

A dependência ativa da criança autista: sobre cuidados e singularidades¹

Leonardo Carbonieri Campoy (PPGSA/RJ² e PUC/PR)

Palavras-chave: Autismo; Infância; Cuidado.

Introdução

Entre 2013 e 2015, em uma cidade de grande porte do Brasil, acompanhei uma neuropediatra diagnosticando crianças como autistas e indicando tratamentos e orientações para suas famílias. Essa médica, em seu ano final de residência – o quarto ano, já que essa especialidade é cumprida em dois anos iniciais de pediatria e os dois últimos em neuropediatria – conseguiu articular a criação de um ambulatório especificamente voltado para crianças autistas no centro de neuropediatria do hospital de uma universidade pública da cidade. Um projeto voluntário para o qual ela dedicava uma tarde da semana e que, mesmo depois de terminar a residência, continuou liderando. Conhecendo-a fortuitamente, nesses acasos que cruzam vida e campo na trajetória do etnógrafo, fui plenamente aceito dentro do consultório para participar dos atendimentos. Quando a família entrava na sala e se deparava comigo pela primeira vez, ela explicava minha presença, um antropólogo fazendo sua pesquisa de doutorado, e perguntava se aceitavam minha participação na consulta de seus filhos. Nenhuma família negou minha presença. Assim, considerando que acompanhei as consultas por 24 meses, algo em torno de 96 semanas, em uma média de 8 consultas por dia, participei de mais ou menos 768 atendimentos distribuídos entre os mais ou menos 150 diagnosticados que retornavam de 3 em 3 meses e aqueles que voltavam depois de períodos mais longos. A grande maioria das crianças já era atendida antes da minha chegada. Pude assistir, no entanto, as 10 primeiras consultas de crianças que vieram a se tornar pacientes periódicos. Por meio dessas experiências, elaborei os três casos a seguir, compostos por trechos dos cadernos de campo brevemente alterados. Em conjunto, esses casos permitem visualizar um cadinho de como o cotidiano das

¹ Trabalho apresentado na 30ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 03 e 06 de agosto de 2016, João Pessoa/PB.

² Essa pesquisa contou com financiamento provido pela FAPERJ.

consultas se armava assim como oferecem um ponto de partida etnográfico para os argumentos que desejo postular.

A “aborrescência” chegou

O menino está quase fazendo oito anos e, mais ou menos aos três, foi diagnosticado como autista. Em consultas anteriores – essa é a terceira que acompanho – a doutora me contou que o parto dele foi prematuro e cheio de complicações, sem entrar em muitos detalhes, mas afirmando que sua fenda palatina, popularmente chamada de lábio leporino, era uma consequência. Ele não fala, ou melhor, não usa a língua portuguesa, de maneira nítida para um estranho como eu, como expressão verbal, usa fralda 24/7 e apresenta uma série de estereotípias, como o ir-e-vir constante do tronco e o ato de morder o lado contrário da palma da mão. Em suma, um menino com autismo, na terminologia corrente dos profissionais de saúde que lidam com essa condição, severo. A mãe, uma ex-profissional liberal que abriu mão do trabalho para se dedicar totalmente ao filho, é uma mulher que aparenta estar com mais ou menos quarenta anos e é descrita pela doutora como uma das mais dispostas e dedicadas ao filho daquelas que frequentam o ambulatório. Para ilustrar essa postura atuante da mãe, contou-me que a criança virou paciente de um jeito bastante inusitado: uma das secretárias do centro lhe contou que, “lá na cidade onde ela mora” – região metropolitana – “uma mãe ligou para a rádio pedindo que divulgassem que seu filho tinha sido diagnosticado como autista e ela não sabia o que fazer...a mãe estava pedindo ajuda pela rádio”. “Você pode ajudar? Vamos ligar para a rádio e pegar o telefone dessa mãe?”, a secretária teria pedido para a doutora. Feitas as ligações, a mãe foi até o centro e seu filho se tornou uma das primeiras crianças do ambulatório. O menino lança à mãe aquilo que me parece um grunhido, “órngrunnnbluntrun”, ela responde “não, a gente não vai embora agora, daqui a pouco, acabamos de chegar” e ele sossega, abaixa a cabeça e vai brincar com os brinquedos ou perambular pela sala enquanto a mãe fala com a doutora. Ele esguicha sons esganiçados pela boca, “ihnihnihnééé”, ela devolve segura e direta, “para de manha, teu carrinho ficou em casa, você sabe disso, lá em casa você brinca com ele” e ele para de reclamar e volta a brincar com o que está disponível no consultório. Enquanto esse diálogo entre os dois se passava, a mãe vira para a doutora e comenta que “ele anda rabugento nesses últimos meses, tá reclamando de tudo, tenta se afastar de mim, perdeu aquele carinho

todo quando pegava na escola, tenta me desobedecer...tenta né, porque eu já ponho ele no eixo...sabe o que eu tô sentindo doutora, parece que ele tá dando uma de adolescente”. À impressão materna, a doutora vai para o tapete de brinquedos ao encontro do menino e, ao mesmo tempo, lança perguntas para a mãe para aprofundar o histórico da criança nos últimos meses. E assim vai por uns 20 minutos, como a doutora quase sempre fazia em todas as consultas com todas as famílias, se relacionando com a criança no tapete de brinquedos enquanto fala com a mãe: como ele tá na escola? O que as professoras falam do comportamento dele em sala?, enquanto oferece um boneco de plástico duro, verde-fosforescente, de um dinossauro risonho para o menino. Enquanto ele morde a orelha do dino, a mãe responde que na escola tá tudo bem, nenhuma reclamação, nada anormal. E o sono? Tá pior, acordando de noite, mas nada demais. E a comida? Normal. Ele, agora, bate o Sr. Batata em uma mesa lúdica de jantar, soltando, num tom alto e nasalado, um “énénénénénénéné”, a doutora passa a mão em suas costas e ele abruptamente afasta, jogando o braço esquerdo contra o dela. E a medicação, continua com a mesma dose em todos? Aham, o de sempre, mas será que a gente pode aumentar a Risperidona? Tô achando que pode ser uma boa. A doutora olha para ela, ainda sentada no tapete, ao lado do menino, e diz que “olha, não acho que seja necessário” e continua: “sabe o que eu acho? Ele tá crescendo, só isso. Tá com oito anos praticamente, é normal que ele fique assim, menos dengoso e carinhoso, tá ficando adolescente, quer sua independência e isso significa se afastar de você, mudar o jeito que ele se comporta com você. Vamos ficar de olho, pode ser que não, que o autismo dele esteja se agravando, mas acho difícil porque não aconteceu nada de diferente na rotina dele, não é mesmo? Então não tem razão. Você tá certa, ele não tá dando uma de adolescente, ele tá ficando adolescente, isso aqui é aborrecência, mais nada, fica tranquila”.

Um tímido caipira

Esse menino vem junto com o pai de uma cidade distante uns 140 quilômetros daqui. As consultas acontecem nas quartas e o pai conta que, no sábado, ele já começa a falar que nessa semana vai ver a doutora. Na terça de noite, o menino prepara a mala dos dois. Põe a roupa sobressalente, salgados e bebidas para o lanche, assim como viu seu pai fazer nas primeiras vezes. Acorda cedinho na quarta, se arruma por conta própria e, depois de dar tchau pra mãe que sai para o trabalho, professora na rede municipal,

vai com o pai para o rodoviária, não sem antes garantir que estão levando seus cadernos e tarefas escolares para a doutora ver. Vem tranquilo na viagem, descem e vão direto para o centro. Alegre, risonho, organizado, calmo e brincalhão são os adjetivos que o pai usa para predicar o filho em casa.

É difícil acreditar no pai quando se observa o menino no consultório. A animada expectativa relatada contradiz um comportamento acabrunhado de um menino que, em todas as ocasiões em que o vi, senta-se entre o pai e a doutora, bota a cabeça pra baixo e raramente sussurra palavras. Dessa vez, a segunda, o pai falou algumas vezes, “dá oi pro tio, lembra dele? Ele tava aqui da última vez, dá oi pra ele, vai lá dá um aperto de mão”. Em um movimento instantâneo, ele levantou a cabeça, olhou para o pai com cara de bravo e a virou pra baixo novamente. Olhando pra mim, o pai fala que “não adianta, é sempre assim, aqui, na escola, ele vira um caipira, quietão, tímido, não olha e não fala com quem não conhece”. Eu devolvo rápido – logo nos primeiros meses, senti-me bastante confortável para conversar com os pais e os pacientes durante as consultas – perguntando se ele achava que o menino era assim porque é autista. “Nada”, responde ele, “super expansivo em casa e fora é um caipira, fala, dá risada, brinca comigo e com a mãe dele, mas com quem não conhece vira uma pedra”. A doutora, que passava em revista os cadernos e atividades escolares do menino enquanto conversávamos, falou nesse momento que “é o jeitão dele mesmo, ele é assim, mais reservado, tem criança que se abre toda, tem criança que é mais na dela, ele é assim, tímido, como toda pessoa tímida”. Quando a consulta acabou, depois de uns 40 minutos, perguntei à doutora se essa timidez em espaços públicos não poderia estar relacionada ao autismo. Ela falou que, “tá, por um lado, ele até pode ter mais dificuldade de se expressar com estranhos em razão do autismo, mas o caso dele é leve, fala normalmente, escreve, frequenta escola normal, é alegre em casa, não toma remédio...eu não vejo essa timidez como produto do autismo, mas como sua personalidade e como algo relativamente comum em muitas crianças...e isso é muito importante, porque muita gente vê essa criança assim, quietona, sabe que ele é autista e aí acredita naquela história de que autista tem problemas de relacionamento social...o déficit de socialização é sim um sintoma do autismo, mas não é uma marca de todo o autista, como você vê aqui, tem autista de todo jeito, tem que saber perceber que o autista é uma pessoa, meu deus do céu, que ele tem uma personalidade como todos nós temos...o autismo não apaga a pessoa, ele se mistura com seu jeito de ser e com a

etapa de desenvolvimento em que se encontra, se é bebê, primeira infância, adolescente, adulto...o autismo de cada pessoa é único porque essa pessoa é única”.

O elefante voador

Logo nas primeiras semanas assistindo as consultas, entendi que expressões como “atormentados” e “avessos ao toque do outro”, bastante utilizadas para classificar os autistas de acordo com certo senso comum, não são adequadas para descrever essas crianças. Muitas das que frequentam o consultório se comportam de uma maneira que certamente pode ser entendida como tranquila e alegre. Quietas, flanam pela sala rindo, sabe-se lá do que, mas aparentemente calmas e rindo. E deixam-se tocar e parecem adorar tocar nos outros, nos familiares principalmente, mas sem hesitar, sobem no colo da doutora e no meu, abraçam-na muito e passam a mão no meu rosto. “Doçura e pureza” são adjetivos muito utilizados pelas famílias e pela doutora para se referir a essas crianças. Contudo, por outro lado, o comportamento de algumas poucas crianças que frequentam o ambulatório é tão ríspido que, se a perspectiva do observador não estiver minimamente calcada na empatia, se sua razão se deter ali, no que a criança está fazendo a sua frente, sem questionar os valores que guiam suas próprias impressões, entende-se essa espécie de erro metonímico que generaliza um suposto estado de “tormento” a todos os autistas. Esse menino é uma dessas poucas crianças.

Assim como na outra consulta dele que observei, entra espevitado, desvencilhando-se dos braços da mãe que pareciam empurrá-lo para dentro da sala, e anda para lá e para cá em um passo apressado, ora bufando, ora soltando sons guturais semelhantes aqueles que se faz quando se quer imitar um rugido, rááááá, rááááá. Com 9 anos e marcado pela etiqueta de “sem fala desenvolvida”, ele logo chega ao tapete de brinquedos chutando carrinhos, castelinhos, aviõezinhos e a mesa de jantar lúdica. Enquanto a mãe, a única acompanhante, senta e a doutora chama o menino pelo nome, reclamando sua atenção sem sucesso, ele, sem cerimônias, junta um elefante – grande, estilo Dumbo, de orelhas amarelas e corpo vermelho, com o qual brinca-se encontrando as peças que adequadamente passam pelos buracos geométricos vazados em sua barriga – do chão, arremessa na parede e rááááá, rááááá. As duas se olham, olho para as duas e nenhum dos três age para conter o menino, a não ser os pedidos de

calma da mãe. Lá vai o elefante para a parede mais uma vez, rááááá, rááááá, e o ciclo de andar apressado pela sala, chutar brinquedos, bufar e rááááá começa novamente.

Na primeira consulta dele, fiquei assustado e não entendia como não se tentou conter aquela criança. Mãe e doutora simplesmente conversaram, em um tom bem acima do normal, com o menino se comportando dessa maneira. Assim que eles saíram da sala, perguntei à doutora o que estava acontecendo com ele. A impressão era a de que estava nitidamente sofrendo e nada estava sendo feito pelo seu cuidado. “Não é bem assim”, a doutora falou, “ele tá sofrendo sim, mas não é de dor, como se tivesse algo doendo e a gente está sendo omissa, ele é hipersensitivo e o sensorio é um dos principais, se não o principal, sintoma do autismo...as sensações dele são muito aguçadas, muito sensíveis, e a integração sensorial, a coordenação de todas as sensações, fica bastante abalada...então, veja, a cognição dele é ótima, esse menino tem uma mente tão ou mais capaz para alguém da idade dele, o problema é o corpo, o sensorio. Aí o que acontece, fora de ambientes familiares, como o limiar de controle da frustração dele é baixo, fora do cotidiano dele, essa integração sensorial ruim se manifesta desse jeito, com ele virando esse furação que você viu...esse é o jeito dele dizer que está incomodado, querendo ir embora. Esse problema só se resolve com terapias e muita atenção e intervenção da família no cotidiano do menino...então, assim, o pior que se pode fazer nessas situações, de crise sensorial, é conter ele, segurar, deter...de certa maneira, ele sabe que tá errado agir assim, e se a gente segura ele nessas horas, ele se sente mais punido do que ajudado”. Em suma, para a doutora, esse menino é um ilustrativo caso do autismo tal como entendido contemporaneamente, isto é, uma mente cognitiva “normal” enredada em um corpo “patológico”.

Nessa segunda consulta, lembrando das palavras da doutora, quem não se conteve fui eu. Incomodado com o que me pareceu ser passividade da mãe, entendendo a relativa impossibilidade de ação por parte da doutora e bastante irritado com aquele cenário – duas mulheres tentando conversar racionalmente sobre os últimos meses de uma criança que estava ali, do lado, executando uma espécie de ópera punk com garganta, pés, pernas, mãos e braços tocando diferentes melodias caóticas –, deixei meu caderno de lado, levantei e fui até ele. Como as duas me olharam aparentemente sem dar muita importância ao que estava fazendo, continuei. O que passou pela minha cabeça, de maneira bastante automática, foi: “vou entrar na onda desse cara”. Envolvi meus braços por sua cintura e o levantei, assim, do nada. Ele riu, mecanicamente deixando de gritar e bufar. Fiz de novo, de novo e de novo. Ele fez menção de querer mais...ah,

silêncio, lindo e belo silêncio cortado somente pelas vozes das duas mulheres. Botei ele na minha nuca, de pernas abertas, como se estivéssemos em um show, e o mexia para lá e para cá, pulava com ele, e ele ria baixinho. Abri a porta, com ele montado no meu cangote, e saímos galopando pelo centro, uma enorme casa cheia de escadas, pátios e salas. Corri, pulei e sacolejei com ele enquanto vasculhávamos o edifício. Topamos com outras crianças, pais assustados conosco, médicos e funcionárias que nos olhavam com estranheza...mas ele estava rindo e gostando. Perdi a consulta, não faço a mínima ideia do que as duas conversaram dessa vez. Também não faço a mínima ideia se o ajudei a encontrar a tal da integração sensorial. Mas, além de ter me exercitado um tanto, senti que ele gostou. Parou de bufar, de gritar e riu. Pra mim, isso significa que gostou. Depois de o devolver pra mãe, já na porta de saída do centro, voltei pra sala e a doutora, antes de sair pra chamar a próxima família que já esperava sua consulta, falou: “ah, obrigado, não aguentava mais essa gritaria...você tem que brincar mais com as crianças, elas gostam”.

Desenvolvimento

Em um momento em que os saberes especializados na saúde mental estão fortemente orientados pelo paradigma molecular (Shorter, 1997; Ortega, 2008a; Rose e Abi-Rached, 2013), o diagnóstico de autismo, no Brasil e mesmo nos países do norte da América e na Europa ocidental, é exclusivamente estabelecido pela clínica. Os diversos estudos cerebrais sobre o autismo – que disputam a determinação do gene, ou do conjunto de genes, ou da mutação genética, ou dos neurotransmissores, ou ainda, dos desequilíbrios entre neurotransmissores como marco de origem dessa patologia (Solomon, 2013, p. 264-347) – não se desdobraram em exames propriamente tecnológicos que indicariam essa condição no corpo de uma criança específica. Em termos práticos, o diagnóstico – essa espécie de ritual que transforma as dúvidas e angústias dos pais e familiares, “tem alguma coisa errada com essa criança”, em uma categoria patológica-identitária bastante precisa – é executado por um especialista socialmente legitimado, o médico, que supostamente se baseia no relato das famílias sobre o histórico da criança e na observação do comportamento dela para dizer se é ou não é autista. Alguns exames até ajudam a eliminar outros fatores que poderiam ser causas dos “problemas” – eletroencefalograma, para a epilepsia, ressonância magnética do crânio, para tumores ou outras anomalias na formação do cérebro que poderiam ter

sido causadas por adversidades no parto, cariótipo, para doenças cromossômicas, e até mesmo exames de sangue, endoscopia e colonoscopia, já que muitos dos casos suspeitos de autismo são acompanhados de problemas alimentares em geral –, assim como vários testes cognitivos e comportamentais, produzindo quantificações e qualificações dos processamentos mentais dos meninos e meninas suspeitos, permitem que o médico descarte demências mentais diversas, como de QI, de coordenação motora fina e muitos testes desenvolvidos pela psicopedagogia que estabelecem escalas para determinar a idade mental dos indivíduos, por exemplo. Todavia, ainda assim, a ação fundamental que coloca ou retira a criança do mundo dos autistas é a clínica da observação e da consideração do histórico dos pequenos.

Se o autismo, ao longo de sua curta história nosológica, foi esvaziado de sua carga psicanalítica originária³, por outro lado, ele não foi completamente alocado no corpo, naquele processo que Foucault (2011) denomina de espacialização da doença como marco fundante da medicina moderna. Mesmo que seu endereço tenha se tornado mais físico, saindo das brumas psicóticas da psique para habitar toda a envergadura material do cérebro e do sistema nervoso em geral, nenhuma tecnologia conseguiu encontrá-lo efetivamente, nenhum exame soube vê-lo nitidamente, seja por lentes microscópicas, imagens magnéticas ou binômios digitais. Assim, o autismo guarda o estatuto de doença, para usar outra expressão de Foucault (Idem, p. 163-190), invisível visível. Patologia oculta que ataca as redes sinápticas dos neurotransmissores e toda a eletricidade dos nervos, muitas vezes sintomaticamente refletindo seu mal em outros sistemas, como o digestivo, mas que se escancara explicitamente em uma criança “com problemas” no que os médicos entendem por comunicação, socialização e sensibilidade e, mais ainda, na fundação sociológica de uma categoria que dispara surgimentos de organizações de pais, de profissionais da saúde especializados em seu tratamento, em cursos e palestras para familiares, em um mercado editorial de relatos autobiográficos e também, por quê não, em pesquisas de antropologia⁴. O médico, portanto, é peça nevrálgica nesse mecanismo de explicitação, já que é ele que visualiza o autismo na criança e, assim, desfecha o tiro de saída para a *raison d'être* das relações sociais

³ Por mais que o autismo ainda seja tema de disputa entre uma psiquiatria mais psicanalítica e outra mais cerebral, atualmente, o lugar da primeira é de dominado e da segunda, de dominante. A troca de lugares de poder entre essas duas formas de entender e praticar a psiquiatria marcou profundamente a história de todas as categorias patológicas próprias dessa especialidade da medicina. Sobre essa transformação no caso do autismo, ver Lima, 2010. Para uma etnografia que compara a abordagem comportamental, portanto mais cerebral, com outra psicanalítica, ver López, 2012.

⁴ Sobre os efeitos criadores de relações sociais das categorias patológicas, ver Hacking, 1999, p. 100-124.

formuladas em torno dessa condição. Essa explicitação e esse tiro, em um termo menos conotativo, é o diagnóstico.

Em parte pelos constrangimentos burocráticos impostos pela obrigação de aprovação nos comitês de ética⁵, em outra pela força marcante que as concepções nativas de privacidade e de intimidade tem na realidade das consultas médicas, são raras as etnografias feitas dentro dos consultórios. Encontram-se alguns estudos realizados em hospitais, pesquisas feitas com organizações e associações de familiares, pais e pacientes e uma vasta gama de abordagens críticas da literatura médica e toda sorte de textos e manifestações verbais voltados a uma doença específica publicados na internet, mas, por outro lado, é difícil de ter em mãos etnografias que descrevem a análise médicos se relacionando com pacientes e familiares no momento da consulta, nesse momento crítico em que o diagnóstico é atuado, ainda mais observando diferentes encontros entre eles durante um período relativamente longo de tempo. Com essa escassez de etnografias de consultas, perde-se a oportunidade de perceber a rica diversidade das relações entre médicos e pacientes, que certamente variam de acordo com as especificidades da doença, dos médicos, dos pacientes, dos locais e das temporalidades, e o que é mais grave, tende-se a entender que a realidade das doenças pode ser exclusivamente explicada pelos textos especializados, como se aquilo que se diz sobre uma condição patológica desse conta das práticas que realizam-na em meio às múltiplas dimensões da vida. Sem pesquisas etnografias das consultas em ação, corre-se o risco de confundir texto com contexto e regras com práticas, cometendo o erro metonímico de tomar a doença tal como é pensada pela vida como é vivida. Assim, pode parecer que as classificações, ordenações e distinções produzidas por pensamentos sobre a doença, que seja lá qual for a lógica tomada sempre conferem alguma inteligibilidade representacional acerca da patologia, explicam de fato as misturas bagunçadas de múltiplas condições, possibilidades e escolhas, sempre práticas, materiais e intelectuais a um só tempo, que comumente chama-se de vida.

A pesquisa de Hart (2014) oferece uma perfeita ilustração do argumento. Interessado em entender como as compreensões sobre o que o autismo significa mudam ao longo do tempo, o autor empreendeu uma etnografia com famílias de diagnosticados e cruzou seus achados com os termos das acirradas disputas entre proponentes da

⁵ Sobre o impacto dos comitês de ética nas pesquisas antropológicas brasileiras, bem como para uma crítica à imposição da lógica burocrática das ciências da saúde sobre os trabalhos feitos a partir das perspectivas das ciências sociais, ver Sarti e Duarte, 2013.

neurodiversidade e pais organizados em associações. Em resumo, tais controvérsias giram em torno de, de um lado, o movimento da neurodiversidade⁶ advogando que o autismo não é uma patologia, mas uma identidade. Estabelecendo uma distinção entre neurotípicos – nós, os “normais” – e neuroatípicos – eles, os autistas –, os defensores da neurodiversidade, quase todos, para usar a terminologia nativa, de “alto funcionamento” ou aspergers, afirmam que o autismo é uma diferença qualificada pela formação de redes neuronais raras na espécie humana que não guarda absolutamente nada de patológico. Assim, são contra financiamentos estatais e pesquisas científicas voltados para a cura do autismo e, também, contra terapias que, em seus entendimentos, seriam normalizantes, disciplinando as diferenças autistas em moldes socialmente padronizados e aceitos, como a ABA⁷. De outro lado, pais e familiares – em sua radical maioria de autistas de “baixo funcionamento”, os severamente prejudicados – organizados em associações que, diante da ascensão do movimento da neurodiversidade, devolveram argumentando que é fácil tratar o autismo como uma identidade não-patológica sabendo falar aos quinze anos e sem usar fraldas aos nove. Para esses pais e familiares o autismo é sim uma patologia que deve receber toda a atenção financeira, científica e terapêutica possível para ser erradicada e, portanto, o movimento da neurodiversidade estaria prestando um desserviço a suas causas. Hart, por sua vez, percebeu que, para as famílias com quem estudou, as disputas entre o autismo-como-identidade e o autismo-como-doença, muito presentes na arena pública dos Estados Unidos, pouco ou quase nada importam. Tornar-se “normal”, curar o autismo e até mesmo o autismo em si são categorias distantes da lida cotidiana com as crianças. Sustentando sua análise no conceito de práticas do dia-a-dia, de Veena Das, o autor postula que, para as famílias, o que importa é se comunicar com as crianças e ajudá-las a viver com os corpos que têm no mundo em que vivem. Assim, todas as terapias disponíveis, principalmente a ABA, passam por uma, nos termos do autor, ‘tradução radical’ nas ações dos pais com suas crianças para que se crie um, novamente, nas palavras de Hart, ‘ambiente prostético’, isto é, uma relação pais-crianças-mundo, permeada por instrumentos comunicativos e comportamentais próprios, por meio da qual os pequenos conseguem, a sua maneira, viver com suas famílias nos contextos que lhes concernem (Idem, p. 288).

⁶ Para uma história e análise crítica do movimento da neurodiversidade dentro do mundo do autismo, ver Ortega, 2008b.

⁷ *Applied Behavior Analysis*, ou análise do comportamento aplicada, terapia comportamental desenvolvida nos Estados Unidos na década de 1970, largamente indicada pelos médicos e utilizada pelas famílias no mundo do autismo, Brasil *included*.

Assim como Hart afirma que as práticas familiares da doença são diferentes daquilo que as narrativas públicas sugerem, as incursões nas consultas da neuropediatria permitem postular que a clínica articula um autismo ontologicamente distinto⁸ daquele apresentado pelas definições teóricas e científicas. Se as afirmações de Hart são sustentadas em uma etnografia das práticas terapêuticas nas famílias, os postulados da pesquisa aqui exposta se baseiam em percepções de campo acerca das ações clínicas envolvidas nas atividades de diagnóstico e tratamento do autismo. Se Hart explora as consequências analíticas dessas diferenças para a história social do autismo, quero investir nas suas implicações para uma antropologia da criança. Vejamos.

Pode-se afirmar que, de acordo com a perspectiva das ciências humanas, o processo de ‘cerebralização’ das doenças mentais – a virada fisicalista, de acordo com Duarte (1994, 1998a, 1998b), a emergência do sujeito cerebral, para Ortega (2008a), ou a ascensão da psiquiatria biológica, em Russo e Venâncio (2006) – gerou duas consequências muito impactantes no modo como se lida e se concebe o sujeito diagnosticado. Primeiro, uma vez que a doença não é mais produto da constituição psicodinâmica e sim da formação e/ou do funcionamento cerebral, seu caráter deixa de ser individual para ser universal. A doença mental, agora, se inscreve naquela dimensão destituída de variações espaciais, temporais e individuais que emergiu com a racionalização científica da modernidade, a natureza, tornando-se tão universal quanto as leis newtonianas da física. Como resultado, segundo, os diagnosticados foram esvaziados de suas histórias de vida e de suas realidades sociais e culturais. Já que a doença, que outrora se armava na psique, é gerada em mutações genéticas e manifestada em desarranjos sinápticos e desequilíbrios dos neurotransmissores, o indivíduo não só foi destituído de suas responsabilidades – administrando Prozac ao invés de se imbuir nas extenuantes rememorações psicanalíticas – como teve também sua particularidade histórica, social e cultural, essas que os cientistas sociais estudam, deposta.

O argumento não é negar a validade empírica dessas consequências. A ‘cerebralização’ das doenças mentais é bastante factível quando se considera os efeitos

⁸ Empréstimo a expressão distinção ontológica de Mol (2002). Por meio de uma etnografia da arteriosclerose em um hospital holandês, a autora argumenta que a doença é praticada em uma coordenação que traduz as diferenças de registros, isto é, se a doença é ontologicamente distinta nos manuais anatomopatológicos, nos laboratórios, nas consultas, nas campanhas públicas de conscientização e nas famílias, as práticas envolvidas nos cuidados com a doença são traduções que coordenam a fundação de um só corpo. Daí o título de sua obra, *The body multiple*, um corpo multiplicado em diferentes instâncias ontológicas. Sigo a autora em meu escrutínio do autismo, entendendo que, por mais distintos que sejam os registros da teoria e da clínica, na prática, o autismo é vivenciado como uma só doença. No entanto, uma só doença que varia de acordo com as singularidades de cada criança.

perniciosos da indústria farmacêutica em aliança com a psiquiatria contemporânea naquilo que se convencionou denominar de medicalização da vida por meio da patologização de qualquer sentimento negativo, como a tristeza, ou ocasião disruptiva, como a morte de um querido (Azize, 2010). O problema está quando, sem descrição etnográfica alguma, assume-se que tudo o que o médico faz na prática clínica é, em uma *vibe* disciplinadora e normalizante, impor a lógica cerebral e o regime de ingestão de medicamentos “tarja preta” em corpos dóceis.

Nas jornadas de consultas da neuropediatra que acompanhei, enquanto esperávamos a chegada da próxima família ou quando uma delas faltava sem avisar previamente, conversávamos muito sobre autismo, medicina, antropologia, religião, escola e outros assuntos. Em várias dessas ocasiões, lançava diretamente a pergunta dessa pesquisa para ela – como você diagnostica o autismo em uma criança? – com o intuito de ter em mãos sua narrativa para comparar com minhas observações de suas ações. Suas respostas invariavelmente começavam delineando os grupos de sintomas do autismo, déficit de comunicação e de interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento. Contudo, depois de abrir sua narrativa com esse período, esboçando-o por meio de uma menção ao DSM⁹ ou ilustrando-o com exemplos práticos, jogava uma conjunção adversativa em sua prosa e continuava dizendo que “mas todo o trabalho está em identificar esses sintomas na criança e ter certeza que sua causa é o autismo, porque, como você está vendo aqui, verificar se a criança fala ou não fala, se ela ainda está na fralda ou se não estabelece contato visual com os pais é só o começo, tem criança que não fala aos 3 anos porque tem retardo mental e não autismo, tem criança que teve sérios problemas no parto e apresenta consequências até os 5 que podem ser confundidas com autismo, tem pais de primeira viagem que são superprotetores e não deixam os filhos receber estímulos, e a criança precisa de estímulos para andar e falar, pra tudo na verdade, então é só mesmo na interação com a criança que dá pra eliminar todos os fatores e chegar no diagnóstico, brincando com ela e observando seu comportamento, e no histórico que os pais me passam, que é tão importante quanto”.

⁹ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais é, a um só tempo, um catálogo e um protocolo de orientação para o diagnóstico de doenças mentais elaborado pela Associação de Psiquiatria Americana. Publicado pela primeira vez em 1952, está em sua quinta edição, lançada em 2013. Nessa (2014), o autismo – oficialmente, o “Transtorno do Espectro do Autismo”, englobando em um só diagnóstico o que era, na quarta edição, quatro: Autismo Infantil, Síndrome de Asperger, Transtorno Desintegrativo e Autismo Atípico – é descrito exatamente como a doutora começava seu discurso.

Seu discurso reflete exatamente sua prática clínica. Com as crianças de quem participei das primeiras consultas, a doutora chegou a ficar mais de duas horas “interagindo”. Usando um tom de voz mais leve e falando daquele modo com que adultos falam com crianças, ela sentava no tapete e oferecia diversos tipos de brinquedo aos pequenos, observando por qual se interessavam mais e como o manuseavam, se era botando o dinossauro na boca e mordendo, enfileirando os carrinhos em padrões precisos ou batendo o martelinho na vaquinha. Com os que falavam, perguntava a cor de peças geométricas e os nomes dos animais representados em cada dedo de uma luva lúdica, a “luva da fazenda”. Deixava a criança andar ou engatinhar pela sala, pedia para a mãe entregar-lhe a criança de colo e verificava se chorava ou manifestava algum outro tipo de incômodo, botava a criança no colo e apontava a luz do teto ou algum outro objeto brilhante ou de cor viva para observar se chamava-lhe a atenção. Enquanto essa observação comportamental se desenrolava ou depois dela, sentando-se em uma cadeirinha em frente a uma mesinha com folhas e caneta prontas para anotar o que viria, a doutora fazia perguntas à mãe, quase sempre a única acompanhante, ou, quando estava presente, ao pai também sobre a vida daquela criança até o momento da consulta em todos os aspectos possíveis. Como havia sido o parto, como ela tinha se desenvolvido até o momento, como era sua alimentação, se dormia bem, se assistia muita televisão e se ficava no computador, se parecia ter um interesse incomum por certos objetos ou por certas atividades em casa, como dar descarga ou acender e apagar a luz ininterruptamente, se frequentava a escola, normal ou especial, desde quando e o que as professoras achavam dela, e o que os pais achavam da escola e das professoras, qual tinha sido o itinerário médico da criança até aquela consulta, os exames, o que os outros médicos haviam dito, se tomava remédios e em quais doses, se fazia algum tipo de terapia, enfim, uma longa lista de perguntas que eram respondidas em um formato de bate-papo e escrutinizavam o histórico de vida da criança. Depois de todo esse processo, a doutora começava a falar, algumas vezes confirmando o diagnóstico, indicando o grau de severidade, marcando uma nova consulta – estabelecendo, portanto, o vínculo médico-paciente com a família – e, o ponto em que ela mais se detinha, descrevendo o que é o autismo, o que os pais poderiam esperar do futuro daquela criança e, principalmente, salientando que com boas terapias e muita disposição da parte deles, a criança “tem muitas chances de se desenvolver muito bem”. Com outras famílias, pedia que eles retornassem algumas semanas depois para mais observações, mas já oferecendo orientações em relação à escola, terapias e medicamentos, dando receitas

inclusive, e em um caso dizendo que era “muito provável que ele não é autista” e explicando as razões da sua avaliação. Em uma ocasião ou outra, perguntei o que achava e o que sentia desse momento de determinação do diagnóstico para os pais, e ela falou que “tem que ter muito cuidado com o que se diz para eles, eu tento identificar o que eles sabem sobre o autismo e fico pensando como eles reagiriam ao saber que seu filho é autista, porque tem pais que se arrepiam só de ouvir essa palavra, e olha, tem criança que é autista, mas eu não digo para os pais porque, primeiro, é um grau bem leve e, segundo, o fato deles escutarem isso de uma médica pioraria o cuidado deles com a criança, se sentiriam muito culpados, protegeriam demais a criança, então eu nem falo”.



Os arquivos de prontuários da doutora, divididos por idade e sexo. Observe a quantidade muito maior de meninos do que de meninas e a caixa de “outros diagnósticos”, onde são guardados os prontuários de crianças que não tiveram um diagnóstico plenamente determinado.

À falta de protuberâncias anômalas que um gastroenterologista identificaria pelo toque no estômago e um ginecologista no útero, ao menos aqueles que regem seus ofícios mais pelas técnicas da clínica do que pelas tecnologias de exames digitais, sem a

fetidez pungente de gangrenas e inflamações purulentas obviamente notadas pelo olfato de um angiologista ou de um dermatologista, desprovida da nitidez de cabeças infladas, corpos paralisados e olhos amendoados que a visão dos pediatras e dos neurologistas imediatamente associam à hidrocefalia, paralisia cerebral e síndrome de down, nossa neuropediatra articula seu diagnóstico de autismo amparando-se em observações de movimentos e comportamentos e na reflexão sobre relatos das histórias das crianças. Nesse processo parte indutivo, parte dedutivo, ela *discerne* o autismo *na* criança. Tratam-se de exercícios que distinguem prejuízos na fala de uma criação muito protetora que impediu a criança de aprender a falar com os estímulos do ambiente, que divisam a brincadeira espontânea e fantasiosa com animaizinhos vestindo dedos de um comportamento repetitivo e padronizado no enfileiramento de carrinhos, que classificam separadamente a cognição das relações sociais da compreensão das relações sociais, que discriminam sensações que descontrolam das energias da infância e a timidez de um menino particularmente introspectivo de dificuldades de interação social. Mais do que encontrar o autismo, a doutora o *discerne* de outras morbidades, dos estágios etários do desenvolvimento e daquilo que os nativos chamam de personalidade das crianças. Mais ainda, se considerarmos o que se entende por grau de severidade como um predicado em movimento, nossa doutora não só *discerne* o autismo, mas, também, colocando na balança sua idade e sua personalidade, o modo como essa patologia se expressa naquele momento da história da criança, de acordo com a maneira com que os adultos a tratam e com os diferentes contextos em que ela se insere.

Diferentemente do que se poderia supor, por mais molecular, fisicalista, cerebral e biológico que o autismo seja atualmente, sua clínica, ao menos a da nossa doutora, não toma a universalidade da doença como dada, tampouco, como consequência, esvazia a criança de suas histórias e de suas relações. O autismo não é imposto, como que achatando as crianças em um molde atemporal, natural e geral. Antes, ele é *discernido* em meio às singularidades das crianças e se manifesta de acordo com as singularidades das crianças. Se, por meio da análise etnográfica do diagnóstico clínico, percebemos que a criança autista, antes de ser manuseada como tábula rasa – um corpo e uma mente vazios e deficitários que devem ser preenchidos e disciplinados para que ela se torne um agente social sadio e normal – é *discernida* como singular, observando o tratamento notamos que a criança autista também é distinguida como ativa e atuante.

O diagnóstico é só a primeira e mais curta etapa da história do autismo na vida de uma criança. A partir do momento em que o seu autismo é discernido, é preciso

cuidar do seu desenvolvimento. De acordo com as neurociências contemporâneas, o cérebro humano é plástico¹⁰. As conexões sinápticas, e por extensão todo o sistema nervoso, podem ser transformadas por meio de estímulos ambientais adequados ao tipo de alteração desejada. O desenvolvimento de uma criança autista, de acordo com a concepção molecular dessa condição, é realizado por meio dos disparos desses estímulos desejando que os sintomas sejam, já que entende-se que jamais podem ser completamente suprimidos, controlados e/ou amenizados. As terapias voltadas para o autismo e as escolas são entendidas como os estímulos mais efetivos para tanto.

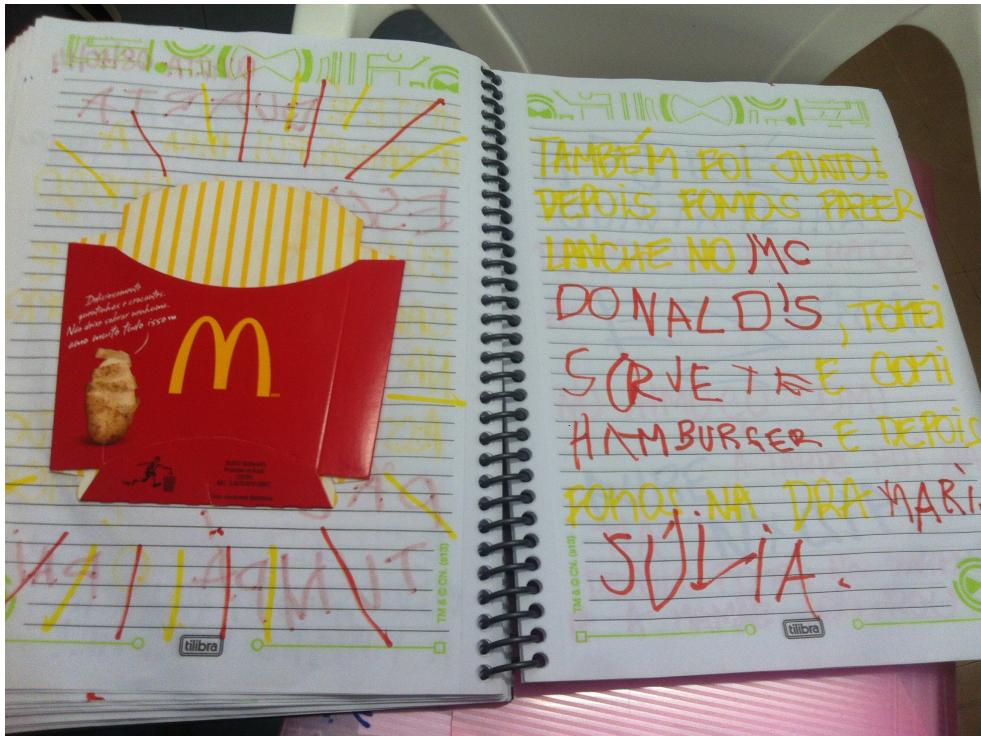
As consultas da doutora, uma vez que a primeira, estabelecendo o diagnóstico, já aconteceu, são basicamente encontros para tratar do desenvolvimento da criança. Conversas sobre as terapias em andamento e sobre outras possíveis terapias, revisões do cotidiano na escola por meio da observação das tarefas e do relato das professoras – que não raro vão elas mesmas nas consultas – e avaliação do progresso geral da criança ocupam quase todo o tempo dos retornos de praticamente todas as famílias que acompanhei¹¹. A palavra que rege essas consultas de orientações de cuidado é intervenção. A terapia ocupacional, por exemplo, interviria permitindo que a criança desenvolva sua integração sensorial em uma ampla sala acolchoada no chão e nas paredes e ocupada por toda sorte de brinquedos atléticos, como cama de bolinha e parede de escalada. Por duas ou três vezes na semana, a criança vai até o local e cumpre uma rotina de atividades nesses brinquedos que, acredita-se, lhe permitiriam coordenar melhor seus sentidos e, assim, ter mais controle sobre seu próprio corpo. Sob a mesma lógica, a escola possibilitaria à criança o desenvolvimento de sua coordenação motora fina, de suas habilidades cognitivas, desde que praticadas por meio de materiais adequados aos autistas, e de sua comunicação social, principalmente quando o colégio frequentado é normal, isto é, para crianças não diagnosticadas, por meio das aberturas que o conceito de inclusão escolar vêm oferecendo. E assim seria com a musicoterapia, equoterapia, hidroterapia, a própria psicologia comportamental, ABA e os diversos outros tipos de terapias cunhados para autistas.

¹⁰ Para uma história do conceito de neuroplasticidade, ver Doidge (2012). Para uma leitura crítica do conceito de neuroplasticidade pelo ponto de vista das ciências humanas, ver Malabou (2008).

¹¹ As consultas também giram em torno dos medicamentos. Apesar de não ser um tópico central para os temas tratados nesse texto, trata-se de um assunto fundamental no mundo do autismo e, por extensão, no consultório da doutora. Os medicamentos, como a Risperidona e a Ritalina, são fartamente consumidos pelas crianças do ambulatório, mas, de acordo com a doutora, eles controlam os sintomas e não tratam o autismo em si. Por isso que ela, consoante ao perfil clínico que venho esboçando aqui, tenta ao máximo diminuir as doses ou recomenda parar com o uso desses medicamentos quando entende que tal medida não vai comprometer o desenvolvimento da criança.

Entretanto, em nossas conversas, a doutora claramente fazia uma distinção entre mães, pais e famílias que são “comprometidos” com o desenvolvimento da criança com aqueles que, na sua avaliação, são mais lenientes com os pequenos. Quando pedia que explicasse melhor essa separação, ela falava que “olha, meu trabalho não vale nada se os pais não se comprometerem, são eles que estão direto com seus filhos e são eles que conhecem seus filhos, então não tem segredo aqui, as terapias e a escola fazem uma intervenção pontual e genérica, o trabalho estendido e específico é feito com os pais nas atividades da família e da casa, porque são eles que sabem como *engajar* as crianças nas atividades, são eles que sabem fazer o dia-a-dia virar uma grande terapia própria para os filhos”. A doutora entende comprometimento não só como disposição para se doar pelo desenvolvimento, mas, sobretudo, de acordo com sua fala, como percepção da singularidade da criança. De fato, sua fala combina com as diferenças das famílias que frequentam o consultório, que suprimo aqui em razão de espaço, na medida em que percebe-se em suas relações com as crianças exatamente aquilo que Hart (2016) observou, uma constante busca pela sintonia do pequeno, procurando adaptar o que aprende em cursos ou o que observa nas terapias, bem como inventar suas próprias atividades, de acordo com as singularidades dos seus rebentos para *engajá-los* no mundo em que vivem. O cuidado assim entendido é um viver com, isto é, se dedicar à vida da criança para que ela se engaje na sua vida de mãe e de pai. Espécie de formulação de um parentesco compartilhado por meio da substância do autismo, não como agente patógeno intergeracional, seja biológico, seja relacional, mas como galvanizador de vidas atuadas uns pelos outros. A criança, portanto, é tão ativa e atuante quanto os pais assim comprometidos com ela. Como a doutora disse certa vez, “não se trata o autismo só de fora para dentro, do mundo para a criança, de dentro da criança para o mundo também”.

Daí os relatos abrindo o texto. Descrevendo situações em que as crianças foram percebidas no momento de mudança etária, em sua personalidade e na manifestação crítica do sintoma sensorial do autismo, respectivamente, eles indicam como elas são reconhecidas no cotidiano prático de uma clínica neuropediátrica especializada no autismo, como sujeitos dotados de história e de individualidade, como pessoas singulares e atuantes em conjunto com os adultos. Como crianças que vivem plena e ativamente suas dependências tanto quanto os adultos vivem e dependem delas. Assim que se diagnostica e se cuida do autismo no sítio dessa etnografia. Lá, esse trabalho também atende pelos pseudônimos de vida e de amor.



Folhas do “caderno de cotidiano” de uma mãe “comprometida”. Ela relata todas as atividades do dia-a-dia, com partes que o pequeno completa, para que ele desenvolva sua memória e sua escrita.

Conclusão

Nas práticas da clínica do autismo, as crianças diagnosticadas são sujeitos singulares e atuantes. O argumento essencial desse texto se contrapõe ao que o imaginário social ocidental supõe acerca da deficiência mental infantil em particular e da infância em geral. À imagem da criança autista como duplamente passiva, pessoa incompleta porque é criança e porque é deficiente, a etnografia da clínica rebate indicando que o cuidado e o desenvolvimento dos diagnosticados só podem ser efetivos se discernirem as singularidades individuais dos pequenos e se eles, por meio do comprometimento dos adultos, forem engajados em intervenções que os transformam.

Portanto, é possível fazer uma antropologia da criança autista que a conceba como sujeito atuante em suas relações porque, na verdade, os próprios adultos que cuidam já tratam-na assim. Nas práticas da doutora, o desenvolvimento só acontece se a criança for atuada como singular e ativa. De outro modo, tratada como passiva, a criança autista se desenvolve como passiva. As mães e os pais comprometidos, por sua vez, além de criarem cotidianos que estimulam a singularidade ativa dos filhos, lutam contra essa visão social de dupla passividade da criança autista. A linha comum que

perpassa as demandas das associações de pais é luta pelo reconhecimento jurídico e prático da completude da personalidade da criança autista, ou seja, do reconhecimento da sua cidadania e, também, da “conscientização social” que faz com que, em um shopping, por exemplo, os comportamentos dos pequenos diagnosticados não sejam entendidos, como uma mãe disse em uma das consultas, como produtos de “um monstro sem controle que não tomou boas palmadas dos pais”. A antropologia da criança autista singular e ativa, então, não vai de encontro aos adultos que vivem com ela, como se o pesquisador estivesse afirmando que os pequenos são sujeitos atuantes e completos apesar de seus adultos. Não se trata de uma crítica aos adultos que cuidam de autistas. Ao contrário, a antropologia da criança autista singular e ativa vai ao encontro dos adultos, etnograficamente acompanhando suas práticas e procurando levar a sério suas palavras. Nesse sentido, trata-se de fazer uma crítica à própria antropologia que, quando aborda um discurso hegemônico do saber ocidental como a biomedicina fisicalista, parece estar interessada quase exclusivamente em desconstrução de poderes e apontamentos de disciplinarizações. Como se fosse uma espécie de luta por reserva de mercado dos objetos que estudamos, a antropologia critica a biomedicina fisicalista por desconsiderar a história, as relações, os símbolos, os rituais e os poderes em nome da matéria inanimada. Quero crer que os argumentos aqui articulados sugerem que, por mais molecular que a biomedicina seja, suas práticas não só não desconsideram as relações como também dependem delas. Afinal, os organismos autistas só se desenvolvem se seus ambientes relacionais forem dispostos para tanto.

Mas é preciso criticar. Em aliança com a clínica biomédica, com os pais de autistas e com a filósofa e mãe de uma deficiente Eva Kittay (1999), é preciso reconhecer que o modelo ocidental de indivíduo é por demais anti-empírico quando associa autonomia com completa independência. De acordo com Kittay, o pensamento e as instituições liberais dominantes no ocidente, ao definir o indivíduo pleno como aquele que racionaliza suas escolhas livre de constrangimentos sociais simplesmente não percebe que absolutamente todas as pessoas dependem, de algum modo, de outras pessoas. É preciso uma antropologia das pessoas enquadradas por esse modelo como incompletas, como crianças e deficientes, para apontar ao ocidente o óbvio no que diz respeito aos humanos, que vida é o efetivo sinônimo da dependência. Assim, a atuação da criança autista não é uma defesa de sua autonomia plena, mas a indicação de sua complementaridade à condição de dependente dos adultos. Quem engaja e quem é

engajado? Não importa saber a resposta. Importa notar que adultos e crianças se engajam juntos.

Bibliografia

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artemed, 2014.

AZIZE, Rogerio Lopes. A nova ordem cerebral: a concepção de ‘pessoa’ na difusão neurocientífica. 2010. Tese (Doutorado), PPGAS/MN/UFRJ.

DOIDGE, Norman. O cérebro que se transforma. Rio de Janeiro: Record, 2012.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Orgs.). *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. Pessoa e dor no ocidente. *Horizontes Antropológicos*, ano 9, n. 4, pp. 13-28, 1998a.

_____. Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (Orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998b.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica [1963]. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

HACKING, Ian. The social construction of what? Cambridge: Harvard University Press, 1999.

HART, Brendan. Autism parents & neurodiversity: radical translation, joint embodiment and the prosthetic environment. *BioSocieties*, vol. 9, n. 3, p. 284-303, 2014.

KITTAY, Eva Feder. Love’s labor. New York: Routledge, 1999.

LIMA, Rossano Cabral. Autismo como transtorno da memória pragmática: teses cognitivistas e fenomenológicas à luz da filosofia de Henri Bergson. 2010. Tese (doutorado), PPGSC, IMS/UERJ.

LÓPEZ, Rosa Maria Monteiro. Olhares que constroem: a criança autista das teorias, das intervenções e das famílias. 2012. Tese (doutorado), PPGSC, Escola Paulista de Medicina/USP.

MALABOU, Catherine. What should we do with our brain? New York: Fordham University Press, 2008.

- MOL, Annemarie. *The body multiple*. Durham: Duke University Press, 2002.
- ORTEGA, Francisco. *O corpo incerto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008a.
- _____. O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. *Mana*, vol. 14, n. 2, p. 477-509, 2008b.
- ROSE, Nikolas e ABI-RACHED, Joelle. *Neuro: the new brain sciences and the management of the mind*. Princeton: Princeton University Press, 2013.
- RUSSO, Jane e VENANCIO, Ana Tereza. Classificando as pessoas e suas perturbações: a revolução terminológica do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.
- SARTI, Cynthia e DUARTE, Luis Fernando Dias (Orgs.). *Antropologia e ética: desafios para a regulamentação*. Brasília: ABA, 2013.
- SHORTER, Edward. *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley and Sons, 1997.
- SOLOMON, Andrew. *Longe da árvore: pais, filhos e a busca da identidade*. São Paulo: Companhia das letras, 2013.