

Relato de experiência: O acompanhamento terapêutico no Transtorno do Espectro Autista

Experience report: Therapeutic follow-up in Autism Spectrum Disorder

Renata Wirthmann Gonçalves Ferreira

Psicanalista, Pós-doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (Rio de Janeiro, Brasil). Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB) (Distrito Federal, Brasil). Professora Associada do curso de Psicologia do IBIOTEC da Universidade Federal de Catalão (UFCAT) (Catalão, Goiás, Brasil). E-mail: renatawirthmann@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-8320-912X>

Josiane Cristina Souza Farias

Discente do curso de Psicologia pela Universidade Federal de Catalão (UFCAT) (Catalão, Goiás, Brasil). E-mail: josianecristina94@yahoo.com.br. <https://orcid.org/0000-0003-0979-2975>

Resumo

O presente trabalho é um relato de experiência de um Acompanhamento Terapêutico (AT) domiciliar, durante a pandemia, a uma criança não verbal, de dez anos, diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista. Devido às restrições da pandemia, como a interrupção dos serviços de saúde e educação, a criança foi impactada com um importante retrocesso no seu desenvolvimento. O trabalho da AT foi assistido por um projeto de pesquisa e extensão do curso de Psicologia da UFCAT, amparado pela psicanálise freudo-laciana. Um dos objetivos deste relato de experiência é consolidar o AT como uma importante ferramenta durante os períodos de suspensão de aulas e tratamento ou como suporte para continuidade das aulas e tratamentos na rotina das famílias de autistas.

Palavras-Chave: Autismo; Psicanálise; Acompanhante terapêutico; Pandemia.

Abstract

The present work is an experience report of a Therapeutic Accompaniment (TA) at home, during the pandemic, to a ten-year-old non-verbal child diagnosed with Autistic Spectrum Disorder. Due to the restrictions of the pandemic, such as the interruption of health and education services, the child was impacted with a significant setback in his development. AT's work was assisted by a research and extension project of the UFCAT Psychology course, supported by Freudian-Lacanian psychoanalysis. One of the objectives of this experience report is to consolidate TA as an important tool during periods of suspension of classes and treatment or as support for the continuity of classes and treatments in the routine of families with autistic people.

Keywords: Autism; Psychoanalysis; Therapeutic companion; Pandemic.

Introdução

No início do ano de 2020 o mundo ingressou em uma das maiores crises sanitárias da história, provocada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), doença infecciosa de ordem respiratória que matou cerca de 700 mil brasileiros e que se mostrou igualmente devastadora em todo o mundo. Do ponto de vista psicanalítico, podemos considerar a pandemia como o atravessamento do Real. O Real laciano é sem lei e, portanto, imprevisível, não simbolizável e não organizado cronologicamente. Tudo ficou em suspenso devido ao atravessamento da pandemia: os calendários escolares, algumas atividades comerciais e econômicas, cirurgias eletivas, consultas ambulatoriais, planejamentos de viagens etc. Diante desse contexto epidemiológico, sem vacina ou medicação, foram adotados, nos anos de 2020 e parte do ano de

2021, como principais meios de contenção os altos níveis de contaminação pelo vírus, o uso de álcool 70, máscara de proteção facial e, principalmente, o distanciamento social (Tosta, Farias, & Costa, 2022).

A partir das investigações do projeto de pesquisa e extensão “Saúde Mental da Criança e do Adolescente” do curso de psicologia do Instituto de Biotecnologia (IBIOTEC) da Universidade Federal de Catalão (UFCAT), orientado pela Profa. Dra. Renata Wirthmann Gonçalves Ferreira, constatamos que as crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e suas respectivas famílias foram extremamente afetados pela pandemia. Na pandemia, todas as difíceis e já conhecidas batalhas do autismo parecem ter se tornado ainda mais desafiadoras.

Podemos apontar três motivos fundamentais para tais batalhas terem se tornado ainda mais difíceis: em primeiro lugar, pelo risco de milhares de crianças não serem diagnosticadas precocemente e não começarem seus tratamentos. Em segundo lugar, pelo impacto no quadro de milhões de autistas que tiveram seus tratamentos interrompidos abruptamente e sem previsão de retorno, sobretudo na rede pública. Por fim, o terceiro motivo, refere-se ao desamparo dos pais de terem que lidar, sozinhos, com algo que, regularmente, mobilizaria uma equipe multiprofissional completa de saúde e educação.

Ainda sobre a pandemia é necessário ressaltar alguns aspectos socioeconômicos como a perda de emprego; a necessidade de conciliação, para os que mantiveram os empregos, do trabalho em *home office* com os filhos em casa, sem creches ou escolas; a atribuição aos pais das tarefas escolares e aulas remotas dos filhos; além dos cuidados com a casa, alimentação e lazer. Com as aulas suspensas, as crianças ficaram confinadas, em tempo integral, em suas próprias casas.

O convívio exclusivamente domiciliar aos poucos se tornou tedioso, estressante e exaustivo, as crianças com TEA não puderam mais utilizar os serviços das equipes multiprofissionais de terapias e tratamentos. Sem tal assistência alguns autistas foram perdendo rapidamente os ganhos dos tratamentos iniciados antes da pandemia, somado a desorganização das rotinas de sono, alimentação e higiene. Com essas perdas, as crianças com TEA pioraram rapidamente. Uma das alternativas propostas pelo projeto de pesquisa e extensão, para amenizar o impacto do distanciamento social para este grupo, foi o trabalho de Acompanhamento Terapêutico (AT).

Diante do exposto, o objetivo deste relato de experiência é, a partir desta proposta de introduzir o trabalho de AT como ferramenta para diminuir as perdas decorrentes da interrupção

das aulas e tratamento multiprofissional, apresentar o trabalho realizado, por uma estagiária do curso de psicologia da UFCAT entre os meses de janeiro e novembro de 2021, como AT de uma criança de 10 anos com TEA.

Importante ressaltar que a criança, para a qual daremos o nome fictício de Fernando, já era acompanhada, desde 2017, de forma presencial, no projeto de pesquisa e extensão “Saúde Mental da Criança e Adolescente”, em funcionamento desde 2016 até a presente data. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o nº. de parecer: 1.705.702. O acompanhamento presencial de Fernando pelo projeto foi interrompido devido a suspensão das atividades presenciais na universidade em março de 2020, em decorrência da pandemia da COVID-19.

Para a apresentação do presente relato de experiência será feito o seguinte percurso de texto: primeiramente, a contextualização do projeto de pesquisa e extensão “Saúde Mental da Criança e Adolescente”, em seguida, a descrição do TEA pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM-V) (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2013) e pela psicanálise; por fim, o relato de experiência do acompanhamento terapêutico domiciliar de Fernando (nome fictício), criança com TEA de 10 anos, durante os meses de janeiro à novembro de 2021.

Projeto

O projeto de pesquisa e extensão “Saúde Mental da Criança e Adolescente”, está em funcionamento desde 2016 até a presente data e foi aprovado pelo CEP. As atividades do projeto são realizadas no Centro de Estudos Aplicados à Psicologia (CEAPSI) da UFCAT e nas escolas da rede municipal de Catalão.

Descrição e caracterização da amostra: aqueles que desejarem levar a criança ou o adolescente para o projeto devem procurar o CEAPSI. Não é exigido o diagnóstico médico para a participação do projeto, pois este será feito durante o atendimento.

Métodos e procedimentos: observação, acompanhamento e apoio dos sujeitos nas instituições onde estes estão inseridos, entrevista com os pais, acompanhamento individual clínico, orientação aos pais, palestras nas instituições entre outros recursos específicos da formação do psicólogo.

Após o encaminhamento ou procura, os responsáveis receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), composto de uma descrição do projeto, seu funcionamento, e das questões referentes à preservação da privacidade dos sujeitos. Após a assinatura do TCLE, as observações e os atendimentos foram iniciados.

Cada estagiário realiza os atendimentos e observações conforme os parâmetros específicos da profissão do psicólogo, regulamentados pelo Conselho Federal de Psicologia e sob supervisão da professora responsável. Importante ainda ressaltar os cuidados em relação a todo material produzido ao longo do projeto. Além da assinatura do TCLE, que visa o esclarecimento sobre os cuidados para a proteção e confidencialidade dos dados coletados e dos sujeitos atendidos, esclarecemos que as informações coletadas sobre os sujeitos serão utilizadas somente para a execução do projeto em questão e que a divulgação das informações será feita de forma anônima, evitando elementos que possam identificar os sujeitos da pesquisa.

Desde o início do projeto já participaram mais de 100 discentes e egressos do curso de psicologia da UFCAT. Atualmente estão em atividade aproximadamente 30 discentes e egressos. Todos os semestres são aceitos novos participantes. Em relação à participação e fluxo de crianças e adolescentes atendidos, o projeto, desde o início em 2016, já acompanhou cerca de 50 sujeitos. Regularmente são ofertadas 20 vagas em fluxo contínuo. Há uma fila de espera e um novo sujeito é chamado quando há uma vaga disponível conforme ordem de inscrição na fila de espera (Ferreira & Rocha, 2019).

O projeto foi estruturado a partir de três eixos (Ferreira & Rocha, 2019), que ocorrem simultaneamente, em fluxo constante, devido ao funcionamento dinâmico da proposta do trabalho de acompanhamento. O primeiro eixo tem como foco a formação permanente dos discentes participantes do projeto e consiste no estudo teórico do autismo a partir da teoria psicanalítica.

O segundo eixo, por sua vez, é voltado para as crianças e adolescentes atendidos. Cada criança ou adolescente acompanhado pelo projeto passa por observação do campo onde está inserido, entrevista de anamnese dos sujeitos encaminhados e familiares, atendimento individual, orientação aos pais e acompanhamento de atividades nos diversos contextos institucionais citados acima. Todas as atividades deste segundo eixo são realizadas pelos estagiários que, após cada atendimento, preenchem um diário de campo em que descrevem detalhadamente todo trabalho realizado. A partir de tais anotações são realizadas, em grupo, as supervisões quinzenais com a professora responsável.

O terceiro eixo tem como foco os campos onde os atendimentos são feitos, incluindo os profissionais e familiares dos sujeitos atendidos. Este eixo visa acolher queixas, dificuldades, desafios e demandas relacionadas aos sujeitos com TEA e que surgem durante qualquer momento do acompanhamento. Todos esses conteúdos são acolhidos e levados para supervisão para a construção de uma ação.

Devido ao cancelamento, em março de 2020, das atividades presenciais na Universidade, o projeto precisou ser adaptado. As reuniões teóricas e de supervisão passaram para o formato on-line. Foi desenvolvido um questionário para que os pais das crianças e adolescentes atendidos pelo projeto preenchessem indicando as principais dificuldades encontradas naquele primeiro momento da pandemia e, a partir desse material, foram propostos diferentes trabalhos de intervenção, dentre eles, a alternativa do AT domiciliar.

Sobre o questionário: Foi realizado com os pais, por ligação de vídeo de *Whatsapp* e pelo *Google Forms*, em abril e maio de 2020, com o intuito de fazer o levantamento das crianças que poderiam dar continuidade às atividades de forma *on-line*. De todas as 27 crianças da lista do projeto naquele momento, 17 concordaram em fazer a entrevista inicial, porém apenas 8 permaneceram no projeto no formato on-line. A evasão dos autistas ao projeto ilustrou, já de partida, as primeiras dificuldades enfrentadas pelos familiares durante esse período pandêmico, como dificuldades financeiras para obter uma internet de qualidade, dificuldade no manuseio dos aparelhos de comunicação e impossibilidade de conciliar os cuidados da casa, do trabalho, das crianças e do atendimento on-line.

O autismo segundo o DSM-V e a Psicanálise

Segundo o DSM-V (APA, 2013), o TEA se enquadra ao grupo do transtorno do neurodesenvolvimento, sendo suas principais características: 1. O prejuízo na comunicação e interação social e 2. padrões restritos e repetitivos de comportamento, de interesses e de atividades. As primeiras manifestações do TEA costumam ser reconhecidas entre os 12 e 24 meses do bebê, quando mais graves, e após os 24 meses quando moderados ou leves. Os primeiros sintomas do TEA costumam ser: 1. atraso no desenvolvimento da linguagem, 2. ausência de interesse social, 3. padrões atípicos de brincadeiras, 4. padrões incomuns de comunicação, 5. Forte tendência a repetição, 6. presença de comportamentos estereotipados.

O TEA pode manifestar-se em três níveis de gravidade diferentes: os níveis 1, 2 e 3, sendo o 1 o mais leve e o 3 o mais grave. O primeiro refere-se a dificuldade na comunicação sem apoio e problemas na organização e planejamento, tornando-se obstáculos à obtenção da independência, no segundo nível é caracterizado pela dificuldade grave na comunicação social, mesmo com apoio, e sofrimento ou dificuldade nas mudanças, no terceiro nível os obstáculos na comunicação verbal e não verbal são graves causando prejuízos severos no funcionamento. Neste último nível os comportamentos repetitivos e atípicos causam prejuízos em todas as esferas, causando sofrimento (APA, 2013).

Para a psicanálise, por sua vez, consolida-se, na última década, a hipótese do autismo como uma quarta estrutura. A hipótese de uma estrutura autística foi proposta inicialmente na década de 90 pelo casal de psicanalistas Rosine e Robert Lefort (Maleval, 2018). É necessário, entretanto, antecipar que a psicanálise não é unânime quanto à compreensão do autismo como quarta estrutura, mas abordaremos aqui essa hipótese que vem sendo trabalhada pela psicanálise de orientação lacaniana, mais especificamente, através do trabalho de Maleval (2018), no qual o autismo é localizado não como uma doença ou deficiência, mas como uma forma de ser no mundo. Assim como as outras estruturas, a saber: a neurose, a psicose e a perversão, em que cada uma possui um modo singular de funcionamento, estabelecido de acordo com a sua relação primeira com a linguagem, também podemos compreender o autismo.

Podemos compreender a estrutura autística a partir da presença de três elementos fundamentais, sendo o primeiro deles a retenção inicial dos objetos pulsionais, em que o olhar e a voz, bem como os alimentos e os excrementos, não são utilizados na relação com o Outro, a cessão desses objetos provoca angústias e são vividas como dilacerantes pela criança (Silva, 2018). Há então uma recusa no ato de olhar e deixar ser olhado, que pode ser percebida desde os primeiros meses de vida. Assim como também há uma recusa quanto ao engajamento da voz, que quando aparece, não tem a intenção de situar o Outro como um interlocutor, essa retenção dos objetos iniciais pulsionais provocam uma disfunção na comunicação, visto que essa a troca de objetos está ligada a fundação da entrada da relação com o Outro.

O segundo elemento fundamental da estrutura autística é o primado do signo, que corresponde a uma certa degradação do significante, visto que no autismo “a apropriação da linguagem não opera pelo enganche do significante à voz, mas pela assimilação de signos referidos a imagens” (Barroso, 2019, p. 1241), esse aspecto torna rígidas as correlações feitas pelos autistas, privilegiando os aspectos literais e evitando polissemias. O que os autistas buscam, é se proteger das ambiguidades e equívocos da língua. Finalmente, o terceiro elemento fundamental da estrutura autística, segundo a psicanálise lacaniana, é o aparelhamento do gozo pela borda, essa que “se constitui como uma construção protetora, que delimita o mundo e ajuda o sujeito a preservar a imutabilidade, a qual é tão preciosa aos autistas” (Silva, 2018, p. 40).

A borda é um importante elemento teórico acerca do autismo e é de fundamental importância para localizar as intervenções na clínica do autismo. Ela é composta por três componentes essenciais: 1. imagem do duplo; 2. objeto autístico e 3. ilha de competência. Por imagem do duplo, podemos compreender que se trata de um suporte para uma enunciação artificial – por intermédio de um objeto, de um amigo imaginário ou de um semelhante –

constitui uma das defesas características do autista. Sobre o objeto autístico, “ele permite ao autista regular o gozo, incluindo para dar, ao autista, uma energia vital. Ligar-se ao objeto autístico o anima, desligar-se deles deixa sem vida” (Maleval, 2017, p. 173). Finalmente, sobre a ilha de interesse. Estas se referem aos interesses específicos do sujeito acerca de temas capazes de captar o gozo. As ilhas de interesse são, portanto, os componentes da borda mais aptos para uma abertura ao social, pela derivação dos centros de interesse que podem suscitar.

Acompanhante Terapêutico (AT)

A função de AT surgiu como um dos resultados da luta antimanicomial no mundo. Na América Latina, o AT foi criado primeiramente na Argentina durante o final da década de 60 e ganhou grande destaque, chegando a ser regulado na legislação como profissão. No Brasil o AT foi ganhar destaque apenas na década de 70, ocupando, parcialmente, substituir a internação nos antigos manicômios. Em 1979, foi fundado no estado de São Paulo, pela psicanalista Argentina Beatriz Aguirre, um hospital denominado “A casa”, fortalecendo o trabalho dos acompanhantes terapêuticos no Brasil. Naquela época essa atuação era denominada como “amigos qualificados” (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo [CRP-SP], 2006).

Em relação ao trabalho de AT, de acordo com Ribeiro (2009), os acompanhantes terapêuticos são profissionais especialistas em uma clínica que se faz fora dos consultórios, ou seja, que aproveitam de qualquer lugar do território que circunda seus pacientes para fazer desses, lugares terapêuticos. Dessa maneira, o trabalho do AT consiste em:

[...] estar junto de seus pacientes, fazer coisas que nunca foram feitas, superar algumas limitações, desenvolver potencialidades, garimpar autonomias, servir de modelo, estar presente. [...] Parece-me uma clínica de tentar o inédito com o objetivo de que o sujeito seja, cada vez mais, inteiro e autônomo (Ribeiro, 2009, p. 80).

É importante apontar que o trabalho do AT tem como objetivo acolher, fora da clínica tradicional, os pacientes que não possuem condições de sair de casa sem tal apoio. Assim, trabalham com casos de algumas pessoas que apresentam dificuldades específicas agravadas por transtornos como fobias, psicoses, mesmo em alguns casos extremos de depressão e, mais recentemente, de autismo. Dessa forma, diferente dos demais profissionais de saúde, é o AT que se desloca até o paciente, com o objetivo de ajudá-lo a se relacionar com o mundo, com o território (CRP-SP, 2006).

Atualmente, para uma consolidação dos movimentos de reforma psiquiátrica, tendo como princípio a desinstitucionalização, se torna essencial os serviços prestados pelos acompanhantes terapêuticos, contudo, por ser uma profissão relativamente nova e com muitas demandas. Apesar dessa grande procura, no Brasil ainda não existem cursos de graduação ou especialização ofertados pelas universidades, assim como também não existem disciplinas obrigatórias sobre o tema (CRP-SP, 2006).

A Psicanálise em Extensão é o termo utilizado pela psicanálise, ao se referir às práticas de reabilitação social desenvolvida pelo AT, com indivíduos que sofrem com algum tipo de adoecimento mental capaz de comprometer os laços sociais dele. Outrora Freud já desenvolvia tal ação ao caminhar com seus pacientes pela cidade, voltando assim os dispositivos clínicos para as necessidades sociais, pois se acreditava que o inconsciente não trabalha de maneira isolada, pelo contrário recebe diretamente influência do ambiente social e por fim se constrói o conhecimento e possíveis bordas junto com o sujeito durante o atendimento (Alberti et al., 2017).

A principal ação psicanalítica usada pelo profissional AT é a escuta e o acolhimento das manifestações do inconsciente do sujeito (Estevão & Metzger, 2015). Vale ressaltar que o sujeito pode se apresentar de formas diversas e não limitando assim a linguagem verbal, o que torna a escuta flutuante uma técnica indispensável ao profissional que se volta a este tipo de atuação.

Relatos da atuação como Acompanhante Terapêutico

Em respeito à privacidade e confidencialidade da criança e dos seus familiares, iremos nomear o garoto acompanhado pela estagiária do curso de psicologia que desenvolveu o trabalho de AT como Fernando (nome fictício). Fernando é uma criança de 10 anos, não verbal, que foi diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista (TEA) grave aos 2 anos de idade, ele possui déficit severo na comunicação social e seus comportamentos peculiares causam interferências em diversas áreas como no desenvolvimento social, pessoal e escolar. Ele e sua irmã de 1 ano (no final de 2021) fazem parte de uma família religiosa nuclear, na qual o pai é bancário e pastor; a mãe é dona de casa e vendedora autônoma, dedicando, assim, prioritariamente seu tempo aos cuidados dos filhos, dos afazeres domésticos e de modo secundário, à algumas vendas informais de roupas e objetos usados.

No início da pandemia, a mãe de Fernando notou que o desenvolvimento de seu filho começou a regredir, devido ao contexto de distanciamento social, que levou à pausa das

atividades multiprofissionais e ao fechamento das escolas. Nesse mesmo período a mãe do autista engravidou pela segunda vez, o que também causou impacto em Fernando e nos pais, mudando a dinâmica da casa, até então, composta somente pelos pais e Fernando. Com isso seus pais não puderam mais atender, com a mesma velocidade e disponibilidade, às demandas do filho autista, agravando, inicialmente, as angústias já presentes do garoto. Vasconcelos e Ferreira (2021) apontam que o bebê tende a ver a mãe como extensão de si mesmo, isso ocorre quando ela começa a interpretar a maioria das demandas dele, (podendo ocorrer igualmente com a figura do pai).

A soma de todas as mudanças desde o início da pandemia em 2020 levou Fernando a parar de urinar no banheiro e passar a urinar e defecar na roupa e em qualquer espaço da casa. Com o passar das semanas os pais constataram novos agravos como a contenção urinária, na qual a criança retém a urina para liberar aos poucos e o tempo todo, permanecendo molhado ininterruptamente e exigindo mais trocas de fralda e roupas ao longo do dia. Parou de se alimentar sozinho durante as principais refeições e deixou de se vestir sozinho. O que se notou é que nas primeiras semanas de isolamento em casa Fernando ampliou consideravelmente sua dependência aos pais para a realização das atividades mais cotidianas – urinar, defecar, comer, vestir. Tal piora levou a uma enorme sobrecarga dos pais, que além de cuidar do filho autista precisavam realizar, sem qualquer apoio devido a pandemia, todas as tarefas domésticas, cumprir com as atividades religiosas, concluir as pequenas vendas *on-line* e por fim, cuidar da avó de Fernando, que estava acamada, e os cuidados com a segunda gestação da mãe.

Durante a entrevista inicial com os pais de Fernando para a retomada dos atendimentos pelo projeto nesse novo modelo de AT, os pais relataram que seu filho estava levando tudo à boca, como se tivesse retornado, de modo muito intenso, à fase oral. Desde bebê, Fernando nunca havia perdido essa característica de levar objetos à boca, mas ao longo dos anos de tratamento isso havia diminuído consideravelmente, e ele não engolia mais objetos que pudessem colocá-lo em risco. Entretanto, com a pandemia esse sintoma se tornou grave, levando Fernando à emergência hospitalar por engolir objetos que precisavam ser monitorados com exames de imagem por serem de metal e pontiagudos. Importante dizer que, aos 10 anos, esse sintoma o colocava em grande risco de saúde pois ele já tinha condições de acessar objetos em qualquer lugar e coordenação motora para abrir portas, gavetas, subir nos móveis e não é possível aos pais monitorarem ininterruptamente Fernando, 24 horas por dia. Além desses sintomas que se agravaram, foram constatados, pelos pais, sintomas novos, como a

manipulação constante do próprio pênis, colocando a mão dentro da roupa e puxando com muita força, levando a vermelhidão e risco de infecção.

Todos os sintomas detalhados pelos pais foram observados pela AT assim que começou o acompanhamento domiciliar de Fernando. Apesar da piora do quadro de sintomas, Fernando permanecia uma criança extremamente amorosa, tocando, beijando e abraçando, como antes do início da pandemia, quando já era acompanhado pelo projeto no espaço físico do CEAPSI na UFCAT. Nos anos subsequentes ao início da pandemia os pais de Fernando já haviam sido orientados a restringir o uso de equipamentos eletrônicos, sobretudo o celular, pois já havíamos constatado que as telas o deixavam muito inquieto e agressivo, negando qualquer interação ou estimulação que não a interação exclusiva com a tela. Com o início da pandemia, todas as dificuldades relatadas acima levaram os pais a retrocederem em relação à restrição do celular e Fernando voltou a ficar interessado, exclusivamente, pelo aparelho. Quando este era retirado ele ficava extremamente nervoso, irritado e angustiado. Rejeitava tudo que lhe era oferecido e se empenhava incessantemente a procurar o aparelho.

Outra preocupação dos pais que pôde ser observada cotidianamente pela AT foi o sintoma de comer fezes ou cheirar e lambear objetos sujos de urina e fezes. Com a longa permanência em casa, sem escola e tratamento, ele passou a pegar, inclusive, papel higiênico usado por outras pessoas da casa no banheiro. Estes eventos ocorriam repetidas vezes ao dia, principalmente quando chegava a molhar de urina a roupa que estava, o que o levava a passar a mão no corpo e roupa molhada e levar ao nariz e boca. Durante as observações pela AT do Fernando em casa na convivência cotidiana com a família foi possível perceber tais comportamentos aconteciam com maior frequência quando Fernando era contrariado, por exemplo, quando lhe retiravam o celular ou quando insistiam que ele realizasse alguma tarefa como banho ou atividades pedagógicas.

Diante do que foi relatado pelos pais e observado pela AT, a Profa. Dra. Renata Wirthmann, coordenadora do projeto, orientou que retornassem, em contexto domiciliar, com as mesmas atividades anteriormente realizadas, a partir da hipótese de que a suspensão das atividades multiprofissionais de saúde e das aulas presenciais, associada a imposição de uma nova e esvaziada rotina de isolamento em casa teria levado a tamanho agravamento do quadro de Fernando.

Os atendimentos domiciliares iniciaram em janeiro de 2021, na residência da família de segunda a sexta, das 13 horas às 17 horas 30 min. A rotina diária da AT consistia em: ao chegar na residência da família, conversar com os pais sobre como estava Fernando naquele dia

(alimentação, evacuação, sono, temperamento e comportamento); após recolher tais informações a proposta era a de repetir uma rotina pré-estabelecida que tinha, como objetivo, interferir nos sintomas que haviam se agravado: levar ao banheiro para urinar, permanecer com ele um tempo no vaso para defecar, lavar as mãos, retirar a fralda, colocar cueca. A cada hora ele seria conduzido ao banheiro novamente para urinar e lavar as mãos, com o propósito de interromper a contenção da urina. Ao longo da tarde seriam realizadas atividades pedagógicas, incluindo algumas que encenavam o contexto de uma sala de aula, em que ele teria que permanecer por um tempo de cerca de 30 minutos sentado diante da mesa realizando atividades como quebra-cabeça, lego, encaixes etc.

Até as 15 horas seriam realizadas as atividades escolares, intercaladas com leituras, brincadeiras, cantorias e estimulações motoras. Às 15 horas Fernando lancharia, às 15 horas 30 min tomaria banho e às 16 horas sairia com a AT para caminhar pela região onde moravam. O percurso na rua incluía a mercearia, para que ele pudesse comprar alguma coisa de seu interesse (balas, suco, refrigerante ou salgadinho), a praça e o caminho de retorno para casa. As saídas tinham o propósito de levar Fernando a se familiarizar com a vizinhança, com o espaço físico do bairro para que pudesse vir a construir, pouco a pouco, alguns laços sociais.

Fernando não teve dificuldades na mercearia, muito rapidamente soube como escolher e pagar o que queria. Na mercearia ele comprava, mas guardava o item escolhido para comer na praça que se localizava em frente ao comércio. Na praça Fernando e a AT se sentavam no banco, ele ingeria o item escolhido e observavam a movimentação da praça. Após algumas semanas Fernando passou a explorar a praça, a percorrer a praça. A AT foi orientada a transformar em jogos e brincadeiras esses movimentos de Fernando, incluindo músicas e, quando possível, interagir com as outras crianças que também estavam na praça. Alguns dias da semana acontecia nesta praça, uma feira, o que oferecia para Fernando ainda mais estímulos e para a AT ainda mais oportunidade de estimulação. Às 17 horas voltavam para casa de Fernando, sempre pelo mesmo caminho, chegando em casa a rotina seria a de trocar a roupa de Fernando para o jantar e ir embora. Após alguns meses de acompanhamento, os profissionais de saúde receberam a primeira dose da vacina contra COVID-19 e os atendimentos presenciais com a fonoaudióloga e com a terapeuta ocupacional puderam retornar. A AT passou a levar a acompanhar Fernando também nos atendimentos, para que pudesse receber orientações dessas profissionais e repetir algumas das atividades propostas no contexto domiciliar. As aulas presenciais não retornaram para as crianças autistas durante todo ano de 2021, os autistas só puderam voltar para as aulas presenciais no início de 2022.

No início do atendimento com a AT Fernando evitava contato visual, urinava na roupa uma média de 10 vezes só no período vespertino, se jogava no chão quando não queria fazer as atividades pedagógicas ou durante o banho, muitas das vezes ele se recusava a entrar no chuveiro e, quando entrava, se negava a sair. Durante os passeios diários ele também urinava e, por vezes, defecava na roupa, mesmo sendo levado ao banheiro em casa antes de sair. Nas reuniões de supervisão com a coordenadora do projeto foi recomendado que não se perdesse a calma perante as dificuldades e comportamentos agressivos de Fernando, pois, os ganhos na clínica com autistas eram lentos e não lineares. A AT foi aprendendo a escutar a comunicação não verbal de Fernando, a descobrir o que ele gostava, e a respeitar o tempo dele, sobretudo em relação a se adaptar à presença da AT, que parecia estar sendo interpretada por Fernando como invasiva.

A partir da orientação recebida, a AT recuou e passou as próximas duas semanas observando mais e interagindo menos. Reduziu as atividades pedagógicas, momento de maior atrito com Fernando. Notou-se que ele era apaixonado por músicas infantis, decidiu cantar as atividades ao invés de falar, intercalando com as músicas infantis que ele conhecia e gostava. Utilizava uma mini caixa de som portátil para trazer a atenção dele para as demais atividades. Com as atividades pedagógicas em segundo plano, foi priorizando ações recreativas: brincar com a mangueira d'água, bexiga com água, de areia, esconde-esconde e pega-pega utilizando a caixinha de som como laço, além das leituras de livros infantis, brincadeiras com fantoches, de objetos sensoriais e músicas que ele gostava.

Pudemos perceber que tal recuo na proposta inicial de trabalho foi de extrema relevância para a qualidade do trabalho com Fernando. O uso das músicas como duplo para que ele aceitasse as atividades cotidianas e pedagógicas foi de extrema importância. Segundo Maleval (2017), o duplo é escolhido pelo próprio autista e, embora a presença do duplo não o proteja completamente da angústia, este oferece ao sujeito autista um suporte para uma enunciação artificial, por intermédio de um objeto, de um amigo imaginário, de um fantoche, de um pet, ou, no caso de Fernando, das músicas infantis. Por que o duplo é importante para o autista? Porque o duplo assume a responsabilidade e isso deixa o autista mais a vontade pois se percebe desresponsabilizado.

A partir do momento em que a AT passou a brincar mais com Fernando, mediada pelas músicas infantis e cantarolando as atividades, ele começou a interagir mais. Um grande salto transferencial foi percebido quando Fernando passou a apresentar demandas dirigidas à AT, puxava para passear na praça e a convocava para cantar. Com esse avanço, as micções na roupa

durante os passeios foram diminuindo até, finalmente, cessar. O toque constante no pênis passou a ser feito somente no banho e as outras questões relacionadas aos excrementos, como comer ou cheirar urina e fezes, foi diminuindo progressivamente à medida que ele usava mais e mais o banheiro.

No dia 25 de março do mesmo ano, a AT construiu uma nova proposta de intervenção com objetivo tornar as idas ao banheiro algo mais agradável e menos conflitivo. Primeiramente colocou um relógio (não o celular) para despertar a cada hora, sinalizando o momento de levá-lo ao banheiro. Não era uma convocação da AT, mas do relógio. Quando o relógio tocava, a AT cantarolava uma música de ir ao banheiro, em resposta à convocação do relógio-despertador. Diante do despertar do relógio e não mais do pedido da AT, Fernando ia. Não tomava o despertar do relógio como algo invasivo. A música autorizava a AT a acompanhá-lo, não para urinar ou defecar, mas para cantar para ele. A relação com o relógio não o desafiava. Na ausência da AT os pais foram orientados a repetir a intervenção com a criança, pois era fundamental a constância.

Após 5 dias seguindo esse modelo construído em supervisão, Fernando começou a mostrar resultados satisfatórios, passando a urinar menos na roupa e mais no banheiro, parou gradativamente de defecar na rua durante os passeios, começou a fazer exclusivamente em casa, todos os dias logo após os passeios. Passou a dormir algumas vezes durante o período da tarde, buscava com frequência interagir com a AT para brincar ou realizar alguma atividade como passear na rua ou de carro. Importante ressaltar que as melhoras não são lineares, isso equivale a dizer que sempre após um período de melhora, acontece, recorrentemente, intervalos de piora. Nesses momentos era fundamental retornar para a posição de recuar e observar. Foi possível perceber, durante os meses de acompanhamento, que alguns acontecimentos imprevistos ocasionaram os períodos de piora como: dor de dente, dor de barriga, insônia, ou contato excessivo com o celular.

Após dez meses do início do trabalho da AT, Fernando utilizava regularmente o banheiro sem a necessidade do uso do despertador, tirava a própria roupa durante as idas ao banheiro e, embora ainda não fosse sozinho ao banheiro, entendia quando deveria ir e puxava a AT ou os pais ao banheiro para acompanhá-lo. As brincadeiras, ao longo desses 10 meses de trabalho, também se modificaram e ficaram mais interessantes e vastas. Fernando aprendeu a brincar de esconde-esconde, aumentou o tempo de permanência e a atenção nas atividades pedagógicas, e já não precisava que todas as interações fossem cantaroladas, podiam ser faladas e não eram mais tomadas como uma invasão.

Ao final do trabalho de AT com Fernando a proposta construída em supervisão visava aumentar a autonomia da criança em relação às atividades cotidianas como alimentação, escolha das próprias roupas, se vestir e retirar as roupas para o banho, escovar os dentes e tomar banho. Mesmo após 10 meses de trabalho percebemos que não é possível prever, antecipadamente, o funcionamento de cada dia de Fernando. Embora houvesse atividades a serem desenvolvidas, aprendemos que era imprescindível respeitar os tempos da criança. Se ater a um cronograma prévio e fechado gerava mais desgaste que avanços. Sempre que o quadro piorava a AT voltava para a posição de observar e recolher informações que lhe permitiam ser, novamente, demandada pelo Fernando ao invés de invadi-lo.

Considerações finais

O projeto de pesquisa e extensão “Saúde Mental da Criança e Adolescente”, está em funcionamento desde 2016. Em 2017 Fernando, diagnosticado como TEA, começou a ser atendido no CEAPSI, presencialmente. Em março de 2020, devido à pandemia, os atendimentos presenciais foram suspensos, assim como as atividades escolares. O resultado da interrupção de todas as atividades e isolamento em casa levou Fernando a um agravamento dos seus sintomas. Em janeiro de 2021 foi disponibilizado, pelo projeto, uma AT para atendimento domiciliar à Fernando. O acompanhamento terapêutico domiciliar durou 10 meses e, apesar de grandes dificuldades – marcadas por avanços e recuos, melhoras e pioras – ao final desse período pudemos constatar bons avanços, sobretudo de recuperar as perdas causadas pela pandemia. Se compararmos os dados coletados em janeiro de 2021 com os dados coletados em novembro de 2021 notamos a melhora da tolerância e concentração para as atividades pedagógicas, melhora da interação social com a AT e com as pessoas do bairro (mercado, rua e praça), melhora em relação ao uso regular do banheiro para urinar e defecar, ampliação do número de brincadeiras e jogos, maior autonomia para se vestir, comer e dormir.

A atividade como AT foi importante, não só para Fernando e seus pais, mas também foi de fundamental importância para a formação profissional da discente do curso de psicologia da UFCAT que desempenhou tal atividade por 10 meses. Os materiais de estudo e supervisões oferecidos pelo projeto foram indispensáveis para a qualidade das atividades exercidas.

Um dos maiores desafios enfrentados durante os atendimentos realizados pela AT foi a angústia e frustração diante da lentidão e da aparente volatilidade dos resultados. Semanas de grandes progressos eram acompanhadas de semanas de grandes pioras, levando a um sentimento de desalento e cansaço da AT. Foi necessário perceber que as intervenções e

programações precisam respeitar os tempos da criança e as características da borda autística. A borda autística existe como consequência do esforço do sujeito autista de se defender do mundo externo. Com esse fim, o autista dedica-se à criação de uma borda que separe seu mundo interno tranquilizante e controlado do mundo externo caótico e incompreensível. “A borda autística é uma formação protetora contra o Outro real ameaçador” (Maleval, 2017, p. 126). Percebemos tal barreira, chamada pela psicanálise lacaniana de borda autística, a partir de algumas manifestações do sujeito autista como movimentos rítmicos, sacudidas, pressões sobre os olhos, movimento com as mãos etc. Essas manifestações são recursos do sujeito para manter uma separação entre sua realidade perceptiva e o mundo exterior, sobretudo quando esse mundo exterior se faz demasiado insistente. Quando tentamos furar, de modo muito rápido e abrupto, essa borda, a criança piora, tem crises de angústia, acentua suas manifestações, nomeadas acima de sintomas autísticos.

A partir desse embasamento teórico é que a AT foi orientada a recuar ao invés de insistir nas intervenções durante os momentos de crise e a encontrar formas de compreender e furar, calmamente, a borda autística. A borda é composta por três elementos: objetos autísticos, ilhas de interesses e o duplo. No presente relato de experiência se demonstrou o uso do duplo, através da caixa de som portátil, das músicas infantis e do cantarolar as propostas de intervenção para o Fernando.

Como resultado da pandemia notamos o aumento da procura pelo trabalho do AT não só para o contexto domiciliar mas para o espaço escolar. Entretanto, esse trabalho não é economicamente acessível a todas as famílias com sujeitos TEA do Brasil. A partir da demonstração de como esse serviço de AT pode ajudar na recuperação dos quadros agravados pela pandemia, recomendamos que este trabalho possa ser contemplado pelas políticas públicas de saúde para que possam ser oferecidos para todas as famílias TEA do território nacional.

Referências

- Alberti, S., Teixeira, L. C., Beteille, I. M., Rodrigues, S. W. D., & Martinez, C. R. B. (2017). O Acompanhamento Terapêutico e a psicanálise: Pequeno histórico e caso clínico. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 20(1), 128-141. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n1p128.9>
- Associação Americana de Psiquiatria. (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5. ed). Associação Americana de Psiquiatria.

- Barroso, S. B. (2019). O autismo para a psicanálise: Da concepção clássica à contemporânea. *Psicologia em Revista*, 25(3), 1231-1247. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n3p1231-1247>
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2006). Acompanhamento Terapêutico: A clínica vai às ruas. *Jornal de Psicologia*, 148, 04-05. https://www.crpsp.org/uploads/impresso/754/mfH8AznlfCBQT_CRylQH64-SK0n7bqFH.pdf
- Estevão, I. R., & Metzger, C. (2015). Acompanhamento terapêutico: Tática, estratégia e política. *A peste*, 7(2), 69-79. <https://revistas.pucsp.br/index.php/a peste/article/view/30483/21090>
- Ferreira, R. W. G., & Rocha, J. S. (2019). Autismo: Um relato psicanalítico de experiência. *Revista Debates Insubmissos*, 2(6), 72-92. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/debatesinsubmissos/article/download/241410/33164>
- Maleval, J. C. (2018). Da estrutura autista. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 13(26), 4-38. http://www.isepol.com/asephallus/numero_26/pdf/2_conferencia_jean_claude_maleval_portugues.pdf
- Maleval, J. C. (2017). *O Autista e a sua Voz*. Blucher.
- Ribeiro, A. M. (2009). A ideia de referência: O acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 77-83. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000100010>
- Silva, S. S. (2018). *Autismo: A questão estrutural e suas implicações na clínica* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São João Del-Rei]. <https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/ppgpsi/Beatriz.pdf>
- Tosta, M. C. F., Farias, J. C. S., & Costa, C. L. (2022). Impacto da COVID-19 no mundo do trabalho de mulheres em Goiás. *Brazilian Journal of Development*, 8(2), 14148-14166. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n2-374>
- Vasconcelos, F. P., & Ferreira, R. W. G. (2021). O sujeito diante da tragédia: o tagarelar e o mutismo. *Perspectivas em Psicologia*, 25(1), 23-45. <https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasem psicologia/article/view/57346>