outros começaram a surgir na relação entre as pessoas autistas e os planos de saúde. O primeiro deles diz respeito à delimitação do número de sessões de terapias com profissionais assim como a negativa na realização de tais sessões em função de cláusulas contratuais.

No tangente à limitação no número de sessões de terapia cobertas pelos planos, existe em curso uma analogia possível com o disposto pelo Superior Tribunal de Justiça na Súmula 302, que considera abusiva a cláusula contratual que limita o tempo de internação hospitalar (SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2004). Tendo em vista que é impossível encontrar um número de sessões que satisfaça as necessidades de todos os casos de pessoas com TEA, limitar o acesso ao tratamento inviabiliza o próprio acesso à saúde por parte destas pessoas. Assim, adequada a analogia realizada com base na Súmula 302 e a conseguinte determinação da abusividade das cláusulas em comento (SOUZA, 2016 *apud* CARVALHO, 2018). A

observância de cláusulas abusivas no contrato tem como efeito imediato sua nulidade de pleno direito, conforme preceitua o artigo 54, IV do Código de Defesa do Consumidor – CDC<sup>11</sup>:

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

[...]

IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade (BRASIL, 1990);

Outro artifício do qual costumeiramente lançam mão os planos de saúde é a alegação de que o contrato firmado não prevê a prestação daquele procedimento terapêutico específico. Não obstante, tampouco devem prosperar tais argumentos dentro do sistema jurídico brasileiro; usualmente, os contratos firmados com tais grupos são os chamados “contratos de adesão”, definidos pelo CDC da seguinte maneira:

Art. 54. Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo.

[...]

§ 4º As cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão. (BRASIL, 1990)

Destarte, dois pontos não de ser mencionados; o primeiro deles diz respeito à definição dos contratos de adesão, que se caracterizam pela impossibilidade de ter as cláusulas nele dispostas discutidas por parte dos contratantes, que tão somente aceitam as condições impostas pelo contratado. O segundo elemento a se destacar é a perceptível preocupação do legislador ao obrigar o contratado a expor expressamente as hipóteses de limitação do direito do consumidor. Uma vez que não eram raras as hipóteses de omissão dos elementos limitantes de cobertura dos planos de saúde, fez-se necessário exigir clareza em sua exposição sob pena de desconsideração da limitação imposta.

Ante o exposto, na hipótese de diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista em indivíduo que figure em relação contratual com operadora de plano de saúde, caberá a este último viabilizar o tratamento do contratante. O tratamento em questão poderá se dar de duas formas, sendo a primeira através de profissionais credenciados na rede do próprio plano contratado e a segunda fora desta estrutura (CARVALHO, 2018).

Em se optando por realizar o tratamento com profissional não conveniado à operadora do plano de saúde, o contratante poderá se posicionar de duas formas: a primeira delas,

---

<sup>11</sup> Segundo o Superior Tribunal de Justiça, em sua Súmula 469, posteriormente substituída pela Súmula 608, “aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”. (BRASIL, 2018).

requerer do plano de saúde que este pague diretamente ao profissional ou à instituição pelas despesas médicas. A segunda posição possível é optar pelo reembolso das despesas originalmente arcadas pelo paciente. Neste último cenário, cumpre salientar que o reembolso será apenas parcial caso o plano de saúde ofereça em sua rede atendimento igual àquele que o contratante buscou externamente (CARVALHO, 2018).

Mencione-se, ainda, o inteiro descabimento da argumentação tentada pelos planos de saúde no afã de deslegitimar as intervenções propostas por médicos em seus laudos. Não raramente, os planos alegam a desnecessidade de adoção de determinada abordagem ou terapia como desculpa para não arcar com os custos da abordagem em questão. Por óbvio, não possuem os planos de saúde autonomia nem competência para determinar quais tratamentos são aplicáveis em cada caso, pensamento corroborado pela Ministra Nancy Andrighi, da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, no brilhante voto no julgamento do REsp 1.053.810/SP:

Ao prosseguir nesse raciocínio, conclui-se que somente ao médico que acompanha o caso é dado estabelecer qual o tratamento adequado para alcançar a cura ou amenizar os efeitos da enfermidade que acometeu o paciente. A seguradora não está habilitada, tampouco autorizada a limitar as alternativas possíveis para o restabelecimento da saúde do segurado, sob pena de colocar em risco a vida do consumidor. Ora, a empresa não pode substituir-se aos médicos na opção terapêutica se a patologia está prevista no contrato.

(...)

Ao propor um seguro-saúde, a empresa privada está substituindo o Estado e assumindo perante o segurado as garantias previstas no texto constitucional. O argumento utilizado para atrair um maior número de segurados a aderirem ao contrato é o de que o sistema privado suprirá as falhas do sistema público, assegurando-lhes contra riscos e tutelando sua saúde de uma forma que o Estado não é capaz de cumprir. (STJ, 2009, on-line)

Este entendimento serviu como base para decisões em todo o país em casos similares. A título de exemplo, pode-se apontar o Acórdão emitido em 17 de maio de 2017 pela 4ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco cuja ementa abaixo se colaciona:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. SEGURADO PORTADOR DE AUTISMO. COBERTURA DEVIDA. NEGATIVA DE COBERTURA PELA RÉ. ABUSIVIDADE CONSTATADA. DANO MORAL CONFIGURADO. QUANTUM INDENIZATÓRIO. RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. MANUTENÇÃO. RECURSO IMPROVIDO. (TJPE, 2017, on-line).

No caso em comento, os julgadores negaram provimento a recurso de apelação apresentado por operadora de plano de saúde que havia se negado a prestar cobertura ao contratante sob o argumento de que o contrato limitava a prestação da assistência. Na decisão, os ilustres desembargadores apresentaram os precedentes do Superior Tribunal de

Justiça apontando a impossibilidade de limitação do tratamento a ser utilizado quando o plano cobre a moléstia que se visa tratar. Não obstante, não se restaram adstritos a esta fundamentação, apontando igualmente a suficiência dos laudos médicos como prova de que o tratamento prescrito é o mais adequado e que a frustração da expectativa de cumprimento da obrigação assumida pelo plano enseja a configuração de dano moral indenizável.

Em sintonia com os posicionamentos retro se mostram outros tribunais em todo o país, que visam garantir a assistência à saúde das pessoas com TEA. De acordo com levantamento realizado no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo por Trettel e Grostein (2017, p. 214), o ano de 2016 contou com nove recursos de apelação e 33 agravos de instrumento relacionados a autismo e cobertura de tratamentos por operadoras de plano de saúde. No estudo em questão, 78,6% das decisões concedeu ou manteve o tratamento solicitado, ao passo que 14,3% delas os mantiveram apenas parcialmente (TRETTEL. D. B.; GROSTEIN. J., 2017, p. 214).

Estes números corroboram com a ideia de que a legislação atual é funcional no que diz respeito à garantia do acesso à saúde suplementar por parte das operadoras de plano de saúde, sendo certo que tais indivíduos necessitam de tratamento e que é sobre o profissional de medicina que recai a competência para identificar a melhor metodologia a ser aplicada.

Ante o exposto, depura-se que o mecanismo judicial vem cumprindo seu papel de garantir a aplicação das leis na sociedade quando acionado com a finalidade de fazer com que as operadoras de plano de saúde arquem com os custos do tratamento dos assegurados com TEA. Não obstante, não se pode olvidar que a necessidade de judicialização destas demandas em face dos planos de saúde tem como gênese a falha do mesmo judiciário na consumação de seu dever, ainda que subsidiário, de garantir a aplicação das leis que instituem o Sistema Único de Saúde e desenham a saúde pública e gratuita como direito de todos e dever do Estado.

## 6. Conclusão

Conforme exposto, apesar de as demandas apresentadas por pessoas neuroatípicas não serem novidade para o Estado, apenas após três séculos e meio da chegada dos portugueses passou a existir uma estrutura para receber tais indivíduos. Deste momento em diante, muito se mudou na forma como tais indivíduos eram tratados, mas um ponto se manteve estático; a insuficiência da consubstanciação da tutela do direito à saúde destes indivíduos em algo prático e palpável.

É neste contexto de falhas estruturais no Sistema Único de Saúde que a iniciativa privada encontra espaço para ampliar seu raio de alcance, passando a ofertar – mediante pagamento – abordagens específicas para as mais diversas neuroatipicidades. No caso específico do TEA, transtorno que possui melhores resultados com a aplicação de metodologias específicas e individuais, as propostas de intervenção dos Centros de Atenção Psicossociais se mostram insuficientes, sendo necessário recorrer à esfera privada.

Em função dos elevados custos de capacitação profissional envolvidos na formação de profissionais aptos a aplicar metodologias como a Análise Aplicada do Comportamento, ocorre um aumento reflexo no preço a ser pago pelo tratamento, o que o torna inviável a boa parte das pessoas. Assim, iniciou-se um enfrentamento judicial entre as operadoras de plano de saúde e as pessoas com Transtorno do Espectro Autista, as quais buscavam cobertura dos seus tratamentos pelos planos, que relutavam a concedê-la sob as mais diversas alegações.

No ano de 2012, no entanto, a promulgação da Lei Berenice Piana aprou todas as eventuais arestas existentes quanto à obrigatoriedade de tais coberturas, ao conferir às pessoas autistas tratamento equânime ao dispensado às pessoas com deficiência. Assim, uma vez diagnosticado como autista um contratante de plano de saúde, este último possui obrigação de arcar, integral ou parcialmente, com os custos do tratamento do assegurado.

Em análise jurisprudencial, percebeu-se que as esferas superiores de jurisdição já pacificaram tal direito conferido às pessoas com TEA, concedendo decisões favoráveis aos contratantes no sentido de obrigar as operadoras de planos de saúde a financiar os tratamentos dos segurados. Ademais, tais decisões não vêm apenas no sentido de apontar o direito a um tratamento genérico, mas ao tratamento recomendado através de laudo emitido por profissional de medicina devidamente habilitado.

Não obstante, tais avanços não bastam para as pessoas autistas e seus familiares – historicamente os maiores propulsores da militância de conscientização sobre o TEA. A tutela

do acesso à saúde suplementar concedida pelo judiciário atualmente é um passo fundamental, mas não se faria necessária se o acesso à saúde pública fosse universal como se pretende na letra fria da lei. Fazem-se necessários aportes financeiros em saúde mental pública no intuito de satisfazer as demandas das pessoas autistas e neuroatípicas em geral, garantindo o acesso amplo e irrestrito à saúde pública de qualidade.

Em tempos de propostas de retomada das internações e do uso de eletrochoques, cabe à comunidade jurídica e à sociedade de modo geral apontar com veemência o anacronismo de tais ideias, impedindo tão decidida marcha rumo ao passado. O caminho a ser trilhado, em verdade, não passa pelo retorno da brutalidade manicomial, mas pelo investimento em políticas públicas e de inclusão social almejando um futuro ditado pela tolerância no qual as potencialidades das pessoas autistas possam se desenvolver integral e gratuitamente.

Nas palavras do sempre brilhante Paulo Freire (2016):

[...] mesmo sabendo que as condições materiais, econômicas, sociais e políticas, culturais e ideológicas em que nos achamos geram quase sempre barreiras de difícil superação para o cumprimento de nossa tarefa histórica de mudar o mundo, sei também que os obstáculos não se eternizam.

## 7. Bibliografia

1. ABRA. **História e Atuação.** Disponível em: <<https://www.autismo.org.br/site/abra/historia-e-atuacao.html>>. Acesso em: 20 de out. 2019.
2. AMA. **História.** Disponível em: <<https://www.ama.org.br/site/ama/historia/>>. Acesso em: 20 de out. 2019.
3. AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Asilos, asilados e alienistas.** In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.
4. AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Rumo ao fim dos manicômios.** Disponível em: <[http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo\\_ao\\_fim\\_dos\\_manicomios.html](http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios.html)>. Acesso em: 08 de out. 2019.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
6. ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro.** 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
7. ASSIS, Machado de. **O alienista.** São Paulo: FTD, 1994.
8. BAILO, J.; WIGGINS, L; CHRISTENSEN, D. L., et al. **Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014.** Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/ss/ss6706a1.htm>>. Acesso em: 07 de out. 2019.
9. BORDALLO, F. C. T.; JULIO, A. D. **Tecnologias assistivas na educação de crianças autistas,** Disponível em: <<https://www.oei.es/historico/congreso2014/memoriactei/720.pdf>>. Acesso em: 20 de out. 2019.
10. BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 18 de out. 2019.
11. BRASIL. Decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903. **Reorganiza a Assistencia a Alienados.** Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 08 de out. 2019.
12. BRASIL. Decreto 508, de 21 de junho de 1980. **Approva o regulamento para AssistenciaMedico-Legal de Alienados.** Disponível em:

- <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-508-21-junho-1890-510846-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 08 de out. 2019.
13. BRASIL. Decreto Imperial 1.077, de 4 de dezembro de 1852. **Aprova e manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo.** Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1077-4-dezembro-1852-558653-publicacaooriginal-81699-pe.html>>. Acesso em: 08 de out. 2019.
14. BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 18 de out. 2019.
15. BRASIL. Lei 10.708, de 31 de julho de 2003. **Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm)>. Acesso em: 18 de out. 2019.
16. BRASIL. Lei 13.861, de 18 de julho de 2019. **Altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, para incluir as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista nos censos demográficos.** Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2019/lei-13861-18-julho-2019-788841-publicacaooriginal-158748-pl.html>>. Acesso em: 07 de out. 2019.
17. BRASIL. Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18078.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078.htm)>. Acesso em: 21 de out. 2019.
18. BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em 18 de out. 2019.
19. BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 18 de out. 2019.

20. BRASIL. Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. **Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm). Acesso em: 21 de out. 2019.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 160, de 11 de fevereiro de 2000. **Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.** Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/pagina-320.html>. Acesso em: 18 de out. 2019.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 224, de 29 de janeiro de 1992. **Diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental.** Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/pagina-319.html>. Acesso em: 17 de out. 2019.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 246, de 17 de fevereiro de 2005. **Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0246\\_17\\_02\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0246_17_02_2005.html). Acesso em: 18 de out. 2019.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 251, de 31 de janeiro de 2002. **Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.** Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-251-31-JANEIRO-2002.pdf>. Acesso em: 18 de out. 2019.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 15 de out. 2019.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 52, de 20 de janeiro de 2004. **Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052\\_20\\_01\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html). Acesso em: 18 de out. 2019.

27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
28. BRASIL. **Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>>. Acesso em: 17 de out. 2019.
29. BRASIL. Portaria 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 (SUS)**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 15 de out. 2019.
30. BRASIL. Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017. **Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências**. Disponível em: <<http://138.68.60.75/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>>. Acesso em: 17 de out. 2019.
31. CARVALHO, Carla Montenegro Manaia. **O direito à saúde para indivíduos com Transtorno do Espectro Autista**. Disponível em: <<https://carlamanaia.jusbrasil.com.br/artigos/634638134/o-direito-a-saude-para-individuos-com-transtorno-do-espectro-autista>>. Acesso em: 21 de out. 2019.
32. CHRISTENSEN, D. L.; MAENNER, M. J.; BILDER, D.; et al. **Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder among 4-year-old Children – Early Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, Seven Sites, United States, 2010-2014**. *MMWR Surveill Summ* 2019. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/features/asd-data-four-year-old-children.html>>. Acesso em: 07 de out. 2019.
33. ESPECTRO. **In: Dicionário Michaelis On-Line**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?id=bxEA>>. Acesso em: 07 de out. 2019.
34. FLUMINHAN, Vinícius Pacheco. **A judicialização do direito à saúde no âmbito do SUS: limites e possibilidades**. Disponível em:

- <[https://www.unimep.br/phpg/bibdig/pdfs/docs/11112014\\_105628\\_vinicius.pdf](https://www.unimep.br/phpg/bibdig/pdfs/docs/11112014_105628_vinicius.pdf)>.  
Acesso em: 08 de out. 2019.
35. FREIRE, Paulo. **Psicologia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 53ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz & Terra, 2016.
36. GUIMARÃES, Luiza de Moura. **O que é ABA?** Disponível em: <<https://www.terapiaaba.com.br/o-que-e-aba>>. Acesso em: 21 de out. 2019.
37. HIPPLER, Kathrin; KLICPERA, Christian. **A retrospective analysis of the clinical case records of ‘autistic psychopaths’ diagnosed by Hans Asperger and his team at the University Children’s Hospital, Viena**. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1693115/pdf/12639327.pdf>>.  
Acesso em: 07 de out. 2019.
38. KANNER, Leo. **Autistic Disturbances of Affective Contact**. Disponível em: <[https://neurodiversity.com/library\\_kanner\\_1943.pdf](https://neurodiversity.com/library_kanner_1943.pdf)>. Acesso em: 07 de out. 2019.
39. MACEDO, Camila Freire. **A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil**. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/8246/a-evolucao-das-politicas-de-saude-mental-e-da-legislacao-psiquiatrica-no-brasil>>. Acesso em: 08 de out. 2019.
40. MASIERO, André Luís. **A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n2/17750.pdf>>. Acesso em: 08 de out. 2019.
41. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é a Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em:  
<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/conheca\\_raps\\_rede\\_atencao\\_psicossocial.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf)>.  
Acesso em: 14 de out. 2019.
42. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Princípios do SUS**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 15 de out. 2019.
43. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-de-atencao-psicossocial-raps>>.  
Acesso em: 16 de out. 2019.
44. MOURA, J. A. **História da assistência à saúde mental no Brasil: da reforma psiquiátrica à construção dos mecanismos de atenção psicossocial**. Disponível em: <

- [assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial](#)>. Acesso em: 15 de out. 2019.
45. OLIVEIRA, André Luiz de. **História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS**. Disponível em: <<https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/viewFile/198/189>>. Acesso em: 07 de out. 2019.
46. OLIVEIRA, Carolina. **Um retrato do autismo no Brasil**. Revista Espaço Aberto, São Paulo, ed. 170, mai. 2015. Disponível em: <<https://www.usp.br/espacoaberto/?materia=um-retrato-do-autismo-no-brasil>>. Acesso em: 07 de out. 2019.
47. OPAS. **Declaração de Caracas**. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf)>. Acesso em: 15 de out. 2019.
48. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID 11 – Classificação Internacional de Doenças**. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/437815624>>. Acesso em: 07 de out. 2019.
49. PARANÁ. **Os desafios da escola paranaense na perspectiva do professor PDE**. Disponível em: <[http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes\\_pde/2016/2016\\_pdp\\_edespecial\\_uenp\\_elzamarialves.pdf](http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2016/2016_pdp_edespecial_uenp_elzamarialves.pdf)>. Acesso em: 21 de out. 2019.
50. PENSESUS. **Atenção básica**. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>>. Acesso em: 15 de out. 2019.
51. PORTOLESE, J. et al. **Mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista no Brasil**. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-03072017000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-03072017000200008)>. Acesso em: 17 de out. 2019.
52. REY, Philippe-Marius. **O Hospício Pedro II e os alienados no Brasil (1875)**. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142012000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142012000200012)>. Acesso em: 08 de out. 2019.
53. SACRISTÁN, C. **Por el bien de la economía nacional: trabajoterapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la Ciudad de México, 1929-1932**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n3/03.pdf>>. Acesso em: 08 de out. 2019.

54. SCHWARTZMAN, João Salomão. **Transtornos do Espectro Autismo**. In: TIBYRIÇA, Renata Flores; D'ANTINO, Maria Eloisa Famá (orgs.). *Direitos das Pessoas com Autismo: Comentários interdisciplinares à Lei 12.764/12*. São Paulo: Menon, 2018.
55. SILVA, F. F.; CABRAL, T. A. **Demandas em saúde suplementar para o tratamento a pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no Tribunal de Justiça de Pernambuco**. Disponível em: <[https://franklinfacanha.jusbrasil.com.br/artigos/689573286/demandas-em-saude-suplementar-para-o-tratamento-a-pessoas-com-transtorno-do-espectro-autista-tea-no-tribunal-de-justica-de-pernambuco?ref=topic\\_feed](https://franklinfacanha.jusbrasil.com.br/artigos/689573286/demandas-em-saude-suplementar-para-o-tratamento-a-pessoas-com-transtorno-do-espectro-autista-tea-no-tribunal-de-justica-de-pernambuco?ref=topic_feed)>. Acesso em: 20 de out. 2019.
56. SILVERMAN, Chloe. **From Disorders of Affect to Mindblindness: Framing the History of Autism Spectrum Disorders**. Disponível em: <[https://case.edu/affil/sce/Texts\\_2005/Autism%20and%20Representation%20Silverman.htm](https://case.edu/affil/sce/Texts_2005/Autism%20and%20Representation%20Silverman.htm)>. Acesso em: 07 de out. 2019.
57. SOUZA, Edvarney Luís Silva Pacífico de. **O direito dos autistas ao tratamento multidisciplinar custeado pelos planos de saúde**. Disponível em: <<https://edvarneyluis.jusbrasil.com.br/artigos/419368424/o-direito-dos-autistas-ao-tratamento-multidisciplinar-custeado-pelos-planos-de-saude>>. Acesso em: 21 de out. 2019.
58. STELZER, Fernando Gustavo. **Uma pequena história do autismo**. São Leopoldo: Oikos, 2010.
59. STJ. **RECURSO ESPECIAL: REsp 1053810 SP 2008/0094908-6**. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. DJe: 17/12/2010. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/processo/pesquisa/?src=1.1.2&aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&num\\_registro=200800949086](https://ww2.stj.jus.br/processo/pesquisa/?src=1.1.2&aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&num_registro=200800949086)>. Acesso em: 21 de out. 2019.
60. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **Súmula 302**. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/docs\\_internet/revista/electronica/stj-revista-sumulas-2011\\_24\\_capSumula302.pdf](https://ww2.stj.jus.br/docs_internet/revista/electronica/stj-revista-sumulas-2011_24_capSumula302.pdf)>. Acesso em: 21 de out. 2019.
61. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **Súmula 608**. Disponível em: <[https://scon.stj.jus.br/SCON/sumanot/toc.jsp?livre=\(sumula%20adj1%20%27608%27\).sub.>](https://scon.stj.jus.br/SCON/sumanot/toc.jsp?livre=(sumula%20adj1%20%27608%27).sub.>)>. Acesso em: 21 de out. 2019.

62. SZKLARZ, Eduardo. **Lobotomia desenfreada.** Disponível em: <<https://super.abril.com.br/saude/lobotomia-desenfreada/>>. Acesso em: 08 de out. 2019.
63. TJPE. **APELAÇÃO: 001.0032597-49.2015.8.17.0001 (0451578-0).** Relator: Desembargador Jones Figueirêdo. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/146748247/djpe-17-05-2017-pg-296>>. Acesso em: 21 de out. 2019.
64. TRETTEL, Daniela Batalha; GROSTEIN, Júlio. **Planos de Saúde: Legislação Aplicável e Tratamento Jurisprudencial.** In: TIBYRIÇA, Renata Flores; D'ANTINO, Maria Eloisa Famá (orgs.). Direitos das Pessoas com Autismo: Comentários interdisciplinares à Lei 12.764/12. São Paulo: Menon, 2018.
65. VENÂNCIO, Ana Tereza Acatuassú. **Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX.** Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702011000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 07 de out. 2019.